

La Formación Médica Especializada en España

Retos Presentes y Futuros

2024

FME

La Formación Médica Especializada en España

Retos Presentes y Futuros

OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

La Formación Médica Especializada en España

Retos Presentes y Futuros

Análisis coordinado por la Vocalía de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Autores Principales:

Juan Pablo Carrasco Picazo
Álvaro Cerame del Campo
Domingo A. Sánchez Martínez

Coordinador de la edición:

José María Rodríguez Vicente
Secretario general del CGCOM

Comité editorial:

Tomás Cobo Castro
María Isabel Moya García
María Rosa Arroyo Castillo
Jose María Rodríguez Vicente
Enrique Guilabert
Domingo Antonio Sánchez
Álvaro Cerame Del Campo
Juan Pablo Carrasco Picazo
Eva García Camacho
Joaquín Navarro Rodríguez

ÍNDICE

0	Prólogo	
	Tomás Cobo Castro	5
1	Introducción	
	Eva García, Joaquín Navarro	07
2	Desarrollo histórico del Sistema de Formación Especializada	
	Jacinto Fernández	17
3	Análisis situacional sobre el sistema de aprendizaje y evaluación de la Formación Médica Especializada en España	
	Jon Iñaki Etxeandía, Matilde Gil, Juan Pablo Carrasco, Domingo Antonio Sánchez	25
4	Proceso de tutorización activa, figura del tutor y del colaborador docente	
	Jacinto Fernández, Francesc Feliu, Iris Mar Hernández.....	47
5	Responsabilidad y régimen jurídico de los residentes en ciencias de la salud	
	Francisco Moreno, Álvaro Cerame	73
6	Retribuciones de los facultativos residentes en España	
	Vicente Matas, Lucía de la Puente.....	97
7	Sistema de garantía de calidad y evaluación del Sistema de Formación Especializada	
	Amando Martín Zurro, Juan Pablo Carrasco	115
8	Salud, bienestar y conciliación en la Formación Médica Especializada	
	María Rosa Arroyo, Álvaro Cerame, Montserrat Esquerda, María José Campillo	137
9	Consideraciones finales	
	Domingo Antonio Sánchez, José M ^a Rodríguez Vicente .	157

Prólogo

Tomás Cobo Castro

Presidente de la Organización Médica Colegial de España

Estimados lectores:

Me complace presentarles este libro sobre la Formación Médica Especializada en España, una obra de gran importancia para el futuro de la formación de médicos especialistas en nuestro país.

Este libro es fruto del trabajo y la colaboración de muchos expertos en formación médica especializada quienes a lo largo de varios capítulos, han profundizado en los diferentes aspectos de la misma. Desde su desarrollo histórico hasta su situación actual, pasando por el análisis situacional, la figura del tutor y el colaborador docente, la responsabilidad y el régimen jurídico de los residentes, el sistema de garantía de calidad y evaluación, las retribuciones de los facultativos residentes, la salud, el bienestar y la conciliación en la formación médica, entre otros.

Este libro es especialmente relevante en un momento en el que la sociedad demanda una atención sanitaria de calidad y en el que la formación de especialistas médicos juega un papel fundamental en garantizar la mejor atención sanitaria posible. Además, en un contexto europeo en el que la movilidad de profesionales sanitarios es cada vez mayor, es importante contar con un sistema de formación médica que se ajuste a los estándares y exigencias europeas, a la vez que responde a las necesidades y particularidades de nuestro país.

Por ello, desde la Organización Médica Colegial de España, se reconoce el valor y la importancia de la formación médica especializada en la atención sanitaria y se compromete a seguir trabajando en su mejora y actualización. Este documento no es solo una reflexión sobre el pasa-

do y el presente de la formación médica especializada en España, sino que también es un punto de partida para futuras acciones en este ámbito. Desde la Organización Médica Colegial de España nos comprometemos a impulsar todas las medidas necesarias para la mejora de la formación médica en todo su conjunto, para así garantizar una atención sanitaria de calidad y actualizada, en línea con las demandas de la sociedad actual.

Agradezco a todos los autores y colaboradores su esfuerzo y dedicación en la elaboración de este documento y confío en que su contenido sea de utilidad para todos los agentes implicados.

Nuestro único objetivo es garantizar una atención sanitaria de excelencia a la sociedad y que garantice la máxima seguridad clínica. Confío en que su lectura sea de gran interés y utilidad para todos los interesados en este ámbito y contribuya a la mejora de nuestro modelo sanitario universal, clave de nuestro Estado de bienestar, eje de Justicia Social, y el mejor regalo que los españoles nos hemos dado en los últimos cien años.

Tomás Cobo Castro

1. Introducción

Eva García Camacho

Médica Especialista en Cardiología. Hospital Universitario de Toledo. Vocal de Médicos con Empleo Precario del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo.

Joaquín Navarro Rodríguez

Médico Interno Residente de Medicina Intensiva. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Vocal de Médicos Jóvenes del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla.

1.1. El Sistema de Formación Sanitaria Especializada (FSE) o sistema MIR nació en los años sesenta con el Seminario de Hospitales, basando el aprendizaje en un contexto laboral, siendo uno de los motores más importantes de la modernización de la medicina en España [1]. Desde entonces, la estructura del sistema MIR está organizada bajo un complejo engranaje donde diferentes instituciones participan con un objetivo común: formar a los especialistas del mañana. En esta tarea, existen principalmente tres actores: el Ministerio de Sanidad, como coordinador y organismo regulador a nivel nacional; las CCAA, como empleadores de los MIR; y las Unidades Docentes, como entidades donde tiene lugar la formación [2].

1.2. El desarrollo normativo está recogido principalmente en los Reales Decretos 183/2008 [3] y 1146/2006 [4], responsables de organizar la FSE en profundidad. Son de especial interés, ya que a lo largo del presente libro se analizará tanto su contenido como las dificultades para su implementación. Poder realizar un análisis pormenorizado de sus fortalezas y debilidades serán las ideas motrices que guían el espíritu y desarrollo del presente libro.

1.3. El sistema de FSE posee importantes fortalezas: una normativa equitativa y garante de derechos, el reconocido prestigio dentro y fuera de nuestras fronteras y un desarrollo del sistema en un contexto de asistencia clínica y experiencial. Sin embargo, las debilidades de este se han visto exacerbadas en los últimos años; especialmente tras la pandemia por COVID-19 que ha supuesto una prueba

de estrés para un, ya de por sí, tensionado sistema. Entre estas destacan que 1) el sistema depende en gran medida del voluntarismo de los tutores y 2) la potencial utilización del MIR como mano de obra barata en contraposición a su rol como protagonista del sistema formativo para adquirir las competencias necesarias para el ejercicio autónomo de la especialidad. Este hecho puede ser refrendado en las grandes dificultades para cumplir la normativa en lo que, a derechos laborales, docentes y de supervisión de calidad se refiere.

Al mismo tiempo, el sistema de FSE se encuentra insertado en un contexto internacional complejo, donde las dinámicas económicas mundiales marcan en gran medida el desarrollo y las oportunidades de crecimiento y mejora, y donde, la globalización supone tanto una oportunidad como un riesgo, como nos ha demostrado la citada pandemia. En este sentido, los médicos debemos ser capaces de gestionar una demanda sanitaria creciente, con un conocimiento científico y técnico a la altura de las expectativas y las necesidades sociales actuales [5].

Probablemente debido a la situación anteriormente descrita, desde el año 2020, hemos sido observadores de un muy importante aumento de las movilizaciones del colectivo de residentes. Se han creado diversas asociaciones, y se han organizado huelgas y manifestaciones en Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, Murcia, Castilla y León, entre otras. Gracias a estas, se han producido avances en materia de derechos laborales y formativos tras los acuerdos de las respectivas CCAA. Sin embargo, no se han producido apenas avances en lo relativo a las áreas del sistema sin desarrollar y el rumbo y futuro del mismo. Este modelo caracterizado por el *laissez faire* en la gestión de la FSE por parte de las instituciones sanitarias, genera la necesidad de que las organizaciones colegiales tomemos el liderazgo de las necesarias reformas que demandan nuestro sistema y sus profesionales.

De los itinerarios formativos a las competencias profesionales

A nivel académico, el sistema de FSE en España se encuentra en un momento de transición. La mayoría de los programas formativos están estructurados en torno a un modelo de “itinerarios formativos”, mientras que la gran mayoría de la bibliografía apunta hacia un modelo de competencias profesionales desde hace más de dos décadas [6]. G.P. Bunk define las competencias como los comportamientos resultantes de un conjunto de actitudes, habilidades, destrezas, conocimientos y valores que permiten a las personas resolver situaciones concretas relacionadas con su desempeño profesional, siendo una capacidad real y demostrada que se puede evaluar a través de resultados [7].

A finales de los años 90 numerosas organizaciones académicas y sanitarias definieron las competencias básicas comunes de médicos y especialistas. Los perfiles profesionales deben incorporar los valores profesionales, por ello es importante enfatizar que los programas formativos deben incluir este tipo de competencias entre las que debemos citar: gestión, liderazgo, defensa y desarrollo de la salud comunitaria, resolución de problemas, creatividad, motivación y autorreflexión [8]. Debido a que esta formación basada en competencias remite a una práctica educativa conducente a integrar saberes (conocimiento, habilidades, aptitudes y actitudes) para favorecer un tipo de sociedad más humanizada, según Roegiers [19].

Hoy en día, existen varios modelos de dominios competencias que incluyen las competencias subrayadas anteriormente. Destacan los de CanMEDs de Canadá [9], el Outcome Project (ACGME) de Estados Unidos [10] con amplia aceptación para la formación en especialización, el ILEM New York destinado al grado y el modelo “Ser Médico/Profesional” del Hospital de Cruces (Tabla 1).

CanMEDs	Outcome Project (ACGME)	IIEM New York	Ser Médico/ Profesional en el Hospital de Cruces 2008
1. Experto Médico 2. Comunicador 3. Colaborador 4. Gestor 5. Consejero de Salud 6. Erudito, estudiosos 7. Profesional	1. Profesional 2. Habilidades Interpersonales y de Comunicación 3. Conocimiento Médico 4. Cuidados del Paciente 5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud 6. Práctica clínica basada en el aprendizaje y la mejora	1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética 2. Habilidades de comunicación 3. Fundamentos científicos de la medicina 4. Habilidades clínicas 5. Salud pública y sistema de salud 6. Manejo de la información 7. Análisis crítico, autoaprendizaje e investigación	1. Profesionalidad: valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética 2. Comunicación 3. Cuidados del paciente y habilidades clínicas 4. Conocimientos 5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud (Salud Pública y Sistemas Sanitarios) 6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico y autoaprendizaje) 7. Manejo de la información

Tabla 1. Modelos Competenciales de diferentes instituciones

Estos modelos hacen un especial hincapié en la necesidad de abordar retos sociosanitarios cambiantes, trabajando con un modelo que facilite el desarrollo y adaptación del proceso formativo, incluyendo los objetivos de aprendizaje basado en las competencias, actividades y tareas específicas. Ponen especial énfasis en la existencia de itinerarios formativos adaptados a las necesidades presentes, la existencia de un cronograma flexible y presencia de metodologías y recursos docentes para que todas las competencias que enmarcan los conocimientos médicos

puedan ser adquiridos bajo un escenario garantista. Estos modelos también plantean la necesidad de evaluar las competencias finales adquiridas, con una evaluación por resultados [13] todo ello bajo un prisma de garantía de la calidad.

Discrepancia del marco teórico y práctico

Valorando en un sentido más que positivo toda la bibliografía generada y la adaptación de esta al sistema de FSE en España, es necesario realizar una evaluación y abordaje más amplio de la situación. Pasar del modelo basado en un itinerario por los diferentes servicios a un sistema basado en la adquisición de competencias, sin analizar de manera adecuada las tensiones tanto internas como externas a las que se enfrenta el sistema, supone un abordaje con limitaciones que solo alcanzará su objetivo parcialmente.

En este sentido, en la práctica asistencial y formativa diaria, el marco teórico se ve difuminado por la existencia de elementos distorsionadores. La sobrecarga asistencial que viven tanto los tutores y docentes como los médicos residentes, la ausencia de supervisión adecuada, y la inexistencia de herramientas que evalúen la calidad de la formación que se está impartiendo, son algunos de los elementos por los que creemos que es imposible hablar de modelos teóricos de competencias o de organización de la docencia sin desarrollar una discusión sobre las condiciones reales en las que todo ello se está produciendo. Un claro ejemplo de este tipo de situaciones son las jornadas de atención continuada (comúnmente llamadas guardias) en los servicios de urgencias. En ellas, por un lado, los médicos residentes sufren problemas de supervisión, especialmente en los primeros años y en los turnos de tarde y noche donde los médicos residentes suponen más del 50% de toda la plantilla médica hospitalaria [14]. Por otro lado, para cubrir dichas necesidades en momentos donde hay menos facultativos especialistas, se fuerza a los residentes a realizar hasta 7 u 8 guardias mensuales, con la consecuente pérdida de calidad de vida, tiempo formativo y de bienestar psicosocial [15].

Esta problemática no se circunscribe a la jornada complementaria. Debido a la situación de aumento de la demanda en el conjunto del sistema sanitario, también ocurre en la jornada ordinaria, restando casi todo el tiempo a otras actividades necesarias en la formación, como la investigación, la asistencia a cursos. El extremo de este continuo sería la existencia de hechos como la reorganización y limitación de rotaciones en el dispositivo docente o rotaciones externas por motivos de cobertura asistencial y necesidades del servicio [16].

Numerosos estudios han demostrado el impacto que esta situación genera en los médicos en formación, sobre todo en relación a los niveles de burnout presentes, y que algunos estudios los sitúan por encima del 40% [17] en algunas especialidades como la Oncología Médica. Es importante también mencionar el impacto que la pandemia por Covid ha tenido en el escenario de la FSE donde se ha producido una importante disrupción formativa a expensas de la asistencial y que ha tenido un especial impacto en esta población [17].

Es por todo ello, que la formación supeditada a las necesidades asistenciales, sin profundizar en la situación de sobrecarga y que no analice el tiempo de dedicación a la formación en todos los ámbitos de las competencias a adquirir estará condenado a ser parcial o ineficiente y por tanto a fracasar.

Visión de los médicos residentes de la Formación Médica Especializada en España

Este trabajo sobre la Formación Médica Especializada nace del interés los médicos residentes, elementos protagonistas, de formar parte de la mejora continua del sistema, analizando sus fortalezas y debilidades desde todos los ámbitos.

En “Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización” [19] se expone precisamente que una de ellas es la metodología participativa

para la integración, elemento que fomenta la participación activa de los residentes en la construcción del conocimiento, adquiriendo así un mayor protagonismo y una mayor responsabilidad en su propia formación.

Se trata por tanto de un libro que nace desde el empoderamiento del colectivo implicado directamente en la medicina del futuro. Una obra que cuenta con la participación de voces autorizadas, expertos y autoridades de reconocido prestigio. A través de su trabajo y contribuciones reflejan un objetivo común: mejorar y actualizar nuestro sistema de formación de médicos especialistas para afrontar los retos presentes y futuros. En este sentido, cualquier reforma que favorezca el aprendizaje tendrá que atender no solo a los modelos de educación médica sino a realizar las reformas o mejoras encaminadas a corregir el desequilibrio laboral y el rol del MIR en el sistema sanitario.

Este estudio brinda una oportunidad sin precedentes. A través de la misma, se ofrece una visión global de la situación actual del sistema formativo MIR, aportando un enfoque fenomenológico de la vivencia en primera persona de los protagonistas de la formación, los residentes, así como de voces reputadas que permiten hacer un análisis global del sistema. A través de este diálogo intergeneracional se abordan las dos partes del binomio *tutor-residente* y se ahonda en el entramado de la estructura institucional creada para la Formación Sanitaria Especializada. Este análisis nos permitirá elaborar una serie de propuestas que permitan mejorar la estructura docente desde todos los ámbitos, consiguiendo optimizar la formación de nuestros profesionales, permitiéndoles posicionarnos como líderes en el ámbito médico en Europa y velando por el bienestar físico y mental de nuestros residentes.

Bibliografía

1. Sistema Español de Formación Especializada. Evolución, Situación actual y Perspectivas de futuro (n.o de expediente 713/000155). En: Sesión Informativa de la Comisión de Sanidad y Seguridad Social de 30 de junio de 1992, Diario de Sesiones del Senado: Comisión n.o 190, 1992.
2. Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos especialistas. www.boe.es/boe/dias/1995/06/30/pdfs/A19793-19799.pdf.
3. 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.
4. 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. (Boletín Oficial del Estado número 240 del 7 de octubre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>
5. Ruiz de Gauna P. La formación médica en una sociedad globalizada. En: Fonseca M, Ruiz de Gauna P (eds.). Avances en Educación Médica: Retos presentes para futuros profesionales de las ciencias de la salud. Ponencias del I Congreso SEMDE, 22-25 de junio de 2004. Bilbao: Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE), 2005;2:21. http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/avances_ed_medica.pdf.
6. Morán-Barrios Jesús, Ruiz de Gauna Bahillo Pilar. ¿Reinventar la formación de médicos especialistas?: Principios y retos. *Nefrología (Madr.)*. 2010; 30(6): 604-612.
7. Bunk GP. Teaching Competente in Initial and Continuing Vocational Training in the Federal Republic of Germany. *Vocat Train Eur J* 1994;1:8-14.
8. Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2013;33(118):385-405
9. CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. *Medical Teacher* 2000;22(6): 549-54.
10. Swing SR. The ACGME outcome Project: retrospective and prospective. *Medical Teacher* 2007; 29: 648-54.
11. Institute for International Medical Education, Core Committee. Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Medical Teacher* 2002; 24: 130-5. Traducción al español en la revista *Educación Médica* 2003;6(Supl. 2):11-9.
12. Morán Barrios J. Competencia profesional de médicos especialistas y modelo de gestión de la formación médica especializada basado en la experiencia del Hospital de Cruces. En: Fonseca M, Ruiz de Gauna P (eds.). Avances en Educación Médica: Retos presentes para futuros profesionales de las ciencias de la salud. Ponencias del I Congreso SEMDE. San Sebastián, 22-25 de junio de 2004. Bilbao: Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE), 2005;9:83.
13. Morán Barrios J. ¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales? *Educ Med* 2003;6(3):10-1.
14. Cerame del Campo, A., Maiques Gámez, M., Coucheiro, P., & Cayuela Rodríguez, L. (2021). Estudio descriptivo sobre libranza de guardias de Médicos Residentes de Madrid: Efecto de la huelga de 2020 en el cumplimiento de los descansos obligatorios. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.490691>
15. Carrasco JP, Ferrando M, Jiménez M, Martín J, Martínez E, Martínez LC., et al. ¿Se sobrecarga a los médicos residentes? Estudio descriptivo sobre la falta de libranza de guardias de los médicos residentes y análisis de sus consecuencias docentes en la provincia de Valencia. *Educación Médica*, 2021;22, 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.005>
16. Sánchez Martínez, D. A., Cerame del Campo, Álvaro, Mirallas, O., Cabezano, L., Cipres, M., González, D., Meler-Claramonte, C., Hernando, I., & Carrasco Picazo, J. P. (2022). Percepción de los médicos especialistas en formación sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en su salud emocional y formación, un estudio observacional transversal. *Revista Española de Educación Médica*, 3(1). <https://doi.org/10.6018/edumed.506821>
17. Jiménez-Labaig P, Pacheco-Barcia V, Cebrià A, Gálvez F, Obispo B, Páez D, Quílez A, Quintanar T, Ramchandani A, Remon J, Rogado J, Sánchez DA, Sánchez-Cánovas M,

Sanz-García E, Sesma A, Tarazona N, Cotés A, González E, Bosch-Barrera J, Fernández A, Felip E, Vera R, Rodríguez- Lescure Á, Élez E. Identifying and preventing burnout in young oncologists, an overwhelming challenge in the COVID-19 era: a study of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). *ESMO Open*. 2021 Aug;6(4):100215. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100215. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34325108; PMCID: PMC8332651.

18. Sánchez Martínez, D. A., Cerame del Campo, Álvaro, Mirallas, O., Cabezano, L., Cipres, M., González, D., Meler-Claramonte, C., Hernando, I., & Carrasco Picazo, J. P. (2022). Percepción de los médicos especialistas en formación sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en su salud emocional y formación, un estudio observacional transversal . *Revista Española de Educación Médica*, 3(1). <https://doi.org/10.6018/edumed.506821>

19. Ruiz de Gauna P, González Moro V, Morán-Barrios J. Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educ Médica [Internet]*. 2015;16(1):34–42.

2. Desarrollo histórico del Sistema de Formación Especializada

Jacinto Fernández Pardo

Médico especialista en Medicina Interna. Titulado en Derecho. Jefe de Sección de Medicina Interna y Exjefe de Estudios del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

El reconocimiento oficial del sistema de residencia como vía de acceso al título de especialista en 1978 supuso un avance muy importante en el ámbito de la formación sanitaria especializada (FSE) en España, y ha sido una de las claves del prestigio del que actualmente gozan los profesionales de nuestro Sistema Nacional de Salud, pero el proceso se había iniciado antes[1].

Las especialidades médicas en España antes del sistema de residencia

Hasta la primera mitad del siglo XX, el principio del libre ejercicio profesional suponía que el título de licenciado habilitaba para la totalidad de la práctica de la medicina y la cirugía. Aunque en muchos casos se contaba con la tutela de un maestro experimentado, la autoformación y el ejercicio público de una especialidad se consideraban suficientes para autonominarse y autotitularse especialista. En un intento inicial de regulación, el Decreto de 7 de julio de 1944[2], sobre ordenación de la facultad de medicina, y la Ley de 20 de julio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas [3], establecieron una vía de especialización, a través de institutos y escuelas profesionales de especialización médica adscritas a las cátedras universitarias. La formación, generalmente de dos años de duración, era predominantemente teórica y tras la superación de una prueba, los alumnos quedaban habilitados para que, el Ministerio de

Educación Nacional, les expidiera el título de especialista correspondiente. En la práctica, esta normativa se vio ensombrecida por el abuso en la utilización de sus disposiciones transitorias que permitían obtener el título de especialista sin garantizar la adquisición de las competencias profesionales correspondientes [4].

De forma simultánea, durante el primer tercio del siglo XX, algunos centros sanitarios como el Hospital de Basurto en Bilbao (1914), el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona (1918), la Casa de la salud de Valdecilla en Santander (1929) y la Clínica de la Concepción en Madrid (1935), inspirándose en modelos extranjeros, establecieron los primeros programas de internado [5].

Los inicios del sistema de residencia en España

En 1963, en el Hospital General de Asturias, un grupo de médicos que habían hecho su especialización en Estados Unidos (liderados por el Dr. Carles Soler Durall), decidieron emular el sistema de residencia norteamericano, iniciando la formación de médicos internos y residentes (MIR), y poniendo en marcha la primera “comisión de residentes y enseñanza”. Al año siguiente, al crearse la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, se puso en marcha un sistema de formación de MIR, similar al de Asturias, en el que el especialista en formación tutelado iba adquiriendo una responsabilidad progresiva. Así, pese a que este sistema no estaba contemplado por la ley de especialidades de 1955 y entraba en conflicto con el sistema de especialización a través de las escuelas universitarias, fue implantándose en otros muchos hospitales [5].

Debido a la expansión de las Residencias de la Seguridad Social, el Ministerio de Trabajo, por medio de la Orden de 28 de marzo de 1966 [6], impulsa la actividad formadora de médicos especialistas iniciada fundamentalmente en la Clínica Puerta de Hierro y La Paz, con la dotación de 500 plazas de médicos residentes “externos” que durante tres años (cuatro excepcionalmente) efectuarían “servicios rotatorios” en las instituciones sanitarias de la Seguridad

Social para las que hubieran sido nombrados en virtud de concurso (descentralizado) de méritos. Unos meses más tarde, una orden de 17 de noviembre, sobre perfeccionamiento técnico de los médicos internos residentes en instituciones sanitarias de la Seguridad Social [7], precisa los conceptos de médico interno y de residente. Los médicos internos constituirán la forma inicial de ingreso del médico en la institución hospitalaria, realizando durante dos años una rotación obligatoria por los servicios establecidos en el correspondiente programa (generalmente Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, toco-ginecología y urgencias) y que, al finalizar el segundo año, podrían pasar a la categoría de médicos residentes (adscritos de forma fija a un servicio hospitalario) para, tras desempeñar tareas y funciones con responsabilidad progresivamente creciente, a lo largo de dos o tres años, adquirir una especialidad. Tres años después, se limitó a un solo año la duración del internado rotatorio.

El impulso al sistema de residencia

En 1968, la Clínica Puerta de Hierro, con el apoyo de la Seguridad Social, convocó a los hospitales más importantes que entonces lideraban la formación de especialistas por vía MIR (Ciudad Sanitaria La Paz (Madrid), Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona), Fundación Jiménez Díaz (Madrid), Hospital General de Asturias (Oviedo), Hospital Provincial Santiago Apóstol (Vitoria) y Hospital Santa Cruz y San Pablo (Barcelona)), para constituir una agrupación voluntaria que se denominó "seminario de hospitales con programas de posgraduados", que a lo largo de distintas reuniones fue sentando la base teórica y conceptual de la formación especializada, y unificando programas reglados para cada especialidad; llegando a elaborar en 1970 el primer manual de acreditación de hospitales en el que se exigía a los centros aspirantes a la docencia disponer de una serie de requisitos (archivo de historias clínicas, autopsias, sesiones clínicas, etc.). Su influjo fue muy grande y a partir de 1971 tienen lugar las primeras convocatorias de ámbito nacional, aunque por concurso de méritos y eventualmente entrevista de los solicitantes [5].

Poco a poco, el sistema MIR acabó extendiéndose por los centros sanitarios más importantes del país que empezaron a contemplar la docencia como un fuerte estímulo para mejorar su calidad asistencial. Y, aunque el residente no obtenía formalmente el título de especialista, si se le otorgaba un certificado que acreditaba haber adquirido “los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente”, y esa certificación era considerada mérito preferente de ingreso como personal estatutario de la Seguridad Social.

En 1976, una orden del Ministerio de Trabajo, de 7 de octubre [8], modifica el procedimiento de selección de los MIR de la Seguridad Social introduciendo, como primera fase del concurso (exclusiva para los aspirantes a plazas de médico interno), la aplicación de un test elaborado por la Comisión Central de Admisión y Educación Médica, con carácter único y obligatorio en todo el territorio nacional (aunque de aplicación descentralizada). La segunda fase (solamente para la selección de médicos residentes) seguía consistiendo en la valoración de los méritos aportados por los aspirantes, con sujeción a un baremo elaborado y aplicado en cada institución sanitaria por la comisión de admisión de esta.

Los comienzos del sistema MIR actual

Recién creado el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se publica la Orden de 9 de diciembre de 1977, por la que se regula la formación de postgraduados en las instituciones de la Seguridad Social, administración institucional y otros centros hospitalarios[9], que crea una serie de órganos muy importantes para la futura estructura de la FSE como las comisiones nacionales de especialidad, encargadas de elaborar los contenidos teóricos y prácticos de los programas formativos, así como de acreditar los servicios docentes. Esta orden también instituye la Comisión de Especialidades (que se transformará después en el Consejo Nacional de Especialidades) y a nivel de cada centro acreditado crea una comisión de docencia (con representación de los residentes) que será la encargada de elaborar los programas docentes individuales, así como de realizar la evaluación de los MIR de la institución, que

estarán vinculados a la misma por un contrato de formación postgraduada y asistencia de naturaleza laboral y con alta en la Seguridad Social. Por último, la mencionada orden establecía que la convocatoria de plazas sería general y que la selección de los candidatos se haría por medio de un examen realizado a nivel nacional, con un cuestionario de respuestas múltiples que representaría el 75% de los puntos, y mediante la valoración de sus méritos con un baremo único que representaría el 25% de los puntos restantes. La primera convocatoria de plazas de médicos internos y residentes de primer año siguiendo este procedimiento de selección se publicó el 15 de diciembre de 1977[10].

Al año siguiente, se publica el Real Decreto (RD) 2015/1978, de 15 de julio por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas[11], en el que por primera vez se reconoce desde el punto de vista normativo que las enseñanzas de especialización podrán cursarse por el sistema de residencia en los departamentos y servicios hospitalarios y, en su caso, extrahospitalarios, que reúnan los requisitos mínimos de acreditación, al tiempo que se instituye el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. El RD mantiene, no obstante, las vías de especialización a través de las escuelas profesionales de especialización y de los departamentos de las facultades de medicina acreditados y declara transitorios los otros sistemas de concesión de títulos. A partir de este RD ya no se contempla el internado rotatorio.

El reconocimiento del sistema de residencia como vía de acceso al título de especialista

En 1984, el Estado de las Autonomías y los acuerdos para la integración en la Comunidad Económica Europea, obligan a introducir nuevos cambios. Así, un nuevo RD, el 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista [12], deroga al de 1978 y clasifica las especialidades médicas en grupos, según requieran o no formación hospitalaria. En las especialidades que requieran básicamente formación hospitalaria, se establece la necesidad de seguir un programa establecido como re-

sidente en centros y unidades docentes acreditadas, y se instaaura además un sistema de pruebas selectivas para el acceso a plazas de FSE mediante residencia, cuyas normas reguladoras se establecen por una orden de 30 de noviembre de 1984[13]. Es el conocido como “examen MIR”, que, con algunos cambios, prácticamente se ha mantenido hasta la actualidad.

La apertura y crecimiento del sistema de FSE

Prácticamente desde sus inicios, el nuevo sistema MIR no se establece solo para licenciados en Medicina, también van accediendo al mismo otros colectivos de titulados superiores cuyas funciones han ido adquiriendo relevancia en los centros asistenciales. Así, a través de disposiciones de diferente rango, se va a ir produciendo el desarrollo de estas otras especialidades creado nuevos títulos de especialista por el sistema de residencia (como el de radiofísica hospitalaria, el de psicología clínica o los relativos a las especialidades sanitarias para químicos, biólogos, bioquímicos, farmacéuticos y enfermeros). Por ello, se comienza a utilizar la denominación genérica de residentes o especialistas en formación en lugar de MIR. De forma progresiva, el sistema ha ido expandiéndose y en la actualidad están reconocidas en España 57 especialidades en ciencias de la salud mediante residencia que cursan unos 40.000 especialistas en formación.

Bibliografía

1. Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educ Med*. 2015; 16:57-67. DOI: 10.1016/j.edumed.2015.04.003
2. Decreto de 7 de julio de 1944, sobre ordenación de la facultad de medicina [Internet]. [citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/217/A05943-05950.pdf>
3. Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas [Internet]. [citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1955/202/A04440-04442.pdf>
4. Morales Santos A, del Cura Rodríguez JL, Vieito Fuentes X. Normativa de la formación del residente de Radiodiagnóstico: estatuto del residente y ley de especialidades. *Radiología*. enero de 2010;52(1):58-66. DOI: 0.1016/j.rx.2009.09.007
5. Tutosaús Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. La formación especializada en España. Claves históricas y docentes. En: Millán Núñez-Cortés J, Palés Arguillós JL, Morán-Barrios J, editores. *Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 399-408.
6. Orden de 28 de marzo de 1966 por la que se establece una nueva ordenación asistencial de determinados Servicios del Seguro Obligatorio de Enfermedad [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-6633>
7. Orden de 17 de noviembre de 1966 sobre perfeccionamiento técnico de los Médicos internos y residentes en Instituto Sanitarias de la Seguridad Social [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1966-2106
8. Orden de 7 de octubre de 1976 por la que se modifica el procedimiento de selección de los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social, regulado por la Orden de 28 de julio de 1971 [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1976-19912>
9. Orden de 9 de diciembre de 1977 por la que se regula la formación de postgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros Centros hospitalarios [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-29881>
10. Resolución por la que se convoca concurso para proveer plazas de Médicos Internos, Residentes de Primer Año Médicos Residentes Extranjeros y Residentes de Programas Especiales en determinadas Instituciones Sanitarias [Internet]. [citado 1 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-30219>
11. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas [Internet]. [citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-22162>
12. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-2426>
13. Orden de 30 de noviembre de 1984 por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas de residentes [Internet]. [citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-26621>

3. Sistema de aprendizaje y evaluación de la Formación Médica Especializada en España

Jon Iñaki Etxeandia

Médico especialista en Psiquiatría. Tutor de residentes en el Hospital Clínico Universitario de Valencia

Matilde Clara Gil

Médica residente de Pediatría en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe

Juan Pablo Carrasco

Médico residente en Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Vocal de Médicos Jóvenes en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia. Vocal de Residentes de Psiquiatría en el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud

Domingo Antonio Sánchez

Médico Especialista en Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Representante Nacional de Médicos Jóvenes y promoción de empleo del CGCOM

Introducción

El proceso formativo para convertirse en médico especialista conlleva una educación médica de grado (facultad de medicina) y de formación especializada (residencia de una especialidad médica) [1]. Desde su gestación con el impulso de Osler y Halsted [2–5], la formación de posgrado vía residencia se ha ido extendiendo a distintas especialidades médicas y países por todo el mundo, adecuándose a nuevas necesidades y contextos [6–9].

La sociedad actual demanda profesionales de la salud flexibles para adaptarse a los nuevos tiempos y desafíos, que puedan acabar desempeñando funciones clínicas, de gestión, docentes, de investigación, etc. [10, 11]. La residencia cumple un papel fundamental en la formación de

estos futuros médicos especialistas, ya que les proporciona herramientas (conocimientos, habilidades, actitudes, etc.) y también escenarios de la vida real (con pacientes, familiares, compañeros, directivos, recursos, etc.) para ponerlas en práctica de manera supervisada [12]. En este sentido, la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME, por sus siglas en inglés) la define como “la fase de la educación médica en la que los médicos desarrollan competencias bajo supervisión después de completar su cualificación médica básica, de acuerdo con normas y reglas específicas” [13].

La Comisión sobre la Educación de los Profesionales de la Salud para el Siglo XXI ha destacado la necesidad de realizar reformas educativas e institucionales en pos de una formación que se caracterice por la adaptación de competencias a contextos específicos y un aprendizaje transformador [14]. En pleno auge de la formación basada en competencias como la mejor aproximación a los actuales retos socio-sanitarios [15, 16], varios países líderes en educación médica han desarrollado sus propias versiones para la formación de posgrado o residencia de las diversas especialidades médicas: Canadá (sistema CanMEDS), EE. UU. (sistema ACGME), Reino Unido, Australia o Nueva Zelanda.

España forma parte de la Unión Europea (UE) y del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), donde la formación médica de grado está armonizada por un marco educativo común a raíz del Proceso de Bolonia [17–21]. En cambio, la residencia no está tan armonizada [22], a pesar de los esfuerzos de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) para promover un marco común europeo basado en competencias para las diferentes especialidades médicas [23]. La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo establece el reconocimiento de las titulaciones profesionales obtenidas en diferentes estados miembros [24, 25], pero deja a cada país la responsabilidad de organizar la formación médica de posgrado dentro de su territorio a través de su propio programa nacional para cada especialidad, dando pie a diferencias significativas entre países europeos en cuanto

a organización, contenidos y evaluación de sus programas de residencia [26, 27].

En este contexto internacional y europeo de cambios y reformas en el ámbito de la educación médica de posgrado, urge un debate sobre la situación en España de la formación de residentes o sistema MIR (de Médico Interno Residente) de cara a su actualización y mejora.

Análisis del funcionamiento actual (DAFO)

Optamos por realizar un análisis situacional o DAFO (SWOT por sus siglas en inglés) [12]. Se trata de una técnica de gestión y planificación estratégica que busca identificar factores internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas) que puedan ser favorables o desfavorables para la consecución de un proyecto.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
• Marco normativo desarrollado • Aprendizaje a través del trabajo clínico • Existencia de la figura del tutor • Unidades docentes autónomas y dinámicas • Implicación de residentes y tutores	• Programas formativos desactualizados • Evaluación formativa y sumativa poco desarrolladas • Falta de optimización de la figura del tutor • Supeditación de derechos y formación a la asistencia • Ausencia de sistemas de garantía de la calidad
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
• Reconocimiento de titulaciones en la UE • Posibilidades de intercambio internacional • Organizaciones y sociedades de educación médica • Nuevos retos sanitarios	• Financiación insuficiente del sistema sanitario • Grupos de presión • Sobrecarga asistencial y burnout • Crisis sanitarias • Demografía médica y planificación cortoplacista

Tabla 2. Cuadro DAFO del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en España.

Fortalezas

El sistema MIR ha conocido un amplio desarrollo normativo, dotándose de un marco regulatorio publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) que establece unos estándares de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional [28-32]. Dicho marco regula la forma de acceso, la organización y control de la formación, la acreditación y organización de centros y unidades docentes, las especialidades médicas reconocidas con sus respectivos programas formativos y comisiones de especialidad, la relación laboral del residente y el sistema de titulación final [33].

El sistema MIR se caracteriza por el aprendizaje mediante la prestación de un trabajo asistencial (aprender haciendo); este ha demostrado ser un modelo exitoso y eficaz para mejorar la calidad de la formación de residentes en las distintas especialidades médicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), obteniendo un reconocimiento internacional [34,35]. El acceso a la elección de las plazas formativas se establece en base a un concurso-oposición público y único que se fundamenta esencialmente (90%) en el desempeño de los aspirantes en un examen anual de libre concurrencia, garantizando la transparencia y la equidad [36].

Otra de las claves del sistema MIR es la figura del tutor, que se define como un médico especialista que es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente y tiene funciones tales como planificar y colaborar activamente en el aprendizaje del residente, proponer el itinerario formativo tipo, mantener entrevistas estructuradas, elaborar un informe anual o supervisar el libro del residente. Están asimismo definidas y reconocidas la figura de la comisión de docencia y del jefe de estudios, quien debe reportar directamente al gerente del área de salud correspondiente y estar integrado en equipo directivo del centro [37-39].

Las unidades docentes tienen potencialmente un mayor grado de autonomía y flexibilidad que otros centros académicos más burocratizados [12]. Cabe señalar asimismo que se han creado unidades docentes multiprofesionales que integran a residentes de diversas especialidades relacionadas, manteniendo cada una de ellas sus respectivos programas y tutores [32,40]. Este modelo interdisciplinar resalta la importancia de las competencias relacionadas con la comunicación y el trabajo en equipo, brinda opciones adicionales para profundizar en algunas competencias científico-técnicas y abre nuevas posibilidades para métodos de evaluación multidisciplinarios [32].

El sistema MIR cuenta con equipos docentes que han sido pioneros y referentes en la implementación de nuevos sistemas formativos de aprendizaje y evaluación basados en competencias. Algunos de estos ejemplos serían el Hospital Universitario Cruces que lo implementó en todos sus servicios [41,42], el programa nacional de la especialidad de Oncología Médica [43], la guía para tutores del Hospital Universitario Fundación Alcorcón [44], la aplicación del proyecto europeo CoBaTrICE de Medicina Intensiva en el Hospital Universitario La Fe [45], o la planificación de la unidad docente multiprofesional de Salud Mental de Murcia [46].

El sistema MIR cuenta asimismo con la implicación de sus protagonistas para su mejora. Tanto residentes como tutores/formadores han mostrado su interés en este sentido a múltiples niveles: movilizaciones por la mejora de las condiciones, surgimiento de sociedades y congresos científicos sobre educación médica y formación sanitaria especializada, desarrollo de cursos y talleres formativos, etc. Cabe señalar que las especialidades médicas españolas participan en los foros internacionales que están liderando la transformación de la formación en el ámbito europeo, contando con representantes en sus respectivas secciones de la UEMS.

Debilidades

Los programas formativos de las distintas especialidades son aprobados por el Ministerio a propuesta de las respectivas comisiones nacionales, a menudo con escasa comunicación con sus representados (residentes, tutores, unidades docentes, etc.) en lo relativo a su adecuación, conveniencia, aplicación efectiva o necesidades de mejora y actualización. Más allá de las lógicas variaciones entre especialidades a la hora de diseñar sus respectivos programas, existen grandes diferencias en cuanto al rigor educativo de los mismos: planteamiento del marco formativo (basados en competencias o no), grado de definición de los objetivos y su evaluación, consideración de áreas transversales y específicas, desarrollo a lo largo de la residencia, etc. Las deficiencias de diseño y el carácter anacró-

nico de algunos programas redundan en las diferencias entre centros para una misma especialidad, dando pie a agravios comparativos y a brechas en cuanto a la calidad de la formación recibida por los residentes.

La evaluación del residente merece una especial consideración, tanto por la importancia que se le otorga en el ámbito de la educación médica como por su desatención en el sistema MIR. La literatura recoge la evaluación formativa (destinada a dar *feedback* al residente para mejorar su aprendizaje) y la evaluación sumativa (destinada a establecer una calificación que acredite el cumplimiento de objetivos), existiendo métodos e instrumentos apropiados para cada caso [47].

La evaluación formativa, contemplada normativamente como consustancial al sistema de residencia [28], se encuentra en la práctica desatendida y escasamente impulsada. Se ha venido obviando su papel nuclear, quedando a merced del voluntarismo de cada tutor o formador y perdiéndose la ocasión de emplear métodos que sirvan para identificar específicamente áreas fuertes y áreas de mejora que ayuden a optimizar el aprendizaje del residente. De la mano de la evaluación formativa debe ir la supervisión, que según la actual normativa debe ser directa (de presencia física) en el primer año y posteriormente decreciente de manera gradual [28]; los incumplimientos en este sentido resultan tristemente conocidos y extendidos.

En cuanto a la evaluación sumativa, esta resulta marcadamente imperfecta en su actual planteamiento: se califica numéricamente al residente en base a sus puntuaciones en las rotaciones según una ficha sui géneris que pondera valores éticos y cuestiones técnicas, suplementadas por logros adicionales como publicaciones en las que se valora más la acumulación de méritos al peso que su calidad. Se llega así a una nota final de dudoso significado y cuya única repercusión real es la concesión del título de especialista, al carecer de efectos de cara a futuro.

En definitiva, el actual sistema de evaluación falla a la hora de dar un *feedback* significativo y de calidad a los resi-

dentes, desaprovecha la experticia de los formadores al no dar cauce o sustento a sus posibles aportaciones y no ofrece incentivos para un desempeño de excelencia.

Los tutores son uno de los pilares del sistema MIR, quedando en manos de las CCAA su desarrollo normativo y efectivo [28]. La actual falta de estandarización llega al punto de que varias CCAA ni siquiera han regularizado la figura del tutor [48,49]. Existen de este modo diferencias inter-autonómicas significativas en múltiples aspectos: requisitos para su nombramiento, formación continua como docentes, tiempo reservado para tutorización, incentivos laborales o académicos, retribución económica, etc. [50]. Se ha documentado que estas cuestiones se corresponden precisamente con las principales peticiones de los tutores, entre quienes la percepción más extendida (y principal demanda) es el bajo grado de reconocimiento de su labor [51]. Dado que la función del tutor conlleva a menudo afrontar problemas y conflictos con otros estamentos, la actual falta de un reconocimiento o respaldo formal de tipo académico o jerárquico supone un problema evidente [37]. El hecho de que la designación de los tutores por parte de las direcciones dependa de las jefaturas asistenciales, cuyas prioridades pueden diferir de las necesidades formativas de los residentes, sitúa de partida a tutores y residentes en una situación de debilidad. Por otra parte, la labor del tutor en principio destinada a ejercer de guía en el proceso de aprendizaje del residente se ha convertido en la práctica en un rol eminentemente burocrático, más exigido en demostrar que cumple con las exigencias del expediente que en procurar una supervisión de calidad. Todas estas circunstancias comprometen el futuro de la figura del tutor, y con ello del sistema de formación de residentes [52-54].

Como se ha señalado, el sistema MIR se caracteriza por el aprendizaje del residente mediante la prestación de asistencia, con un contrato que es a la vez laboral y formativo. El reconocimiento de los residentes como trabajadores no ha llevado aparejado un cumplimiento de sus derechos por parte de la administración, contaminando y distorsionando el proceso formativo. La imposibilidad que

encuentran numerosos residentes para ejercer su derecho al descanso efectivo [55], incluso a pesar de sentencias judiciales favorables [56], es el ejemplo más sangrante. La priorización de la labor asistencial sobre la docente afecta a la formación clínica al impedirse una supervisión adecuada que incluya un tiempo para la reflexión y el *feedback*, pero también a una formación didáctica que a menudo ni siquiera es contemplada; se desprovee así a los residentes de otros formatos docentes alejados de la vorágine asistencial (seminarios, talleres, simulaciones, discusiones de casos, etc.) que pueden y deben complementar la formación de especialistas en lo relativo a conocimientos, habilidades y actitudes.

Como nota final, cabe señalar que buena parte de las debilidades del actual sistema MIR se deben no tanto a una falta de regulación sino a su incumplimiento en diversos ámbitos: la aplicación del programa formativo en las unidades docentes, la obligación de procurar una práctica supervisada a los residentes, el respeto de sus condiciones laborales, el desarrollo de la figura del tutor, etc. Todo ello pone de relieve precisamente una de las principales carencias del sistema, que es la ausencia de una cultura de rendición de cuentas y con ella de mecanismos que sirvan para ejercer un control efectivo de la calidad del proceso formativo. En otras palabras, no solamente debe mejorar la evaluación del residente sino también y muy especialmente la evaluación del sistema formativo en su conjunto. Ello exigiría auditar de manera rigurosa, exhaustiva y sistemática el funcionamiento real de las unidades docentes y ponerlo en conocimiento de los agentes involucrados: pacientes y familiares, residentes, tutores y formadores, unidades docentes, direcciones sanitarias y el conjunto de la sociedad, ya que son los contribuyentes quienes financian el SNS y la formación médica especializada que en ella se imparte.

Oportunidades

La pertenencia de España a la UE plantea una serie de oportunidades para el enriquecimiento de la formación sanitaria especializada. El reconocimiento mutuo entre países de las titulaciones en las distintas especialidades médicas y la libre circulación de profesionales tienen un destacado potencial dinamizador, facilitando por ejemplo las rotaciones externas y otras formas de intercambio formativo. Del mismo modo, al conferir al proceso de aprendizaje de los residentes una dimensión internacional se evita el estancamiento de las estructuras asistenciales y docentes, promoviendo la mejora continua para alcanzar unos estándares de calidad en línea con los de otros países europeos de referencia.

En torno a la educación médica en general y la formación sanitaria especializada en particular existen una serie de instituciones y sociedades científicas que vienen realizando una notable labor en aras de promover la excelencia. A nivel nacional cabe señalar al propio Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) o la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada (SEFSE-AREDA), entre otros. A nivel internacional destacan asimismo la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), la Asociación para la Educación Médica en Europa (AMEE) o la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME), por citar algunas. Estas y otras entidades pueden aportar su conocimiento, bagaje y saber hacer sobre la educación médica para brindar un valioso asesoramiento para la mejora continua de la formación de residentes, incluyendo la preparación de los tutores y formadores.

Los nuevos retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en una era global suponen una ocasión para revisar planteamientos e innovar en el ámbito de la formación de residentes. Tal y como ha ocurrido con la reciente pandemia de COVID-19, las crisis sanitarias plantean situaciones clínicas que pueden propiciar nuevas oportunidades para el aprendizaje de competencias vinculadas a la comunicación y otros aspectos a menudo poco desarrollados [57]. Este tipo de escenarios también tienen el potencial de sen-

sibilizar a la sociedad sobre la labor de los profesionales médicos y la necesidad de contar con un sistema sanitario de calidad, adecuadamente dotado y formado.

Amenazas

Dado que la formación de médicos residentes se realiza a través del sistema sanitario, su desarrollo se ve enormemente condicionado por las características y circunstancias del SNS en su conjunto. En un mundo intensamente globalizado, además de elementos locales/nacionales también las dinámicas de la economía y la salud a nivel internacional tienen una influencia notoria en el sistema sanitario y la formación de residentes.

El SNS sobre el que se asienta la formación de residentes presta una asistencia sanitaria pública y universal en toda España, a través de las CCAA que tienen transferidas las competencias en la materia (salvo Ceuta y Melilla). El hecho de que los servicios de salud autonómicos que articulan el SNS y la formación de residentes se financien con cargo a los presupuestos públicos conlleva que las partidas destinadas a la sanidad compitan con las destinadas a otros fines (educación, infraestructuras, seguridad, etc.) y que su cuantía pueda sufrir variaciones en función de las prioridades, necesidades, intereses o circunstancias de los respectivos gobiernos autonómicos y de sus propios sistemas de financiación. Existen importantes diferencias socioeconómicas interautonómicas en cuanto a renta per cápita, gasto sanitario per cápita y grado de privatización implementado a sus respectivos servicios de salud, contribuyendo a las desigualdades de recursos tanto en la asistencia clínica como en la formación [58].

La infrafinanciación y precarización del sistema sanitario público, la falta de personal y la elevada carga asistencial contribuyen al burnout de los profesionales sanitarios [59-61], que constituye una de las principales amenazas para los sistemas sanitarios y la formación de residentes. Este fenómeno da lugar a una menor disponibilidad de adjuntos tutores/ formadores para brindar una supervisión de calidad, y hace que se exija a los residentes el desempeño de labor asistencial con la única finalidad de cubrir las

insuficiencias de las plantillas de adjuntos [62,63], privando a los residentes de espacios y supervisores para la reflexión y el aprendizaje [64].

El burnout, cuyas causas han sido ya ampliamente documentadas, exige una reflexión profunda de los gestores y responsables por su impacto en la formación sanitaria especializada [65].

La estructura organizativa del sistema MIR incluye un reparto de funciones entre la administración central (convocante y regulador de la formación), las administraciones autonómicas (contratantes y responsables del marco asistencial) y las unidades docentes locales [32]. Aunque este esquema tiene el potencial de que distintas entidades trabajen conjuntamente o incluso se vigilen y fiscalicen entre sí para optimizar la formación, en la práctica se observa una falta de asunción de responsabilidades de las distintas instancias. Sirva como ejemplo el control y evaluación de la calidad del sistema de formación sanitaria especializada, que según el RD 183/2008 corresponde tanto al Ministerio de Sanidad (a través de las auditorías docentes) como a las CCAA (a través de las encuestas de satisfacción anuales) [28,66]; sin embargo, las auditorías docentes ministeriales se realizaron por última vez en 2010 y más de la mitad de las administraciones autonómicas no han llegado a desarrollar las encuestas de satisfacción anuales [67].

Existen agentes sociales o grupos de presión que pueden condicionar o distorsionar el SNS y la formación de residentes. Entre ellos cabe incluir a la industria farmacéutica: su capacidad de influencia para generar cambios diagnósticos y prescriptivos por parte de los profesionales sanitarios ha sido ya demostrada [68], siendo los médicos residentes el colectivo más vulnerable en este sentido [69]. En los últimos años la adopción de normas éticas y códigos de buenas prácticas ha establecido cierta regulación en el sector [70], aunque la situación dista de ser ideal y es preciso revisar periódicamente la efectividad de estas medidas para optimizarlas en consecuencia. La falta de recursos propios por parte de la administración para

financiar actividades relevantes para el currículum profesional, como la participación en jornadas o congresos, ha sido una de las principales vías de la industria farmacéutica para lograr un mayor acceso a los residentes; se trata por tanto de uno de los aspectos que deberían resolverse para lograr una formación de especialistas menos condicionada por la influencia de dicho grupo de cabildeo.

Otro grupo de presión lo constituye la universidad. Por una parte, se vienen ofertando titulaciones de posgrado que pueden plantearse como una alternativa al título de especialista vía residencia, como ha ocurrido en el ámbito de la psicología donde el psicólogo clínico especializado vía residencia (PIR) compite ahora con el psicólogo general sanitario formado vía máster [71,72], titulación que empieza a ser admitida como suficiente para la contratación por algunas instituciones del SNS [73]; este esquema podría ser extensible a diversas áreas de la medicina. Por otra parte, cuando los dispositivos asistenciales en los que se integran los residentes asumen la formación práctica de estudiantes de grado (ej: estudiantes de medicina) y de posgrado (ej: estudiantes de másteres), los recursos formativos y personales pueden verse tensionados y desplazados hacia aquellos que generen un sistema de recompensas más tangibles, en detrimento del tiempo de supervisión de los residentes.

Las crisis sanitarias, cuyo potencial como generadores de oportunidades ha sido abordado en el punto anterior, pueden suponer también un elemento desestabilizador para el sistema sanitario y formativo, especialmente si este se encuentra ya exhausto y precarizado. La pandemia por COVID-19 ha tenido un notable impacto en la formación de los futuros profesionales sanitarios [63], desde la derivación de personal residente a realizar tareas asistenciales estructurales (sin diseñarse un plan formativo y de supervisión acorde) hasta privar a los residentes de realizar rotaciones incluidas en su itinerario docente [74].

La demografía médica constituye uno de los grandes retos para los sistemas sanitarios de toda Europa, con múltiples estudios que señalan un presente y futuro marcados por

la falta de médicos especialistas [75]; esta amenaza se ve agravada en el caso español por una gestión caracterizada por una visión y planificación cortoplacistas. El número de plazas de formación de residentes convocado cada año se ha ido correspondiendo más con las coyunturas y urgencias presupuestarias del momento (como ocurrió durante la crisis económica de 2008-2014) que con las previsiones de necesidad de profesionales sanitarios [76], contribuyendo a un déficit en el número de especialistas. En este contexto, resulta preocupante el alto número de residentes que renuncian a su plaza de formación especializada sin haber acabado la residencia, fenómeno que se ha visto incrementado a raíz de los últimos cambios realizados en la metodología de elección de plaza [77]. Todo ello se ve agravado por el éxodo de profesionales hacia otros países, fundamentalmente del norte de Europa, donde encuentran mejores oportunidades y condiciones laborales una vez finalizado el periodo de residencia en España; se produce así una fuga de profesionales altamente cualificados y se pierde en buena medida la inversión realizada para su formación.

• PROPUESTAS DE MEJORA

Sobre los PROGRAMAS FORMATIVOS de las distintas especialidades:

- Adecuar los programas hacia un modelo basado en competencias;
- Flexibilizar los tiempos de formación según especialidad, desarrollo de competencias, etc.
- Establecer un tiempo mínimo de la jornada laboral para formación didáctica o no ligada a asistencia clínica directa;
- Establecer cauces de comunicación fluidos y continuos entre las comisiones nacionales de las especialidades y sus respectivos tutores y residentes.

Sobre la EVALUACIÓN de los residentes:

- Potenciar la evaluación formativa basada en la supervisión directa y el feedback al residente.
- Contemplar en la agenda de trabajo de los adjuntos el tiempo de supervisión y feedback.
- Incorporar herramientas para la evaluación formativa y sumativa ya testadas y empleadas en otros países, dando un margen para su adaptación a las características de cada contexto clínico.
- Potenciar los exámenes de la UEMS como un criterio de calidad y certificación de los médicos residentes en España.

Sobre los TUTORES de residentes:

- Desarrollar las normativas autonómicas contempladas por el RD 183/2008.
- Fomentar y proporcionar formación preparatoria y de actualización periódica a los tutores.
- Otorgarles un reconocimiento curricular y económico por su labor.
- Procurar como parte de su agenda laboral un tiempo reservado para la tutorización.
- Prestigiar a los tutores, reconociéndoles una capacidad real de influencia en lo concerniente a la formación de residentes en sus respectivos dispositivos asistenciales.

Sobre el CONTROL DE LA CALIDAD de la formación sanitaria especializada:

- Establecer criterios de calidad para la acreditación y reacreditación de unidades docentes y tutores e implementar mecanismos para su evaluación efectiva.
- Reactivar las auditorías externas por parte del Ministerio de Sanidad o por otra institución ajena a la administración autonómica empleadora.
- Sancionar a aquellas CCAA o unidades docentes que no hayan desarrollado o implementado la normativa de tutorización y supervisión que establece el RD 183/2008, incluidas las encuestas anuales de satisfacción de los residentes.

- Fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas por parte de todos los agentes implicados (ministerio, CCAA, comisiones de docencia, unidades docentes, tutores y residentes), obligando a los distintos niveles administrativos a hacer públicos de manera periódica todos aquellos datos de los que dispongan y no comprometan directamente el anonimato individual.

Sobre la INTERNACIONALIZACIÓN

- Promover la integración del sistema español de formación sanitaria especializada en el marco europeo promovido por la UEMS.
- Estimular el establecimiento por parte de las unidades docentes de convenios o acuerdos de colaboración con centros o profesionales de referencia en el ámbito clínico o formativo.
- Favorecer la realización de rotaciones externas en centros internacionales de referencia, a través de la realización de un programa de becas desarrollado por las CCAA o el ministerio de sanidad.
- Asegurar que todos los residentes tienen la posibilidad de realizar rotaciones externas.

Sobre la IMPLICACIÓN de residentes y tutores en la mejora de la formación:

- Impulsar y reconocer la participación de los residentes en aquellos foros o entidades dedicados a la mejora de la educación médica.
- Impulsar y reconocer la participación de los tutores y otros adjuntos formadores en aquellos foros o entidades que realizan una promoción activa de la educación médica.
- Impulsar y reconocer la producción científica de residentes y formadores en torno a la educación médica.

Sobre las COMISIONES DE DOCENCIA:

- Desarrollar las normativas autonómicas contempladas por el RD 183/2008.
- Hacer públicas las actas de las reuniones de las comisiones de docencia, en aras de asegurar su transparencia.
- Articular una composición equilibrada de las comisiones de docencia, fijando un mínimo de representantes de residentes y tutores.
- Dotar a las comisiones de docencia de autonomía para su funcionamiento, incluida la elección de su presidente en la figura del jefe de estudios.
- Dotar a las comisiones de docencia y a los jefes de estudios de capacidad real de influencia sobre el funcionamiento de la formación en los centros sanitarios: propuesta y nombramiento de tutores, establecimiento de premios y sanciones, etc.

Sobre los DERECHOS LABORALES de los residentes:

- Actualizar el RD 1146/2006, armonizándolo con la sentencia del Tribunal Supremo en lo relativo al descanso semanal.
- Fijar un máximo de 48 horas de trabajo semanal (sumando actividad habitual y guardias), de acuerdo con lo establecido por la normativa laboral de la UE.
- Fijar un máximo de 4 guardias obligatorias al mes.
- Asegurar el cumplimiento efectivo del derecho a librar la jornada posterior a la guardia.
- Establecer un sistema que canalice y dé respuesta de manera ágil a las denuncias administrativas de los residentes por incumplimientos de sus derechos laborales, sin perjuicio de posibles medidas judiciales.

Sobre FINANCIACIÓN del SNS y la formación sanitaria especializada:

- Equiparar la financiación del SNS con la de otros países europeos, alcanzando en la próxima década la media de gasto sanitario per cápita de la UE.
- Armonizar los salarios de los residentes españoles con los de otros países europeos, alcanzando en la próxima década el salario medio de residentes de la UE.

- Establecer unas partidas presupuestarias reservadas para las necesidades de la formación sanitaria especializada: formación de tutores y formadores, espacios y medios para la formación didáctica, becas para rotaciones externas, etc.
- Adecuar el número de plazas de formación sanitaria especializada a la previsión de necesidad de nuevos especialistas, en base a los estudios pertinentes de demografía médica y necesidades de salud de la población a medio y largo plazo.

Bibliografía

1. Wijnen-Meijer M, Burdick W, Alofs L, Burgers C, Ten Cate O. Stages and transitions in medical education around the world: Clarifying structures and terminology. *Med Teach*. 2013;35(4):301–7.
2. Lain Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Masson; 1978.
3. Ludmerer KM. Learning to Heal: The Development of American Medical Education. New York: Basic Books, Inc.; 1985.
4. Bonner TN. Becoming a Physician: Medical Education in Great Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945. New York: Oxford University Press; 1995.
5. Risse GB. Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals. New York: Oxford University Press; 1999.
6. Ludmerer KM. Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care. New York: Oxford University Press; 1999.
7. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. San Francisco: Jossey Bass; 2010.
8. Etxeandia Pradera JI, Martínez Uribe D, González Piqueras JC, Bellver Pradas F, Sanjuan J, Aguilar García-Iturrospe E-J. Educación médica y formación sanitaria especializada: desarrollo histórico. 2018
9. Crammer JL. Training and education in British psychiatry 1770-1970. 50 Years of British Psychiatry Vol. II: The Aftermath. London: The Athlone Press; 1996; pp 209-42.
10. Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2013;33(118):385-405.
11. Hudziak JJ. Crisis in American Psychiatric Education: An Argument for the Inclusion of Research Training for All Psychiatric Residents. In: Zorumski CF, Rubin EH, editors. *Psychopathology in the Genome and Neuroscience Era*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005; pp 203-28, Chapter xiii, 239 Pages.
12. Etxeandia-Pradera J-I, Martínez-Uribe D, Bellver-Pradas F, González-Piqueras J-C, Aguilar E-J. The Challenge of Introducing Competency-Based Psychiatry Training in Spain. *Acad Psychiatry*. 2020 Dec;44(6):770-4.
13. WFME. WFME Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education. The 2015 Revision. Copenhagen; 2015.
14. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
15. Frank JR, Snell L, Englander R, Holmboe ES, on behalf of the ICBME Collaborators. Implementing competency-based medical education: Moving forward. *Med Teach*. 2017 Jun;39(6):568-73.
16. Martínez Clares P. Concepto de competencia y formación en ciencias de la salud basada en competencias. In: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, editors. *Principios de Educación Médica. Desde el grado hasta el*

- desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
17. European Higher Education Area and Bologna Process [Internet] Available from: <http://ehea.info/index.php>
18. Haug GE. Grados y másteres en España y el espacio europeo de educación superior (EEES). 2015.
19. Gobierno de España. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Of del Estado. 2001;1-58.
20. Gobierno de España. Ley orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. Boletín Of del Estado. 2007;89(de 13 de abril de 2007):16241-60.
21. Ministerio de Universidades. Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. Boletín Of del Estado. 2021;(233):119537-78.
22. Gutiérrez-Fraile M, Franco D. La formación del médico psiquiatra en España: de los estudios de grado a la formación especializada. Rev Neuropsiquiatr. 2014;76(3):137.
23. UEMS. Union Européenne des Médecins Spécialistes - European Union of Medical Specialists [Internet]. [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://www.uems.eu/>
24. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Mark [Internet]. Off J Eur Union. 2013 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj>
25. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento [Internet]. 2017;138:104040-60.
26. Brittlebank A, Hermans M, Bhugra D, Pinto M, Rojnic M, Andrea K, et al. Training in psychiatry throughout Europe. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2016;266(2):155-64.
27. Baessler F, Riese F, Pinto Da Costa M, De Picker L, Kazakova O, Kanellopoulos A, et al. Becoming a psychiatrist in Europe: The title is recognized across the European Union, but what are the differences in training, salary and working hours? World Psychiatry. 2015;14(3):372-3.
28. 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. [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>
29. Redacción Médica. Preguntas y respuestas de la elección online MIR: 12 dudas más comunes. Abril 2022. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/preguntas-y-respuestas-de-la-eleccion-online-mir-12-dudas-mas-comunes-5715>
30. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Spain; 2003.
31. 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. Spain; 2006.
32. Orden SCO5812008, 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 [Internet]. 2008
33. Pérez Iglesias F, Martín Moreno S, Morán-Barrios J, Tutosaus Gómez JD. Organización, estructura y retos del sistema de formación sanitaria especializada en España. In: Millán Núñez- Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, editors. Principios de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Editorial Médica Panamericana; 2015.
34. Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. La formación especializada en España. Claves históricas y docentes. In: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, editors. Principios de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015; pp

399-408.

35. Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educ Médica*. 2018 Jul;19(4):229-34.

36. Harris JE, Lopez-Valcarcel BG, Barber P, Ortún V. Allocation of Residency Training Positions in Spain: Contextual Effects on Specialty Preferences. *Health Econ*. 2017 Mar;26(3):371-86.

37. Galcerá Tomás J, Saura Llamas J. Perfil de los actores. In: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, editors. *Principios de Educación Médica*. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.

38. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. *Educ Médica [Internet]*. 2021 Jul;22(4):241-7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181321000450>

39. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte ii): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. *Educ Médica [Internet]*. 2021 Sep;22(5):287-93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181321000942>

40. Navarro-Mateu F, Pujalte Martínez ML, Puerto Garriga A, Morán-Sánchez I, Ruiz Martínez AM. Las Unidades Docentes Multiprofesionales: una oportunidad de mejora en la formación sanitaria especializada. *Gestión y Evaluación Costes Sanit*. 2010;11(4):33-45.

41. Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica. Análisis del proceso de formación sanitaria especializada basado en la adquisición de competencias y de su evaluación. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 11]. :1-152.

42. Hospital Universitario Cruces. Formación Especializada Hospital Universitario Cruces [Internet]. [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://osieec.osakidetza.eus/formacion-especializada-cruces/>

43. Orden SSI/577/2013, de 5 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica y los criterios de evaluación de los especialistas en formación [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 11]. :27751-84.

44. González Anglada MI. Guía del Tutor de Residentes [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fundacionalcorcon/file/3559/download?token=DZJLFKk7>

45. Castellanos-Ortega A, Broch MJ, Barrios M, Fuentes-Dura MC, Sancerni-Beitia MD, Vicent C, et al. Acceptance and validity of the methods used to implement a competency based medical education programme in an Intensive Care Department of a teaching referral center. *Med Intensiva (English Ed)*. 2021 Oct;45(7):411-20.

46. Unidad de Docencia, Investigación y Formación de Salud Mental. Red de Salud Mental de la Región de Murcia [Internet]. [cited 2020 Jan 11]. Available from: www.murciasalud.es/unidaddocentesaludmental

47. Pangaro L, Ten Cate O. Frameworks for learner assessment in medicine: AMEE Guide No. 78. *Med Teach*. 2013;35(6):1197-210.

48. Domínguez M. La figura del tutor MIR solo está desarrollada en 7 CCAA. *Redacción Médica*. 2018 [cited 2022 Sep 25]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-figura-del-tutor-mir-solo-esta-desarrollada-en-7-comunidades-autonomas-1325>

49. Punzano D, Mediavilla J. Las CCAA se lanzan a fomentar la figura del tutor MIR tras 14 años olvidada. *Redacción Médica*. 2022 Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/las-ccaa-se-lanzan-a-fomentar-la-figura-del-tutor-mir-tras-14-anos-olvidada-6056>

50. Mediavilla J. Los tutores MIR reclaman un marco legal autonómico que blinde la formación. *Redacción Médica*. 2022 Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/los-tutores-mir-reclaman-un-marco-legal-autonomico-que-blinde-la-formacion-4588>

51. Galcerá-Tomás J, Botella-Martínez C, Saura-Llamas J, Navarro-Mateu F. New regulations regarding Postgraduate Medical Training in Spain: perception of the tutor's role in the Murcia Region. *BMC Med Educ*. 2010 Dec;10(1):44.

52. EFE. Tutores MIR: un 25% ha pensado en renunciar por falta tiempo y reco-

- nocimiento. La Vanguard. 2020 Available from: <https://www.lavanguardia.com/vida/20201221/6138801/tutores-mir-25-pensado-renunciar-falta-reconocimiento.html>
53. Mediavilla J. El Sermas pierde al 28% de sus tutores MIR para la convocatoria de 2022. Redacción Médica. 2022 Available from: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/el-sermas-pierde-al-28-por-ciento-de-los-tutores-mir-de-familia-para-2022-4275>
54. Maldonado G. «Hasta aquí he llegado»: 130 tutores de residentes de atención primaria se plantan, «lo que enseñamos no es medicina de familia». iSanidad. 2022 Available from: <https://isanidad.com/206202/hasta-aqui-he-llegado-130-tutores-residentes-atencion-primaria-se-plantan-lo-que-ensenamos-no-es-medicina-de-familia/>
55. Directiva 2003/88/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, del 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. (Diario Oficial n° L 299/9 del 18 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2003/299/L00009-00019.pdf>
56. Ricardo Bodas Martín. Sentencia del Tribunal Supremo 1543/2022. Sentencia núm. 280/2022. Tribunal Supremo. Sala de lo Social. (Boletín Oficial del Estado, del 30 de marzo de 2022).
57. Bashkin O, Otok R, Leighton L, Czabanowska K, Barach P, Davidovitch N, et al. Emerging lessons from the COVID-19 pandemic about the decisive competencies needed for the public health workforce: A qualitative study. Front Public Heal [Internet]. 2022 Sep 2;10. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.990353/full>
58. Rentería Pérez E, Zueras Castillo P. Perspectives demografiques. Gasto sanitario público y esperanza de vida: una inversión saludable. Octubre 2022 https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques_029_ESP.pdf
59. Goodair B, Reeves A. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. Lancet Public Health. 2022;7(7):e638-e646. doi:10.1016/S2468-2667(22)00133-5
60. Cerame del Campo A, Maíques Gámez M, Coucheiro P, Cayuela Rodríguez L. Estudio descriptivo sobre libranza de guardias de Médicos Residentes de Madrid: Efecto de la huelga de 2020 en el cumplimiento de los descansos obligatorios. Revista Española de Educación Médica, 2021; 2 (2). <https://doi.org/10.6018/educmed.490691>
61. Carrasco JP, Ferrando M, Jiménez M, Martín J, Martínez E, Martínez LC., et al. ¿Se sobrecarga a los médicos residentes? Estudio descriptivo sobre la falta de libranza de guardias de los médicos residentes y análisis de sus consecuencias docentes en la provincia de Valencia. Educación Médica, 2021;22, 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.005>
62. Sánchez Martínez, D. A., Cerame del Campo, Álvaro, Mirallas, O., Cabezudo, L., Cipres, M., González, D., Meler-Claramonte, C., Hernando, I., & Carrasco Picazo, J. P. (2022). Percepción de los médicos especialistas en formación sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en su salud emocional y formación, un estudio observacional transversal. Revista Española de Educación Médica, 3(1). <https://doi.org/10.6018/educmed.506821>
63. AH Aginagalde Llorente, R. Ruiz, A. Goñi. Factores condicionantes de la precariedad entre los nuevos especialistas en Medicina Preventiva y Salud pública (MPySP). IV Congreso Nacional de Médicos Jóvenes (Madrid, 28/04/2018). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13187.04642>
64. Álvarez E. El Sergas recurre a médicos mir de último curso para cubrir vacantes de familia. La Voz de Galicia. Enero 2023. Disponible en: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/pontevedra/pontevedra/2023/01/19/sergas-recurre-medicos-mir-ultimo-curso-cubrir-vacantes-familia/0003_202301G19P6991.htm
65. Jiménez-Labaig P, Pacheco-Barcia V, Cebrià A, Gálvez F, Obispo B, Páez D, Quílez A, Quintanar T, Ramchandani A, Remon J, Rogado J, Sánchez DA, Sánchez-Cánovas M, Sanz-García E, Sesma A, Tarazona N, Cotés A, González E, Bosch-Barrera J, Fernández A, Felipe E, Vera R, Rodríguez-Lescure A, Élez E. Identifying and preventing burnout in young oncologists, an overwhelming challenge in the COVID-19 era: a study of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). ESMO Open. 2021

Aug;6(4):100215. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100215. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34325108; PMCID: PMC8332651.

66. Martín Moreno S. Diseñando una encuesta para residentes de formación sanitaria especializada sobre la satisfacción con la docencia. Experiencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2009-2018). Educ Médica [Internet]. 2021 May;22(3):163-71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181320301212>

67. CGCOM. Médicos residentes y tutores reclaman un sistema de garantía de la calidad para el sistema MIR. Medicos y pacientes. 2022. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/medicos-residentes-y-tutores-reclaman-un-sistema-de-garantia-de-la-calidad-para-el-sistema>

68. Martín-Aranda P, Vázquez I, Rodríguez de Cossío A. Médicos residentes e industria farmacéutica. Atención Primaria. 2007;39(9):510-1.

69. González-Rubioa R, Escortell-Mayorb E, González I. Industria farmacéutica y formación sanitaria especializada: percepciones de los MIR en Madrid <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.015>

70. Farmaindustria. Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Madrid; 2021.

71. Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-10107>

72. Ministerio de Educación C y D. Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicó. 2013.

73. Ley 8/2022, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat. 2023.

74. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>

75. Barber P, et al. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Ministerio de Sanidad. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionessanitarias/profesionessanitarias/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf

76. Quesada VJ. Histórico de oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada. Casi medicos. 2023. Available from: <https://www.casimedicos.com/historico-de-oferta-de-plazas-de-formacion-sanitaria-especializada/>

77. Redacción Médica. Preguntas y respuestas de la elección online MIR: 12 dudas más comunes. Abril 2022. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/preguntas-y-respuestas-de-la-eleccion-online-mir-12-dudas-mas-comunes-5715>

4. Tutorización activa: la figura del tutor y del colaborador docente

Jacinto Fernández Pardo

Médico Especialista en Medicina Interna. Titulado en Derecho. Jefe de Sección de Medicina Interna y Exjefe de Estudios del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Francesc Feliu Villaró

Médico Especialista en Cirugía General y del aparato digestivo. Representante Nacional de Médicos Tutores y Docentes del Consejo General de Colegios.

Iris Mar Hernández

Médica Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

MARCO NORMATIVO GENERAL DE LA FSE

La Orden de 22 de junio de 1995 y la creación de la figura del tutor

En 1995 se publica la Orden de 22 de junio por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas [1], que perfecciona la regulación de las comisiones de docencia, comités de evaluación y demás órganos docentes, así como de los procedimientos de evaluación continuada, anual y final de los especialistas en formación. Por primera vez se regula la figura del tutor; encargándole, entre otras importantes tareas, la elaboración de los planes individuales de formación, así como la supervisión directa y la evaluación continuada de los especialistas en formación a su cargo. También se instituye en esta orden el libro del especialista en formación como instrumento primordial para la evaluación. Es de resaltar que, a pesar de las numerosas modificaciones regulatorias posteriores, muchas de las disposiciones de esta orden han permanecido como normativa subsidiaria hasta prácticamente la actualidad.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Al tratarse de una formación reglada y de carácter oficial, el sistema está actualmente regulado por un conjunto de normas, encabezado por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [2] (LOPS), que, a través del capítulo III de su título II, incorporó importantes modificaciones en el panorama de la formación especializada en ciencias de la salud (denominación que pretende reflejar su multiprofesionalidad). Esta Ley consolida el sistema de residencia en centros acreditados mediante una relación laboral especial y pretende conseguir su modernización y adaptación al Estado autonómico. Por ello, la LOPS contiene normas generales sobre: la estructura de las especialidades (contemplando su agrupación atendiendo a criterios de troncalidad), los programas de formación (que deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que han de alcanzar los residentes a lo largo de cada uno de los cursos anuales), la formación para una nueva especialización (reespecialización), las áreas de capacitación específica, la acreditación de centros y unidades docentes, las comisiones de docencia, las comisiones nacionales de especialidad, los comités de áreas de capacitación específica y el Consejo Nacional de especialidades en Ciencias de la Salud. Durante los años subsiguientes, distintas normas reglamentarias (Figura 1) han ido desarrollando y regulando más detalladamente muchos de estos aspectos.

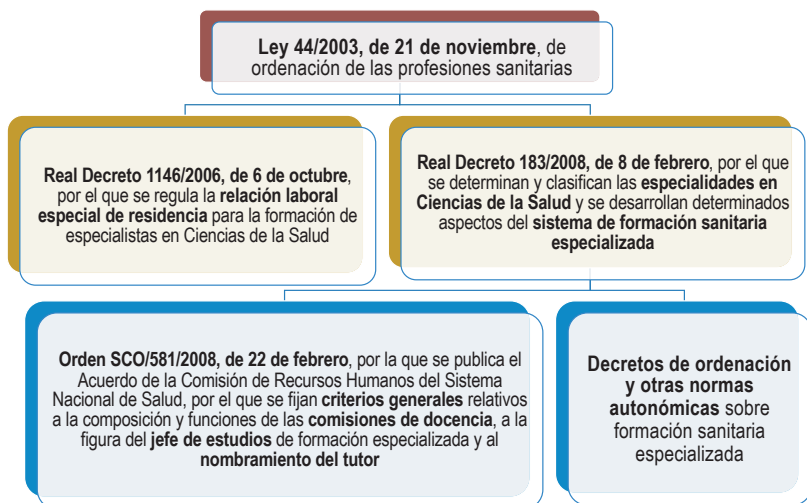


Figura 1. Marco normativo actual de la formación sanitaria especializada en España

El estatuto del residente

El primer paso en el desarrollo de ese proceso de reforma lo constituyó la aprobación y publicación, del RD 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 [3]. Conocido como el <<estatuto del residente>>, este RD establece por primera vez, y de una forma sistemática y pormenorizada, un marco general y retributivo común homogéneo para todos los residentes con independencia del centro o unidad en que se realice su formación, permitiendo no obstante que en los distintos servicios de salud, dentro de sus competencias, puedan establecerse diferencias específicas más adecuadas a sus propias políticas sanitarias. El capítulo II, relativo al contrato, fija la duración de éste y los derechos y deberes de los residentes, entre los que cabe destacar las disposiciones relativas a la jornada laboral, al sistema retributivo, así como a la suspensión y extinción del contrato. Finalmente, se regula también el procedimiento para la revisión de las evaluaciones anuales y finales.

El RD 183/2008

Un paso muy importante en el mencionado proceso de reforma iniciado por la LOPS lo constituyó la publicación del RD 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 [4], que, por un lado, realiza una sistematización y clasificación de todas las especialidades en ciencias de la salud según la titulación requerida para su acceso (adecuándose a la normativa comunitaria sobre FSE), y, por otro, pretende potenciar las estructuras formativas, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial. Así, respetando las competencias de las CCAA, configura las unidades docentes de una manera más abierta y flexible, instituyendo por primera vez las unidades docentes multiprofesionales para determinadas especialidades. Esta norma regula también aspectos básicos y fundamentales en el sistema de FSE, como los referidos a las comisiones de docencia y a la figura del tutor, al que define como primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, y dedica un capítulo al deber general de supervisión (de presencia física durante el primer año) y a la responsabilidad progresiva del residente (a medida que se avanza en la adquisición de competencias), y otro capítulo a la evaluación (formativa, anual y final), estableciendo una regulación común para todo el sistema de evaluaciones del residente. Por otra parte, trata de garantizar un alto nivel de calidad del sistema previendo medidas de control de calidad y evaluación de centros y unidades docentes para comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación.

Debido a la atribución por parte de la LOPS a las CCAA de las competencias relativas a la dependencia funcional, composición y funciones de las comisiones de docencia, y sobre algunos aspectos importantes relativos al jefe de estudios, al tutor y a otras figuras docentes; a pesar de su importancia pivotal, este RD constituye en muchos de sus aspectos, solo un marco regulatorio general que precisará ser completado con otras normas autonómicas de desarrollo atendiendo a unos criterios generales contenidos en

la 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 [5].

Normativa básica de ámbito estatal sobre la figura del tutor

Concepto, misión y deberes generales del tutor de residentes

El capítulo IV del RD 183/2008 [4] incluye al tutor dentro de los órganos docentes de carácter unipersonal, y en su artículo (art.) 11.1 lo define como «el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate», debiendo adecuarse su perfil profesional al diseñado por el programa formativo de la correspondiente especialidad. Ese mismo apartado erige al tutor como primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo, por lo que tiene la obligación de mantener con este un contacto continuo y estructurado; así como también el deber de entrevistarse periódicamente con otros profesionales que intervengan en la formación del residente, que estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes (art. 14 del RD 183/2008 [4]); pudiendo el tutor impartirles instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo (art. 15.4 del RD 183/2008 [4]). Salvo excepciones, el tutor deberá ser el mismo durante todo el período formativo del residente a su cargo y tendrá asignados hasta cinco residentes como máximo (art. 11.3 del RD 183/2008 [4]).

Principales funciones del tutor

El art. 11.2 del RD 183/2008 [4] señala como principales funciones del tutor las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación del residente, 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.

Dentro de las funciones de planificación, los tutores de cada especialidad son los responsables de elaborar y proponer a la comisión de docencia, para su aprobación, la guía o itinerario formativo tipo, acomodando así el programa formativo oficial de la especialidad a los dispositivos asistenciales y los recursos formativos que integren la unidad docente; sin perjuicio de su posterior adaptación concreta a cada residente a través de su propio plan individual de formación, elaborado también por el tutor (art. 11.2 del RD183/2008 [4]). También se incluye entre las funciones de planificación del tutor la de proponer a la comisión de docencia las rotaciones externas que eventualmente vayan a realizar sus residentes, con especificación de los objetivos que se pretenden (art. 21.2.a) del RD 183/2008 [4]).

En cuanto a las funciones de supervisión y evaluación es importante señalar que el tutor es responsable de la evaluación formativa del residente (art. 17 del RD 183/2008 [4]), debiendo cumplimentar los correspondientes informes de evaluación formativa basándose en:

- Los resultados de las entrevistas periódicas de tutor y residente.
- La supervisión del libro del residente.
- La utilización de otros instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente.

El tutor forma parte del comité de evaluación anual y final del residente (art. 19.2 del RD 183/2008 [4]), y el informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental

para la valoración del progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias profesionales (art. 20.2 del RD 183/2008 [4]). Por otra parte, el tutor podrá acompañar eventualmente al residente ante la comisión de docencia en el acto de revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables (art. 24 del RD 183/2008 [4]).

Por último, en cuanto a las funciones de gestión, no debe olvidarse que la propia LOPS[2] , en su art. 10, confiere la consideración de gestión clínica a las relativas a la tutoría.

Dedicación del tutor

Este es un punto problemático porque, aunque la intencionalidad del art. 11.4 del RD 183/2008 [4] es inequívoca: <<Las CCAA adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente, ya sea dentro o fuera de la jornada ordinaria>>, la norma no contiene proposiciones concretas ni establece mecanismos suficientes para asegurar su aplicación, dejándola a la interpretación y desarrollo que cada comunidad autónoma quiera darle.

Nombramiento del tutor

El art. 11.5 del RD 183/2008 [4], dice que el nombramiento del tutor se efectuará por el procedimiento que determine cada comunidad autónoma, pero en este caso con sujeción a unos criterios generales. En este sentido, el apartado quinto del Anexo de la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, señala como criterio común que “El nombramiento del tutor se efectuará por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente, a propuesta de la comisión de docencia y previo informe del jefe de la unidad asistencial de la especialidad correspondiente, o, en su caso de enfermería, 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”. En las especialidades de nueva creación, la disposición adicional primera, apartado 1 del RD 183/2008 [4] prevé que esos requisitos se sustituyan por una experiencia acreditada

que se corresponda con el ámbito profesional de la especialidad en los términos que se determinen.

Acreditación y reacreditación periódica del tutor

Con la finalidad de garantizar la idoneidad del tutor (que debe ser un profesional previamente acreditado) y el mantenimiento de sus competencias, las CCAA deben regular procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica. Estos procedimientos deben tener en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado (art. 12.2 del RD 183/2008 [4]).

Evaluación y reconocimiento de las funciones de tutoría

Las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas (art. 12.1 del RD 183/2008[4] y art. 10.2 de la LOPS); Para ello, de conformidad con lo previsto en el art. 10.4 de la LOPS [2] , las CCAA deben establecer sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos servicios de salud, que reconozcan las funciones de tutoría llevadas a cabo por los profesionales en el ámbito de todo el sistema sanitario (art. 12.3 del RD 183/2008 [4]).

Incentivación y mejora de competencias del tutor

Aparte de lo que de incentivo pueda suponer para los tutores el reconocimiento de la acción tutorial, la disponibilidad de un tiempo de dedicación específico o un eventual complemento económico, las Administraciones sanitarias, deben facilitar la mejora de sus competencias en la práctica clínica y en las metodologías docentes, favoreciendo que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el

conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo (art. 12.5 del RD 183/2008 [4]).

Desarrollo normativo autonómico sobre la figura del tutor

En último término, corresponde a las CCAA regular, a través de las correspondientes disposiciones de desarrollo, la adaptación de los aspectos de su competencia relativos a lo dispuesto en el RD 183/2008 [4], con sujeción a los criterios comunes contenidos en la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero [5]. Así, de conformidad con lo previsto en el art. 10 del RD 183/2008 [4], son las CCAA las encargadas de dictar, entre otras, las disposiciones de desarrollo sobre el tutor previstas en los art. 11 y 12 del RD 183/2008 [4], que tienen la consideración de normas básicas. Siguiendo ese encargo competencial, hasta el momento, nueve CCAA han publicado sus correspondientes decretos autonómicos de ordenación de la FSE y otras tres han dictado algún tipo de norma en relación con el tutor [6] (Tabla 3).

Comunidad autónoma	Desarrollo normativo
Castilla y León	Decreto 75/2009, de 15 de octubre (de ordenación de la FSE) [7] Orden SAN/496/2011, de 8 de abril (por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores) [8] Orden SAN/1438/2011, de 17 de noviembre (por la que se modifica la anterior) [9]
Aragón	Orden de 15 de abril de 2010 de la Consejera de Salud y Consumo, (por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores) [10] Orden de 13 de enero de 2011 (por la que se modifica la anterior) [11]
La Rioja	Decreto 49/2010, de 8 de octubre (de ordenación de la FSE) [12] Orden 2/2014 de 7 de febrero (por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores) [13]
Extremadura	Decreto 14/2011, de 4 de febrero (de ordenación de la FSE) [14]
País Vasco	Decreto 34/2012, de 6 de marzo (de ordenación de la FSE) [15]
Canarias	Decreto 103/2014, de 30 de octubre (de ordenación de la FSE) [16]
Cataluña	Decreto 165/2015, de 21 de julio (de ordenación de la FSE) [17]
Asturias	Resolución de 29 de abril de 2016, de la Consejería de Sanidad (por la que se aprueban las instrucciones relativas al procedimiento de nombramiento de tutores) [18]
Andalucía	Decreto 62/2018, de 6 de marzo (de ordenación de la FSE) [19]
Islas Baleares	Decreto 37/2019, de 17 de mayo (de ordenación de la FSE) [20]
Castilla - La Mancha	Decreto 37/2019, de 17 de mayo (de ordenación de la FSE) [20]
Comunidad Foral de Navarra	Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo (disposición adicional decimoquinta, sobre compensación por la formación de residentes) [22]

Tabla 3. Normas autonómicas que desarrollan algún aspecto en relación con la figura del tutor de residentes

A continuación, se expone de forma sintética como se han regulado por parte de las CCAA los principales aspectos relativos a la figura del tutor de residentes.

Acreditación y nombramiento del tutor

En general, en las diferentes normas autonómicas, el nombramiento del tutor se ha regulado con sujeción al criterio común ya mencionado [5], si bien el requisito de acreditación previa constituye un elemento problemático en algunas CCAA en las que aún no se ha desarrollado este aspecto. Entre las que sí lo han hecho, están el País Vasco [15], Cataluña[17], Andalucía[19] y Castilla-La Mancha[21], que lo han incluido dentro de sus decretos de ordenación de la FSE; mientras que otras tres, Castilla y León[8,9], Aragón[10] [11], y La Rioja[12], lo han regulado a través de órdenes específicas. Generalmente, todos estos sistemas de acreditación y nombramiento incluyen en sus procedimientos los elementos y requisitos a tener en cuenta enunciados en los art. 11 y 12 del RD 183/2008[4], como normativa básica; aunque, en algunos casos, se amplían o concretan.

Reconocimiento específico de la acción tutorial

El reconocimiento documental del nombramiento oficial, la certificación de funciones y el tiempo de desempeño de la tutoría, en general, se lleva a cabo en todas las CCAA, incluso en aquellas que no han desarrollado su normativa sobre FSE. A esto se añade la correspondiente resolución de acreditación para ser tutor en las que actualmente cuentan con sistemas de acreditación y reacreditación de tutores. Finalmente, en la normativa de nueve CCAA se explicita que las labores de tutoría serán objeto de reconocimiento en la carrera profesional y en los baremos de selección y provisión de plazas.

Facilitación y mejora de las competencias del tutor

La mayoría de las CCAA que han desarrollado normativa sobre FSE contemplan en ella la prioridad o preferencia de los tutores para el acceso a actividades de formación continuada como medio de favorecer o facilitar la mejora de sus competencias. Los tutores de las Islas Baleares cuentan además con tres días adicionales para formación.

Dedicación e incentivación del tutor

Aunque el reconocimiento y asignación de un tiempo específico dentro de la jornada laboral de dedicación a las labores de tutoría constituye la reivindicación más demandada por los tutores, en la excelente revisión realizada por Vicent M.D. [23] se aprecia que únicamente en la normativa de siete CCAA se concretan los tiempos mínimos de los que debe disponer el tutor para su dedicación a la docencia, observándose diferencias importantes entre algunas de ellas (Tabla 4).

En cuanto a la incentivación del tutor con un complemento económico, únicamente seis CCAA lo contemplan en sus regulaciones (Tabla 4), aunque algunas no lo concretan, otras lo condicionan a disponibilidades presupuestarias y solamente dos de ellas, Islas Baleares [20] y Comunidad Foral de Navarra [22], han establecido en su normativa una cantidad mínima como complemento para compensar o incentivar a los tutores.

Comunidad autónoma	Reconocimiento de la acción tutorial	Facilitación de la acción del tutor	Tiempo de dedicación a las labores de tutoría	Compensación económica por tutoría
Castilla y León	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	5% del tiempo de trabajo (más si asume otra figura docente). 90 h/año	
Aragón	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	El tiempo suficiente	Vinculado a evaluación del desempeño, incluyendo indicadores de cumplimiento de objetivos tutoriales y con efectos en contratos programa y de gestión
La Rioja	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	El tiempo suficiente	
Extremadura	Se podrá valorar		El tiempo necesario	
País Vasco	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	3 h/residente/mes 36 h/año	Mensual, según el número de residentes/año
Canarias	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas		5 h/mes (max. 2 días/mes). 60 h/año	
Cataluña	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	3 h/residente/mes 36 h/año	Anual, según el número de residentes. Sujeto a disponibilidad presupuestaria

Andalucía	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas			
Islas Baleares	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada, más 3 días adicionales para formación	120 h/año	1200 €/año, vinculado al informe favorable del jefe de estudios
Castilla-La Mancha	En carrera profesional En baremos de selección y provisión de plazas	Preferencia para actividades de formación continuada	50 h/año + 10 h por residente (max.100h)	
Comunidad Foral de Navarra			Según el plan docente del centro	Módulo productividad extraordinaria: 1.000 €/año, con 2 residentes 1.200 €/año; con 3 o más, 1.400 €/año

Tabla 4. Regulación en el ámbito autonómico de distintos aspectos relacionados con la figura del tutor

Régimen transitorio

Transcurridos más de 13 años de la publicación del RD 183/2008[4], todavía hay varias CCAA que no han llevado a cabo un desarrollo del mismo en el ámbito de sus competencias. Hasta tanto esas CCAA dicten las disposiciones de desarrollo previstas en sus artículos 10, 11.4, 11.5, 12, 13 y 15.5, seguirán en vigor en ellas, como normativa subsidiaria, los apartados primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo (tutores de programas de formación) y disposición adicional sexta de la Orden de 22 de junio de 1995 (disposición transitoria primera, apartado 1 del RD 183/2008[4]).

Definición y legislación de la figura del colaborador docente

De conformidad con el principio rector establecido en el art. 104 de la Ley 14/1986[24], de 25 de abril, General de Sanidad, en el art. 34.b) de la Ley 16/2003[25], de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el art. 12.c) de la Ley 44/2003[2], de 21 de noviembre, de que toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales; y, sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes establecido en el art. 14 del RD 183/2008[4], el art. 13 del mismo RD establece que las CCAA, según sus características y criterios organizativos propios, podrán crear otras figuras docentes con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada.

Este es el caso de la figura del colaborador docente de rotación, reconocida implícitamente por el Ministerio de Sanidad, al aparecer como tal en los modelos de documentos de evaluación, incluidos en el anexo I de la 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. Esta importante figura docente de enorme relevancia en la formación del residente, aunque no se menciona explícitamente en el RD 183/2008[4], ha sido objeto de regulación propia por la mayor parte de las CC.AA. que lo han desarrollado.

A la vista de esas regulaciones autonómicas, de un modo global, podemos definir a los colaboradores docentes como aquellos profesionales en servicio activo de las diferentes unidades asistenciales o dispositivos por los que rotan los residentes, con igual o diferente especialidad o incluso categoría, a la de los residentes que forman, que, aún sin ser tutores, colaboran en el proceso de adquisición de competencias incluidas en el programa de la es-

pecialidad correspondiente, asumiendo la orientación, supervisión y evaluación de las actividades realizadas por el residente durante la correspondiente estancia formativa. Para ello, cada unidad docente podrá contar con profesionales que colaboren significativamente en las tareas de formación, supervisión y evaluación de los residentes que roten por los correspondientes dispositivos docentes.

Es muy importante resaltar que el colaborador docente participa, junto con el tutor, en la evaluación formativa del residente durante el periodo de rotación de que se trate y puede realizar las sugerencias y recomendaciones que estime oportunas para la formación del residente.

Aunque en muchos dispositivos estos colaboradores docentes son nombrados directamente por la comisión de docencia, de cara a un eventual reconocimiento e incentiviación de su labor, sería deseable que, al igual que los tutores, El nombramiento del tutor se efectuará por el órgano directivo de la entidad titular del dispositivo docente, a propuesta de la comisión de docencia, previa designación por los tutores de los residentes o por los responsables de los dispositivos docentes correspondientes, en caso de no existir tutores.

El desempeño de funciones de colaborador docente debería reconocerse en los procesos de selección de tutores, en el modelo de acreditación profesional, en los baremos de la carrera profesional, en los procesos selectivos y de provisión de puestos de trabajo, y a los efectos de evaluación de complementos al rendimiento profesional. De igual manera, su tarea deberá ser evaluada por la comisión de docencia correspondiente y por parte de los especialistas en formación, a través de encuestas de satisfacción.

Para velar por la correcta supervisión del personal especialista en formación en las unidades de urgencias, así como para organizar, supervisar, evaluar y velar por la calidad de la actividad formativa en urgencias, se contará con profesionales de esas áreas asistenciales que tendrían la consideración de colaborador docente.

Análisis de la situación y el funcionamiento real desde la perspectiva de los médicos residentes

La formación MIR es un modelo de aprendizaje en el ámbito (formativo- laboral), en los distintos centros sanitarios de todo España. Estos presentan una gran heterogeneidad, de recursos, de perfiles, de motivaciones e incluso de legislación pueden dificultar el objetivo final del cumplimiento del programa formativo.

La formación del especialista tiene como fin último dotar a la sociedad de un profesional que tenga unos conocimientos técnicos, teóricos y prácticos de su especialidad, así como un pensamiento crítico, trabajo cooperativo, inteligencia emocional, conciencia social, y otras aptitudes que son difíciles de enseñar de manera planificada en el contexto laboral, pero que entran dentro del marco competencial del médico. En este proceso entra como eje central y principal herramienta docente el tutor de residentes. Definimos tutor como aquel agente encargado de orientar al residente en su formación, entendiéndola desde una perspectiva no meramente laboral, sino humanística, ética y profesional. Entre las tareas del tutor encontramos las expuestas previamente en la ley.

Sin embargo, más allá de las obligaciones del tutor legisladas, encontramos la expectativa del residente respecto a su guía, su tutor. Se espera en las distintas esferas [26,27,28]:

El tutor como profesional ha de:

- Estar actualizado.
- Contar con experiencia clínica.
- Tener una amplia experiencia científico técnica.

El tutor como docente ha de:

- Tener capacidad y motivación para la docencia.
- Conocer la guía docente.
- Conocer las competencias a conseguir durante el proceso formativo y participe de manera activa en la consecución de las mismas.

- Elaborar un plan formativo y velar por su cumplimiento.
- Ayudar en la organización de las rotaciones.

El tutor como persona ha de:

- No encontrarse en un proceso de burnout, que se encuentre ilusionado con su profesión.
- Tener capacidades de comunicación y de diálogo.
- Ser ordenado, creativo y con buen carácter.

El tutor en relación con el residente ha de:

- Ser guía del residente.
- Apoyar al residente.
- Respetar el criterio del residente.
- Confiar en el residente.
- Ser adaptable y flexible.
- Relacionarse desde la igualdad.

El tutor en su tarea de supervisión y evaluación ha de:

- Tener una actitud crítica, tanto negativa como positiva del residente, estableciendo procesos de feedback.
- Ejercer una supervisión sobre el residente adaptado al nivel formativo, ofreciéndole cada vez mayor autonomía y responsabilidad.
- Realizar reuniones periódicas, monitorizando el proceso formativo.

El tutor como investigador ha de:

- Introducir y proponer proyectos de investigación al residente.
- Supervisar investigaciones llevadas a cabo por el residente.
- Supervisar las sesiones clínicas llevadas a cabo por el MIR.

El tutor como guía en el mundo laboral ha de:

- Ser capaz de orientarlo en sus conflictos laborales.
- Defender al residente.

Los residentes, que proyectan estas expectativas de estándares mínimos en sus tutores, buscan modelos de profesionales y personas se encuentran en ocasiones enfrentados con la realidad del profesional. El tutor realiza su actividad lo mejor que sabe y puede, en el contexto en el que trabaja, pero no cumple con lo deseado en ocasiones. Aun así, la opinión de los residentes sobre sus tutores y la residencia, según la bibliografía, aunque es escasa y limitada, encontramos que es mayoritariamente positiva, encontrando consenso en los déficits.

Los residentes según un estudio realizado en la Unidad Docente de Murcia en 1999, establecían que el éxito del aprendizaje eran la capacidad del tutor del tutor en la comunicación y en su relación con los residentes, su competencia clínica y su competencia docente [29].

En otro estudio en la misma región en 2001, establecen que la valoración del tutor en cuanto a su dedicación, accesibilidad ni satisfacción depende del año de residencia, pero sí que se encuentra influenciado por grupo troncal, siendo las especialidades de servicios centrales, peor valoradas respecto a lo previamente mencionado. Y estando íntimamente relacionado con la satisfacción general de la residencia [30].

En otro estudio consultado, realizado en Madrid, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias y en Hospital Universitario Infanta Sofía, en el servicio de Dermatología en 2019, el 61,68% de los encuestados no tenían ningún problema con su tutor, de aquellos que sí que encontraban dificultades, se encontraban la falta de tiempo (15,46%), seguido por falta de implicación y falta de organización con el 9,28% para ambos. Otros problemas mencionados fueron; la falta de comunicación, falta de disponibilidad y falta de conocimiento. Aun así, en este estudio establecen

que hasta en un 42,27% de los tutores cumplen todas sus obligaciones [31].

Nos encontramos pues, ante un sistema de formación que funciona gracias a los profesionales que deciden ser tutores. Éstos se encuentran en general bien valorados por sus aprendices, sean de la especialidad que sean. Los tutores se encuentran en una posición en la cual tienen mucho que dar a su residente desde todas las esferas, pero para los cuales se encuentran abandonados por el sistema en cuanto a herramientas y tiempo para otorgarlo. La exigencia de las labores docentes no tiene un tiempo específico dentro del horario laboral, ni en muchas comunidades una remuneración económica o laboral, ni se recibe una formación específica periódica para mejorar las capacidades docentes. Sino que se presupone del buen hacer de los profesionales.

Gran parte de la docencia se establece mientras el tutor – profesional, está llevando a cabo su actividad asistencial, sin tener tiempo extra para la docencia. Y primando, sobre todo en las situaciones de urgencia, la asistencia a la docencia. En un sistema en el que se encuentra con una sobrecarga asistencial, agravada por la pandemia, la formación reglada pasa a un segundo plano.

El residente se encuentra pues en un proceso de aprendizaje “viendo como se hace y haciendo”, con autoaprendizaje en su tiempo libre y con pocos espacios para una formación específica al respecto.

La visión y la experiencia que haya tenido el residente con su tutor va a condicionar la percepción de la formación sanitaria especializada, así como los conocimientos adquiridos durante la misma, y por ende su capacidad de profesional en nuestro sistema.

Necesidades actuales y propuestas para la mejora de la tutorización y supervisión en la FSE

Desde hace años, las unidades docentes, las asociaciones de comisiones de docencia y las sociedades científicas vienen reclamando un mayor desarrollo y aplicación real del reconocimiento de la labor tutorial en FSE, que se puede concretar en los siguientes puntos:

- **Tiempo:** Se trata de la demanda principal del colectivo tutor. La labor tutorial debe estar contemplada dentro del organigrama de la distribución laboral como tal, al igual que lo está la consulta externa, la actividad quirúrgica, la consulta programada, etc. Por tanto, cada tutor debe disponer de horas de actividad docente contempladas en su agenda laboral semanal, disminuyendo sensiblemente su carga asistencial pura en aras de una actividad docente de calidad, en tiempo y lugar de trabajo.
- **Formación:** la formación del formador es heterogénea y poco reglada. Deberían establecerse unos requisitos formativos mínimos para la acreditación como tutor. Posteriormente debería ser exigible un mínimo de formación en metodologías docentes, investigadoras y de comunicación/ motivación/mentoring, a realizar de forma obligatoria durante los años de actividad como tutor. Es obligación de la administración competente proveer dicha formación. De la misma manera, los tutores deberían disfrutar de un acceso prioritario a determinadas actividades formativas ofertadas por la administración, o bien de una mayor cantidad de días de formación al año.
- **Reconocimiento profesional:** de forma poco uniforme, las CCAA reconocen de alguna manera la dedicación docente en FSE como mérito. Por el contrario, la labor tutorial debería estar reconocida, como mérito docente tanto en concursos de traslados como en OPE., así como prioridad para el acceso a plazas en centros acreditados para FSE.
- **Retribución:** En la sociedad actual, poner algo en valor es reconocerlo, pero también retribuirlo.

Incentivar a los tutores sería una manera de conseguir su reconocimiento explícito, el reconocimiento la acción tutorial.

Estos incentivos se pueden desglosar en 5 aspectos:

1. Incentivo documental.

Conseguir un certificado oficial, reconocido en todo el territorio nacional. Un título que acredite la función tutorial.

2. Incentivo docente.

Garantizar que el tutor realice sus funciones tutoriales dentro de su horario laboral, que éstas estén representadas en el organigrama de trabajo del servicio /unidad docente. El tutor deberá tener una menor carga asistencial a favor de su tarea docente.

3. Incentivo formativo.

El tutor debe participar en las actividades científico-docentes de los residentes.

4. Incentivo académico.

La función tutorial debe estar incluida en los baremos de promoción de los facultativos, carrera profesional, concurso de traslados, etc ..., con validez en todo el territorio nacional.

5. Incentivo retributivo.

Conseguir una retribución económica derivada de la función tutorial.

Bibliografía

1. Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. Publicado en BOE núm 155, de 30 de junio de 1995 [citado 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/1995/06/22/3>
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Publicado en BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003. Vigencia desde 23 de noviembre de 2003. Revisión vigente desde 01 de octubre de 2020 [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
3. 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. Publicado en BOE núm. 240 de 07 de octubre de 2006. Entrada en vigor el 08 de octubre de 2006 [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>
4. 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. Publicado en BOE núm. 45 de 21 de febrero de 2008. Vigencia desde 22 de febrero de 2008. Revisión vigente desde 05 de agosto de 2021 [citado 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183/con>
5. 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. Publicado en BOE núm. 56, de 5 de marzo de 2008. Vigencia desde 6 de marzo de 2008 [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/02/22/sco581>
6. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. Educ Med. 2021; 22:241-7. DOI: 10.1016/j.edumed.2021.04.002
7. 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. Publicado en BOCYL núm. 202 de 21 de octubre de 2009. Vigente desde 22 de octubre de 2009 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en <https://bocyl.jcyl.es/html/2009/10/21/html/BOCYL-D-21102009-1.do>
8. 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. Publicado en BOCL núm. 80 de 27 de Abril de 2011. Vigencia desde 28 de Abril de 2011. Revisión vigente desde 18 de Septiembre de 2018 [citado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/html/2011/04/27/html/BOCYL-D-27042011-5.do>
9. ORDEN SAN/1438/2011, de 17 de noviembre, por la que se modifica la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León [citado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bocyl.jcyl.es/html/2011/11/23/html/BOCYL-D-23112011-1.do>
10. ORDEN de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. Publicado en BOA núm 82 el 29 de abril de 2010 [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCR=2&SEC=BUSQUEDA_AVANZADA&RNG=10&SORT=-PUBL&SEPARADOR=&&TITU=PROCEDIMIENTO+++ACREDITA CION%3F3N+Y+NOMBRAMIENTO+++TUTORES+&SECC=C=BOA+O+DISPOSICIONES+O+PERSONA L+O+ACUERDOS+O+JUSTICIA+O+ANUNCIOS
11. ORDEN de 13 de enero de 2011 de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se el artículo 4, la disposición adicional única y la disposición transitoria primera de la Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se establece el procedimiento de acreditación y nombramiento

de tutores de formación especializada en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y se regula el reconocimiento de la función de tutoría en los centros del Sistema de Salud de Aragón. Publicado en BOA núm 23 el 03/02/2011 [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BZHT&PIECE=BOLE&DOCR=1&SEC=BUSQUEDA_AVANZADA&RNG=10&SORT=PUBL&SEPARADOR=&TITU=ORDEN++++15++++ABRIL++++2010&SECC-C=BOA+O+DISPOSICIONES+O+PERSONAL+O+ACUERDOS+O+JUSTICIA+O+ANUNCIOS

12. Decreto 49/2010, de 8 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja. BOR núm. 127, de 15 de octubre de 2010. Entrada en vigor el 16/10/2010 [citado 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=724659&tipo=2&fecha=2010/10/15&referencia=739865-1-HTML-420437-X>

13. Orden 2/2014, de 7 de febrero, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Publicado en el BOR núm 19 del viernes 14 de febrero de 2014 [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://web.larioja.org/bor-portada/boranuncio?n=1435467-2-HTML-475565-X>

14. Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE núm. 28 de 10 de Febrero de 2011. Vigente desde 11 de Febrero de 2011 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ex-d14-2011.html

15. DECRETO 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV nº 53 de 14 de mayo de 2012. Entrada en vigor el 15 de marzo de 2012 [citado 14 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2012/03/1201224a.shtml?BOPV_HIDE_CALENDAR

16. DECRETO 103/2014, de 30 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud de Canarias. BOC núm. 218 de 10 de Noviembre de 2014. Vigente desde 11 de Noviembre de 2014 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/539197-d-103-2014-de-30-oct-ca-canarias-regula-la-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html

17. DECRETO 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña. Publicado en DOGC núm. 6919 de 23 de Julio de 2015. Vigencia desde 12 de Agosto de 2015 [citado 13 de mayo de 2022]. Disponible en: http://dogc.gencat.cat/es/pdogc_canales_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=698959&language=es_ES

18. Resolución de 29 de abril de 2016, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones relativas al procedimiento de nombramiento de tutores en las unidades docentes adscritas a la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad. Publicado en el BOPA núm. 106 del 9 de mayo de 2016 [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: https://sede.asturias.es/bopa-disposiciones?p_p_id=pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_mvcRenderCommandName=%2Fdisposition%2Fdetail&p_r_p_dispositionText=%22nombramiento+de+tutores%22&p_r_p_disposition-Reference=2016-04617&p_r_p_dispositionDate=09%2F05%2F2016&_pa_sede_bopa_web_portlet_SedeBopaDispositionWeb_isTextDateSearch=false

19. Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Publicado en BOJA núm. 48 de 09 de marzo de 2018. Vigencia desde 10 de marzo de 2018 [citado 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/48/3>

20. Decreto 37/2019, de 17 de mayo, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears. BOIB núm. 67 de 18 de Mayo de 2019. Vigente desde 19 de Mayo de 2019 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/645048-d-37-2019-de-17-may-ca-illes-balears-

ordenacion-del-sistema-de-formacion.html

21. Decreto 46/2019, de 21 de mayo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en Castilla-La Mancha. DOCM núm. 103 de 29 de Mayo de 2019. Vigente desde 18 de Junio de 2019 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/645781-d-46-2019-de-21-may-ca-castilla-la-mancha-de-ordenacion-del-sistema-de-formacion.html

22. Disposición adicional decimoquinta de la Ley Foral 5/2020, de 4 de marzo, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2020. Publicado en BOE núm. 71, de 17 de marzo de 2020 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2020/03/04/5>

23. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte ii): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. Educ Med. 2021; 22:287-93. DOI: 10.1016/j.edumed.2021.04.003

24. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499

25. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

26. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2000;26(6):362-7.

27. García Rebollar C, Villaizán Pérez C, Domínguez Aurrecoechea B. Pediatras tutores de Atención Primaria El tutor de residentes de pediatría [Internet]. Available from: www.fapap.es

28. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2000;26(6):362-7.

29. Científico C, Carlos J, Clemente H, Medrano J, Vicente A, Hidalgo M. REVISTA FOLIA HUMANÍSTICA [Internet]. Available from: <http://www.fundacionletamendi.comhttp://www.fundacionletamendi.com/revista-fofia-humanistica/envio-de-manuscritos/>

30. Ríos A, Sánchez Gascón F, González Moro L, Guerrero M. Importancia del tutor de la especialidad en la satisfacción y formación de los médicos internos residentes. 2001.

31. Medina S, Díaz R, Llombart B, García-Patos V, Jaén P. The tutors of residents of Dermatology as seen by the residents. Educacion Medica. 2021 May 1;22:77-80.

5. Régimen jurídico y responsabilidad de los residentes en ciencias de la salud

Francisco Moreno Madrid

Médico especialista en Pediatría. Jefe de Sección de Pediatría Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Profesor Asociado Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. Licenciado en Derecho. Máster en Derecho Sanitario.

Álvaro Cerame del Campo

Médico especialista en Psiquiatría. Programa de Atención Integral Profesional Sanitario Enfermo. Servicio Madrileño de Salud. Presidente de la European Junior Doctors (EJD).

Introducción

El presente capítulo trata de abordar dos cuestiones fundamentales: el régimen jurídico del médico residente y las ventajas e inconvenientes que se derivan del mismo; todo ello a la vez que se trata de dilucidar cómo de este régimen se origina la potencial responsabilidad de la que tendrá que responder el residente en tanto que, cómo médico, lleva a cabo funciones asistenciales.

En la primera parte se abordará la dicotomía asistencial-formativa de la formación médica especializada y se ahondará en las siguientes cuestiones: la conceptualización del residente, los objetivos de su contrato, las jornadas laborales, la naturaleza docente del contrato y el nuevo Real Decreto donde se regulan la formación transversal, áreas de capacitación específica y otras cuestiones.

En la segunda parte del capítulo se analiza la responsabilidad legal del residente.

Régimen jurídico. Dicotomía asistencial- docente

El régimen jurídico actual emana de la Ley 44/2003 (1) de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (en adelante LOPS). Esta ley establece una relación laboral especial de residencia que deberá ser desarrollada en una normativa específica y precisa que los residentes “tendrán la consideración de personal laboral temporal del servicio de salud o centro en que reciban formación” y que “deberán desarrollar el ejercicio profesional y las actividades asistenciales y formativas que de los programas de formación se deriven”.

Debido a esto el MIR tiene doble naturaleza jurídica:

- Laboral, de la que se deriva la obligación de realizar una prestación u obligación asistencial, cuyo origen es el contrato que le vincula a la institución sanitaria. Esa obligación origina una responsabilidad. Regulada en el RD 1146/2006 (2).
- Docente, de la que se deriva el derecho y deber a recibir una formación. Regulada en el RD 183/2008 (3).

Esta doble naturaleza constituyó un avance e importante aportación del sistema y constituye, junto a la equidad, su mayor fortaleza. No obstante, supone al mismo tiempo una mayor dificultad para poder estudiar la responsabilidad del MIR y, dado que ambas facetas son indivisibles, en ocasiones se produce un desequilibrio en pro de las labores asistenciales que puede llegar a comprometer la formación del residente como analizaremos a continuación.

Naturaleza o función asistencial

El RD 1146/2006, de 6 de octubre, regula la relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (2).

Su gran valor e importancia radica, en que por primera vez se establece un marco jurídico estable y homogéneo

para todos los residentes y se introducen indiscutibles avances, respecto a la legislación anterior, como son:

1. Se regula por primera vez la jornada laboral.
2. Se mejoran las retribuciones, y se consolidan para el futuro, al ligar las subidas a las del personal estatutario.
3. Contempla para determinados supuestos la existencia de prórrogas en el contrato.
4. Se contempla un plan específico de recuperación, en caso de evaluaciones negativas.
5. Introduce medidas de conciliación entre la vida laboral, personal y familiar.

Dicho RD tiene carácter reglamentario ya que va a asegurar la realización y cumplimiento de los programas formativos de una forma similar en todo el Estado, junto a la existencia de un régimen de derechos y deberes comunes para todos los residentes. Se estructura en tres capítulos. El Capítulo I determina su objeto y ámbito de aplicación, así como el sistema de fuentes. El Capítulo II relativo al contrato, fija entre otras materias, su duración, los derechos y deberes de las partes, entre los que destacan las disposiciones relativas a la jornada laboral, al sistema retributivo, a la suspensión y la extinción del contrato. El Capítulo III, contiene las previsiones relativas al régimen disciplinario. Las disposiciones adicionales regulan de forma novedosa aspectos relativos al personal con discapacidad, así como condiciones especiales para la protección integral contra la violencia de género. Los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral de carácter especial de residencia se regularán por este real decreto y, con carácter supletorio, por el Estatuto de los Trabajadores.

Un elemento fundamental que se recoge en este RD es que estipula que el objetivo de esta relación laboral es la obtención del título de especialista mediante la superación de un programa de formación.

La citada norma establece los elementos que deberán figurar en el **contrato** de trabajo que constituye un ele-

mento esencial pues, al exigirse, se profesionaliza la figura del MIR; a diferencia de muchos países de nuestro entorno, donde el residente se corresponde a una figura más próxima al becario, con muchos menos derechos laborales. La ordenación de la jornada laboral constituye el apartado más conflictivo, siendo la causa más frecuente de demandas:

- El carácter esencialmente formativo de la relación laboral (Art. 9.2)
- La jornada asegurará el cumplimiento de los programas formativos (Art. 5.2)

A pesar de que la profesionalización haya traído consecuencias positivas y seguridad jurídica para las personas que realizan la formación sanitaria especializada, persisten determinados problemas fruto de su régimen y marco legal en lo laboral. Particularmente en lo relativo a su función indispensable en muchos centros sanitarios en los que se constituye como parte indispensable de la plantilla, especialmente en lo que tiene que ver con la atención durante las guardias (tardes, noches, fines de semana y festivos).

El residente es un trabajador con un contrato laboral temporal, este contrato también lo hace corresponsable de la atención sanitaria en los centros en los que presta servicio. Este hecho se ha puesto de manifiesto en la interpretación que hace el Tribunal Supremo en las diferentes demandas que se han interpuesto en lo relativo a la posibilidad de fijar servicios mínimos durante las huelgas. La última de ellas STS 4817/2021 (4) recuerda que:

Los MIR son trabajadores y por tanto su derecho de huelga debe ser respetado.

- Además, estos tienen el derecho (según el RD 1146/2006) a “A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo”.

- Pero también el deber de “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” (art. 4.2).

Por dicho motivo se pueden fijar servicios mínimos a este colectivo.

Estos deberán ser motivados y proporcionales a la labor que desempeñan ya que también nos recuerda la sentencia que los residentes deben estar adecuadamente supervisados y no tienen el mismo papel que los facultativos especialistas en plantilla.

Esta sentencia nos muestra cómo los residentes tienen una responsabilidad en la atención en los centros donde realizan su formación. Pero la sentencia nos habla de que no tienen el mismo papel que los facultativos especialistas que trabajan en las instituciones y habla del aumento progresivo de la responsabilidad que acontece durante el proceso de especialización. Nos encontramos, por tanto, frente a un potencial conflicto entre las necesidades asistenciales que deben ser cubiertas por los centros y el potencial interés de la institución por reducir gastos de personal a costa de los residentes; y el objetivo del contrato de los residentes que es adquirir las competencias necesarias para obtener el título de especialista y el hecho de que la jornada laboral del residente asegurará el cumplimiento de los programas formativos (Art. 5.2).

Destacaría la diferente interpretación que hace el Tribunal Supremo respecto a una sentencia previa (5) en la que afirma que “las funciones asistenciales que el MIR presta, tutorizadas bajo la supervisión de los facultativos del centro, tienen un carácter instrumental al servicio de su formación especializada, y no tratan de suplir ni completar las que incumben a los médicos que integran la plantilla de este, que debe ser suficiente para cubrir sus necesidades asistenciales”. Se trataría de una queja histórica del

colectivo de residentes de nuestro país y de otros países europeos que tradicionalmente han denunciado situaciones de explotación laboral (sobrecarga, exceso de jornada, no descanso post-guardia, entre otros, situaciones de acoso laboral).

Pareciera que es una cuestión no bien resuelta, dado que, a pesar de que para la acreditación de los centros y unidades docentes es necesaria una dotación adecuada de personal, también existiría una consideración en la interpretación de la legislación del MIR como personal del centro como así queda reflejado en su consideración de servicios esenciales.

Finalmente, el residente igual que todos los trabajadores, **tiene responsabilidad disciplinaria** (está sometido al ejercicio del poder disciplinario), y va a incurrir en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa: “Dadas las características especiales de esta relación laboral, la tipificación de las faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario de los servicios de salud”.

No parece razonable que dado el carácter esencialmente formativo de la residencia se le aplique el exigente régimen disciplinario de los especialistas.

La ordenación de la jornada laboral

La jornada laboral está regulada en el RD 1146/2006 (2), y, en algunas cuestiones, en el Estatuto de los Trabajadores (6) y el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (7). Los MIR están obligados a realizar una jornada ordinaria de entre 35 o 37,5 horas (dependiendo de la comunidad autónoma). Asimismo, el RD establece la obligatoriedad de realizar guardias durante la residencia. Este último afirma que se deberán hacer las guardias que establezca el programa oficial de la especialidad, pero en ningún caso serán más de 7 guardias al mes. Asimismo, en estas normas se establecen tres preceptos importantes:

1. Una jornada laboral máxima de 48 horas semanales en cómputo semestral de jornada efectiva de trabajo.

2. Un descanso diario de al menos 12 horas entre jornadas laborales.

3. Un descanso semanal de al menos 36 horas por semana o descanso compensatorio de 72 horas en dos semanas.

No obstante, existen varios problemas e incongruencias entre este RD (2) y los programas oficiales de la especialidad y la normativa de rango superior como son: el Estatuto de los Trabajadores (7) y la Directiva Europea del Trabajo (9).

El primer problema es uno de **indefinición**; a pesar de que la legislación laboral establezca topes y máximos en concepto de horas, la regulación específica del sistema de residencia lo hace en número máximo de guardias. Las guardias no son un concepto legal homogéneo, ni su duración es equiparable ni estandarizada. Por citar un ejemplo en el Estatuto Marco (7) la conceptualización es la de jornada complementaria, no de guardia. Además, las guardias en los residentes pueden ser módulos de jornada complementaria a definir por los servicios de salud, aunque lo habitual es que sean de 17 o 24 horas, dependiendo de si la persona tiene un turno ordinario de 7 horas ese mismo día. Pero nada en la legislación impediría entender las guardias en otros formatos horarios (ni de más ni de menos horas). De manera paralela deberían existir sistemas de fichaje horario para el colectivo de residentes al tener una vinculación laboral de carácter especial; sin embargo, ninguna comunidad autónoma cuenta con ello en la actualidad.

El segundo problema es el de **conflicto normativo**. El RD 1146/2006 (2) establece la obligatoriedad de la realización de guardias en el personal especialista en formación. La mayoría de los programas formativos establecen horquillas de entre 4-6 guardias obligatorias por mes. A pe-

sar del problema de indefinición, haciendo una lectura lo más restrictiva y perjudicial para el MIR posible, si un residente trabajase más de 4 guardias al mes de 17 horas estaría incumpliendo el máximo de 48 horas a la semana que fija el RD en transposición de la Directiva Europea del Trabajo.

Por último, cabe mencionar que, a pesar de la clara definición del concepto de descanso semanal en la legislación, éste ha sido un hecho contestado para el colectivo MIR en nuestro país. En los últimos años diversas sentencias han acreditado este derecho en los especialistas en formación; la última de ellas una sentencia de un recurso de casación ante el Tribunal Supremo STS 1543/2022 (9) en la que se recomienda que se regule específicamente este derecho en la legislación laboral de carácter especial.

Recientemente se ha publicado por parte del CGCOM el informe titulado: *“Recomendaciones para la mejora de las condiciones de los MIR en España”*

(10) en el mismo se recoge la media de guardias de 24 horas al mes que realizan los médicos residentes en España. Los resultados analizados plantean un escenario en el que más del 80% de los residentes incumplen los topes máximos de jornada de 48 horas a la semana, haciendo la lectura más restrictiva posible de la tipología de guardias. También se objetiva que el 13% de los residentes no descansan tras las guardias y la mitad de ellos no disponen del descanso semanal preceptivo cuando realizan una guardia de sábado. Por ello, sería recomendable un cambio en el RD 1146/2006 y los programas formativos para asegurar la definición de las guardias y evitar el conflicto normativo.

Naturaleza o función docente

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(3).

Se estructura en siete capítulos: Disposiciones generales (objeto), las unidades docentes, órganos docentes de carácter colegiado: comisiones de docencia, órganos docentes de carácter unipersonal (tutor), deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, evaluación, supuestos específicos.

El RD pretende garantizar el principio de igualdad en el acceso al título de especialista, cualquiera que sea la unidad docente, de las múltiples acreditadas para la formación. Para ello realiza un importante esfuerzo de sistematización, con conceptos unitarios para todo el sistema, que se manifiesta principalmente en:

1. Relación global de todas las especialidades, clasificadas según la titulación requerida para su acceso.
2. Configuración abierta y flexible de las unidades docentes donde se imparte la formación.
3. Regulación de aspectos básicos de los distintos órganos colegiados y unipersonales que intervienen en el proceso formativo:
 - i. Comisiones de docencia
 - ii. Tutor
4. Regulación común para todo el sistema de evaluaciones.

Su objetivo fundamental es garantizar el alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada, para lo que se prevé la aprobación de planes específicos en el seno de cada comisión de docencia y el sometimiento de toda la estructura docente que intervienen en la formación de especialistas a medidas de control y evaluación.

Dedica un capítulo a regular con detenimiento la evaluación. El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para valorar el proceso de adquisición de competencias, tanto asistenciales como docentes. A continuación, expondremos algunos artículos y capítulos del RD 183/2008 explicando el contenido de los mismos:

Objeto (Art.1)

El sistema formativo de residencia al que se refiere el artículo 20 de la ley 44/2003, obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios **para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.**

Capítulo V. Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente.

Es el capítulo más importante en relación con la materia que principalmente nos ocupa y preocupa. El deber general de supervisión es obligación de todos los profesionales que presten servicio en las distintas unidades asistenciales, que además están obligados a informar a los tutores. La responsabilidad progresiva del residente es considerada como un principio rector en su formación. En aplicación de este, *los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.*

El sistema formativo supone la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

Podemos distinguir tres etapas en la actividad y formación del MIR:

1. Observación directa e inactiva
2. Intervención directa con presencia física del formador
3. Intervención directa, sin presencia física del formador, que se mantendrá disponible.

En todo caso, el residente, que **tiene derecho** a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

Nuevo Real Decreto sobre especialidades y especialistas en ciencias de la salud

Real Decreto 589/2022, de 19 de julio (10), 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.

Tras varios años de negociación y después de que la justicia anulara la troncalidad, se ha aprobado el esperado Real Decreto de especialidades que introduce importantes cambios. Este consta de cinco capítulos y 27 artículos. Regula:

- La formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud.
- Las áreas de capacitación específica.
- Las pruebas anuales de acceso a la residencia.

La adecuada formación de las personas especialistas en Ciencias de la Salud es uno de los principios fundamentales sobre el que se debe articular el Sistema Nacional de Salud para garantizar la calidad y cohesión del mismo. La experiencia acumulada, ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la adquisición de una serie de competencias, principalmente de tipo actitudinal. Se denominarán globalmente como formación transversal.

Se considera fundamental garantizar que las personas especialistas en Ciencias de la Salud adquieran, y mantengan durante todo su ejercicio profesional estas competencias imprescindibles para la prestación de una atención de la salud de calidad, eficiente y con seguridad para el paciente. Incluirán, al menos, los siguientes ámbitos de competencias comunes que formarán parte de los programas formativos oficiales de todas las especialidades: compromiso con los principios y valores del Sistema Nacional de Salud, la bioética, los principios legales del ejercicio de las especialidades en Ciencias de la Salud, la equidad y los determinantes sociales, la práctica basada en el evidencia, la seguridad de pacientes y de profesionales, la comunicación clínica, el trabajo en equipo, la metodología de la investigación, el uso racional de los recursos diagnósticos, terapéuticos y de cuidados y la capacitación digital de las personas especialista.

La propuesta de un nuevo título o diploma de formación especializada o la revisión de los ya regulados, debe responder a criterios como las necesidades de salud de la población o la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos, evitando la fragmentación de la formación de profesionales y de la asistencia sanitaria.

La formación en áreas de capacitación específica, dentro de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud, pretende dar respuesta a los avances en el conocimiento científico y tecnológico que requieren una formación adecuada para la adquisición de competencias de alta especialización, todo ello con el fin de mejorar la calidad asistencial y la salud de los pacientes que requieran de esta atención altamente especializada debido a la complejidad

de sus problemas de salud. La formación se llevará a cabo por el sistema de residencia.

Se actualiza la normativa reguladora de las pruebas de acceso a plazas de formación sanitaria especializada, manteniendo las características generales de estas pruebas, que han demostrado su eficacia a lo largo de más de cuarenta años en la selección de futuros especialistas, y cuentan con un alto grado de reconocimiento entre los profesionales.

La responsabilidad del residente

La responsabilidad médica es un tema de gran actualidad que preocupa mucho a los profesionales y a la sociedad en general (11-14). Se está produciendo un notable aumento de las demandas judiciales, las causas son diversas:

- Información errónea de que las demandas con sus respectivas indemnizaciones prosperan con facilidad. En realidad, muy pocas demandas prosperan, pero las que lo hacen someten al profesional a la dura pena de banquillo.
- La creencia, también errónea, de que el gran desarrollo tecnológico experimentado en los últimos años lo puede curar prácticamente todo.
- Con frecuencia se piensa que “tenemos derecho a curarnos”. En la práctica médica la responsabilidad es de medios, no de resultados. La responsabilidad de un facultativo es utilizar los medios adecuados para un correcto diagnóstico y tratamiento según la evidencia científica y los recursos materiales disponibles en el momento.
- Cambio radical producido en los modelos de relación médico-paciente. Nuestras sociedades han transitado desde un modelo paternalista a otros modelos basados en la deliberación y la autonomía con el consentimiento informado como eje central de la relación. Estos modelos, propios de las sociedades democráticas se basa en la libertad y la autonomía del individuo para decidir sobre su cuerpo y su espíritu, siempre que no se dañe a otros. Aunque las nuevas generaciones se están formando en

este modelo, es positivo hacer autocrítica y es necesario entender que es un camino que no tiene vuelta atrás, que no por estar enfermo se deja de ser ciudadano y que los ciudadanos cada vez conocen mejor sus derechos y exigen su cumplimiento.

Por otra parte, se observa una tendencia a hacer al médico responsable de aquello que no tiene solución: la enfermedad y la muerte. La Medicina es una tecnociencia por definición inexacta, con amplio margen de error por diligente que haya sido la actuación.

A pesar de que la literatura sobre la responsabilidad del médico y las publicaciones sobre los aspectos docentes del MIR sean abundantes; en lo relativo la responsabilidad específica del MIR la literatura es muy escasa. La jurisprudencia es también limitada y con frecuencia contradictoria.

Cuando realizas un trabajo partes de una hipótesis, de una pregunta, **¿Por qué?:**

Cuando se analiza la responsabilidad de un especialista suele ser por un acto individual o personal. Delimitar su responsabilidad es una tarea dificultosa que en el caso del MIR se multiplica, ya que hay que atender a tres posibles responsabilidades:

1. La individual ya de por sí más difícil de delimitar que la del especialista, por lo específico de su régimen jurídico con la inseparable función docente que lleva asociada.
2. La del tutor o especialista, según supervise o no.
3. La Administración u organización del servicio, según permita o no determinadas actuaciones sin supervisar a los residentes.
4. Esa triple responsabilidad y lo indisoluble de sus funciones hacen muy difícil, por no decir imposible, poder delimitar el momento exacto en que un residente puede realizar un determinado acto médico.
5. Con frecuencia el límite no es nítido, especialmente en los actos médicos de alto riesgo.

El trabajo inicial fue editado por la Organización Médica Colegial y posteriormente se ha traducido en cinco manuales divulgados por la OMC, y cuatro cursos organizados por la Fundación para la Formación todos han gozado de una excelente acogida e interés en la profesión y han sido ampliamente recogidos en los medios de comunicación, tanto en los especializados, como en los generales (15-26). Lo cual demuestra que la pregunta era correcta y que el hueco o la necesidad existían.

Causas por las que el residente puede incurrir en responsabilidad

1. Extralimitarse en sus funciones de forma consciente.

El residente realiza actos médicos para los que todavía no se encuentra autorizado según su programa formativo. Actúa de una forma autónoma sin solicitar la ayuda del especialista o tutor. Va a responder personal e individualmente por el daño producido. Con independencia de que el especialista pueda incurrir también en una responsabilidad in vigilando.

2. Actuación contraria a la *lex artis ad hoc* (mala praxis).

El residente será responsable directo de la mala praxis de los actos médicos que realice para los que sí esté autorizado, tenga reconocido autonomía.

¿Cuál es la diferencia con la anterior? En la primera también hay mala praxis, pero además no se está autorizado.

3. Capacidad para dar altas.

Ha sido un tema muy controvertido donde no existía acuerdo, incluso existían sentencias contradictorias. No existía ninguna normativa que de forma clara o expresa prohibiera o autorizará al MIR a realizar altas médicas. El RD 183/2008 ha cubierto el vacío legal existente y proporcionado una mayor seguridad jurídica, al MIR, al especialista, y a la institución. Los residentes de primer año

están sujetos a una supervisión de presencia física, no pueden emitir altas. A partir del segundo año sí pueden emitir altas, siempre que el tutor considere que le puede atribuir esa responsabilidad.

4. Situaciones de urgencia

Para los actos o situaciones de urgencia, siempre existe responsabilidad, pues se está obligado por:

- Deber de socorro. “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria, o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con la pena correspondiente” (artículo 196 del Código Penal).
- Código deontológico. “Cualquier médico, cualquiera que sea su especialidad, o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado”

Todo médico debe tener los conocimientos necesarios para una primera asistencia. Son los conocimientos que proporciona la licenciatura, los que se deben tener por el sólo hecho de ser médico (no se trata de otra cosa). Al residente se le aplica para:

- Urgencias no previstas
- Cuando no le es posible contactar con el especialista, con independencia de la responsabilidad en la que éste haya podido incurrir por no encontrarse disponible o localizable.

Entre los derechos del residente, el RD 143/2008 en el art. 4 apartado f) se especifica que el MIR tendrá derecho a “conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello suponga que pueda abandonar la denegación de asistencia o el abandono de su puesto”. Este

apartado no suele ofrecer duda lo destacamos porque es la causa que suele alegar el MIR en su defensa cuando se ha extralimitado, estado de necesidad, y aquí la jurisprudencia es muy restrictiva en su aplicación

5. Ejercicio de la Medicina y Bioética.

AP Las Palmas. Sentencia Rec. 28/1998 de 24 de octubre de 1998: Condena al residente por no atender la valoración y recomendación de un médico de urgencias y por no consultar esa decisión. extralimitación grave. Fallece una mujer de apenas 40 años que:

- Fue asistida por un médico experimentado que prestaba servicio desde hacía años en urgencias del hospital.
- Aconseja ingreso hospitalario y TAC cerebral por considerar grave su estado.
- Los médicos residentes ambos en los inicios de la etapa de especialización, hacen caso omiso de la recomendación del médico de puerta, le dan de alta a la paciente y fallece al día siguiente.
- Son condenados los MIR: “la conducta de los acusados es destacadamente negligente, imprudente”.

Es relativamente frecuente en las sentencias revisadas la existencia de una valoración previa por algún otro médico, que no es tenida en cuenta, habitualmente de atención primaria, y que de haberse hecho, podría haber cambiado el pronóstico y la evolución. Sin autocrítica no es posible mejorar, a los especialistas hospitalarios, nos cuesta con cierta frecuencia pensar que pueda existir vida inteligente fuera del hospital, cuando la atención primaria es la columna vertebral de nuestro sistema sanitario. No se trata de saber más para ser mejor, sino de saber más, para ser más que el otro. Pienso honestamente que este es uno de los déficits más importantes que tenemos en nuestra profesión y que debería existir una disciplina reglada en nuestra licenciatura en el que este apartado ocupara un lugar preferente. La Bioética considera que los principa-

les fines de la sanidad son: prevenir la enfermedad, curar lo que pueda ser curado, cuidar cuando no sea posible curar y ayudar a morir en paz. Los profesionales obtenemos bienes externos como dinero, prestigio, poder etc., totalmente legítimos, pero cuando esos bienes externos constituyen nuestro objetivo principal por encima de los internos, como son la vocación y atender a unas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad respecto a nosotros, muchos expertos en Bioética defienden que se está abandonando en cierta forma la raíz, el sentido esencial de nuestra profesión.

¿Se pueden evitar estas lamentables situaciones?

Ya en nuestro primer trabajo hacíamos una recomendación: “extremar la prudencia ante cualquier diagnóstico, recomendación, o prescripción realizada por otro facultativo”. De entrada, si el resultado es desfavorable, no existe defensa posible, seas jefe de servicio o el más modesto residente. Los especialistas somos conscientes de la responsabilidad de nuestros actos. Pero para los residentes en caso de derivación a hospital por sospecha de una enfermedad de cierta entidad. solicitaría la supervisión o visado del especialista. Probablemente la solución la tengamos en el mismo Real Decreto 183/2088:

Art. 15.5: Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con especial referencia al **área de urgencias** o cualesquiera otras que se consideren de interés.

Aunque legalmente a partir del segundo año de residencia puedes dar un alta sin supervisión, sí protocolizaría las derivaciones no ya potencialmente graves, sino también las de riesgo moderado o menos grave.

Conclusión

El principal objetivo de nuestro trabajo es contribuir a rellenar, al menos en parte, el hueco existente en algunos aspectos normativos de la regulación laboral, formativa y sobre la responsabilidad del residente. Hacerlo desde la Medicina, de forma rigurosa, objetiva, no desde ninguna trinchera ni mediante posturas preconcebidas han sido los objetivos prioritarios a la hora de hacerlo. No se trata de buscar culpables, todo lo contrario, sino de contribuir a mejorar uno de los más acreditados sistemas de formación de médicos especialistas del mundo intentando aplicar su régimen jurídico en beneficio de todos:

- De los profesionales implicados, con la finalidad de aportarles un instrumento útil que les pueda proporcionar una mayor seguridad jurídica en su ejercicio.
- Y lo más importante, para poder prestar también una mejor atención al paciente.

Hemos analizado cómo la regulación del régimen de residencia ha contribuido a consolidar y dotar de seguridad jurídica al conjunto del sistema. Pero podemos entender que el residente está en un momento de excepcional vulnerabilidad por su condición de personal en formación y por el rol que de facto tienen en la prestación de asistencia sanitaria. Se han constatado, ya sea mediante resolución judicial o a través de diferentes estudios el incumplimiento de la legislación en varias áreas. Existe un margen de mejora del andamiaje legislativo de la formación sanitaria especializada para asegurar el cumplimiento de las leyes, los derechos de los residentes y mejorar de forma global el funcionamiento del sistema sanitario.

En lo relativo a la responsabilidad, estamos comprobando con gran satisfacción como pronunciamientos judiciales recientes recogen textualmente los postulados que defendemos, gracias en gran parte al aval y potente altavoz de la OMC. Es evidente que esta amplia difusión acaba teniendo repercusión e impacto tanto en los jueces como en los profesionales pudiendo contribuir de forma decisiva a mejorar la asistencia y a evitarnos conflictos y si-

tuaciones innecesarias con el perjuicio que a todos nos ocasionan.

La doble naturaleza de los MIR, asistencial y docente, constituye junto a la equidad su mayor fortaleza, pero al mismo tiempo supone la mayor dificultad para abordar el estudio de su responsabilidad. Ambas facetas son, indivisibles e indisolubles y en cierta forma antagónicas, lo que supone una extrema complejidad jurídica. La Medicina avanza de una forma tan vertiginosa y el régimen de los residentes es intrínsecamente tan complejo que por muchos “problemas” que se vayan solucionando inevitablemente van a surgir nuevos retos a los que tendremos que enfrentarnos, y que en la actualidad probablemente no seamos capaces ni tan siquiera de prever. Por una parte, el objetivo final de la residencia es el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad en su función asistencial. Por otra es un principio rector el deber general de supervisión y la responsabilidad progresiva del residente, es decir la función docente.

¿Cómo se consigue? La respuesta no es fácil. Probablemente el buen juicio de todas las partes afectadas sea la mejor de las posibles, o la menos mala.

Propuestas

En lo relativo a la relación laboral del residente:

- Eliminar el concepto de guardia por falta de definición. Cambiar por jornada de atención continuada. Horas y máximos.
- Simplificar la normativa a los topes máximos establecidos en la directiva y RD: 48 horas a la semana en cómputo semestral y eliminar otros elementos que dan lugar a equívocos como el máximo de 7 guardias al mes.
- Modificar los programas formativos de especialidad, transformando a su vez el concepto de guardia a jornada de atención continuada.

- En los programas formativos de la especialidad, establecer que el mínimo de jornadas de atención continuada en ningún caso supere las 48 horas máximas de trabajo semanal.
- Establecer sistemas de prevención de excesos de jornada.
- Regular en el RD 1146/2006 los descansos semanales como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo.
- Regular un régimen sancionador propio que contemple las particularidades de la dualidad formativo-laboral del MIR.
- Desarrollar un convenio específico que regule la relación laboral de los internos residentes.
- Posibilidades de conciliación. Permitir que en el régimen de residencia se facilite la flexibilización de las jornadas laborales.

Bibliografía

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado número 280 del 22 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
2. 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. (Boletín Oficial del Estado número 240 del 7 de octubre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>
3. 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. (Boletín Oficial del Estado número 45, de 21 de febrero de 2008). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>
4. Pablo María Lucas Murillo. Sentencia del Tribunal Supremo 4817/2021. Sala de lo contencioso. Recurso de Casación. ECLI:ES:TS:2021:4817
5. Gustavo Lescure Martín. Sentencia del Tribunal Supremo 11993/1993. Sala de lo Contencioso. Recurso de apelación. ECLI:ES:TS:1993:11993
6. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (Boletín Oficial del Estado número 255 del 24 de octubre de 2015). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/23/2/con>
7. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Boletín Oficial del Estado número 301, del 17 de diciembre de 2003) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>
8. Directiva 2003/88/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, del 4 de noviem-

bre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. (Diario Oficial nº 299/9 del 18 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2003/299/L00009-00019.pdf>

9. Ricardo Bodas Martín. Sentencia del Tribunal Supremo 1543/2022. Sentencia núm. 280/2022. Tribunal Supremo. Sala de lo Social.

10. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Recomendaciones para la mejora de las condiciones de los MIR en España. Sección Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo. 2023.

11. Real Decreto 589/2022, del 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. Boletín Oficial del Estado.

12. Palomar Olmedo A. Los médicos internos residentes, régimen jurídico del MIR. Madrid: Dykinson, 2009.

13. León Vázquez F, Olivera Cañadas G, Ballarín González A, Holgado S. Responsabilidad legal del residente y pena de banquillo. Aten Primaria 2008; 40: 313.

14. Abreu González R. Responsabilidad jurídica del médico interno residente. Arch Soc Esp Oftalm 2004; 79: 6.

15. Barrios Flores LF. La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente. Derecho y Salud 2003; 11: 1-22

16. Moreno Madrid F. Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ,2022.[Consultado: 30 Enero 2023] .Disponible en: https://www.fpsomc.es/sites/fpsomc/files/minisite/static/de0af39f-9436-4da7-bda5-d50e0b4c8ca5/responsabilidad_residentes_ciencias_salud/22/index.html

17. Moreno Madrid F. Responsabilidad de médicos especialistas, tutores y residentes. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), 2019. Disponible en: https://www.mutualmedica.com/documents/20143/98125/Responsabilidad_del_MIR_Segunda_Edicion.pdf/ebe70da2-f893-24a4-0ea4-7e0bf797dcd0?t=1558454318255

18. Moreno Madrid F. Responsabilidad del Médico Interno Residente .Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM),2018.

19. La FFOMC abre la nueva edición del curso "El Médico interno residente. Responsabilidad y marco legal ". Médicos y pacientes.com.2023. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/la-ffomc-abre-la-nueva-edicion-del-curso-el-medico-interno-residente-responsabilidad-y>

20. Moreno Madrid F. "Los MIR no son conscientes de la fortaleza de sus derechos laborales". Médicos y pacientes.com. 10 de noviembre de 2020. [Consultado : 30 Enero 2023] .Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-francisco-moreno-los-mir-no-son-conscientes-de-la-fortaleza-de-sus-derechos-laborales>

21. Redacción. Los médicos reclaman que se cumplan los derechos laborales de los MIR. Francisco Moreno: "Los MIR no deben utilizarse como mano de obra barata". La Vanguardia. 21 de septiembre 2018. Consultado: [30 Enero 2023]. Disponible en:<https://www.lavanguardia.com/vida/20180521/443749747559/los-medicos-reclaman-que-se-cumplan-los-derechos-laborales-de-los-mir.html>

22. Valle S. Esta es la responsabilidad legal que tiene un MIR de primer año: lo que debe y no debe hacer. Diario Médico. 24 de enero de 2023. [Consultado: 30 Enero 2023] .Disponible en:<https://www.diariomedico.com/medicina/medico-joven/mir/esta-es-la-responsabilidad-legal-que-tiene-un-mir-de-primer-ano-lo-que-debe-y-no-debe-hacer.html>

23. Moreno F. "El juez debe analizar por qué hay un R1 solo". Diario médico. 23 de enero de 2018. [Consultado : 30 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/medico-joven/mir/el-juez-debe-analizar-por-que-hay-un-r1-solo.html>

24. Moreno Madrid F. "Cualquier actuación médica supervisada desplaza la responsabilidad del MIR". Médicos y pacientes.com. 17 de mayo de 2018. [Consultado : 30 Enero 2023] Disponible en:<https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-moreno-madrid-cualquier-actuacion-medica-supervisada-desplaza-la-responsa>

bilidad-del-mir

25. Moreno F. "Con este libro queremos contribuir a rellenar el hueco existente sobre la responsabilidad del residente". Médicos y pacientes. 14 de septiembre de 2022. [Consultado: 30 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-francisco-moreno-con-este-libro-queremos-contribuir-rellenar-el-hueco-existente-sobre-la>

26. Redacción. El manual sobre la responsabilidad del MIR pone luz sobre los problemas legales a los que se enfrentan los residentes. Redacción médica. 21 de mayo de 2018. [Consultado: 30 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/-hasta-donde-llega-la-responsabilidad-juridica-y-legal-del-mir--7233>

27. Redacción. Un nuevo libro sobre la responsabilidad de los residentes ayuda a proporcionar una mayor seguridad jurídica en el ejercicio profesional. Médicos y pacientes.com. 18 de noviembre de 2020. [Consultado: 30 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/un-nuevo-libro-sobre-la-responsabilidad-de-los-residentes-ayuda-proporcionar-una-mayor>

6. Retribuciones de los facultativos residentes en España

Vicente Matas Aguilera

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada.

Lucía de la Puente Alonso

Médica residente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Marco normativo y contextualización

En el RD 1146/2006 del 6 de octubre[1], por el que se regula la relación laboral de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, se regula la retribución económica de los médicos internos residentes (MIR). En dicha normativa se detalla bajo dos apartados, la existencia de un sueldo base así como de un complemento de formación que deberá aumentar con cada año de residencia:

A. “Sueldo, cuya cuantía será equivalente a la asignada, en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido”

B. “Complemento de grado de formación, cuya percepción se devengará a partir del segundo curso de formación. Su cuantía será porcentual respecto al sueldo. Los porcentajes serán los siguientes:

- a) Residentes de segundo curso: ocho por ciento.
- b) Residentes de tercer curso: 18 por ciento.
- c) Residentes de cuarto curso: 28 por ciento.
- d) Residentes de quinto curso: 38 por ciento.”

Sin embargo, los diecisiete servicios de salud de las CCAA y el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) de Ceuta y Melilla pueden presentar conceptos retributivos propios tanto de la jornada ordinaria como de la de guardia, lo que genera importantes diferencias salariales entre los médicos residentes según su situación geográfica. La última modificación en este sentido, se incorporó en los presupuestos de 2022 de Cataluña, donde a los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria se les retribuye con entre 5.000 y 9.000 euros al año en función de su localización/unidad docente[2]. Por otro lado, hay que tener en cuenta que el diferente tratamiento de las pagas extra puede provocar discrepancias entre los importes mensuales y el importe anual final, de hecho, en alguna Comunidad Autónoma, el importe mensual es menor que en otra y sin embargo el importe anual es mayor.

Sumado a lo anterior, en los últimos años los médicos residentes han perdido entre un 30-35%, según recoge el informe ‘Retribuciones de los Facultativos Residentes en España en abril de 2022 y recortes desde el año 2009’ elaborado por el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada[3]. Dicho estudio señala que los MIR “nunca recuperarán su poder adquisitivo de 2009”. En los años 2010 y 2012, los recortes de los sueldos de los MIR fueron progresivos, con una media del 5%, aunque en algunos casos se llegó a superar el 10%. Sin embargo, las subidas en años posteriores -desde 2016- han sido lineales y oscilan entre el 1% y el 2%. A esto, se suma una inflación que no cesa su incremento y que ha alcanzado valores históricos en los últimos años [4].

Todo lo expuesto sitúa a los médicos internos residentes en España en una situación injusta, y de especial vulnerabilidad en las grandes ciudades. Tras 7 años de formación, el sueldo neto que perciben un médico residente de primer año sin guardias apenas alcanza los 1000 euros mensuales. Dado el aumento de precios generalizados, marcadamente altos en el alquiler en ciudades como Madrid, Barcelona, Bilbao o Valencia, muchos médicos residentes se ven forzados a superar el máximo de guardias que establece la normativa europea (48 horas, equivalen-

te a 4 guardias) para poder tener un nivel de ingresos que permitan hacer frente a las exigencias expuestas. Esto supone un riesgo tanto para la seguridad del paciente, para la salud de los médicos residentes como para su aprendizaje. Los pocos estudios que existen preguntando a los médicos residentes sobre su percepción del salario, muestran que hasta el 71% se muestran muy insatisfechos entre el balance responsabilidad/formación con el salario [5].

Otro dato que muestra la precariedad de los médicos internos residentes en España, es la comparación con otros países europeos. Según un informe de la Federación Europea de Médicos Asalariados: un MIR español cobra entre 14.000 y 19.000 euros brutos anuales, la cuarta parte de un belga, tres veces menos que un danés o la mitad que un sueco o francés. En concreto, un belga estaría en los 231.000 euros brutos anuales, un danés en 186.000, un italiano en 140.000, un británico en 136.000 y un holandés en 124.600. A corta distancia están los sueldos en Finlandia (114.380), Francia (110.458), Suecia (108.300), Alemania (104.500), Austria (89.500) e Irlanda (88.732) [6]. Dicha situación es la que marca la razón por la que se ha incluido un capítulo sobre retribución en el presente libro. En primer lugar, porque la retribución tiene una relación directa con la satisfacción. Existen múltiples estudios que vinculan una retribución adecuada para los médicos residentes, con mayores tasas de satisfacción y menor burnout[7]. El hecho de tener médicos que desde el principio de su trayectoria ya presentan tasas muy preocupantes de burnout, estrés y ansiedad supone un barrera para su adecuada formación[8]. Además, esto sucede en un contexto marcado por problemas de demografía médica, falta de especialistas y competencia internacional por los mismos. La ausencia de especialistas por una insuficiente retribución desde sus inicios es una amenaza para el presente y el futuro del sistema de formación sanitaria especializada.

En segundo lugar, como comentábamos previamente, un salario base que no reconoce la formación previa ni el trabajo asistencial que desarrollan los médicos internos

residentes, empuja a aquellos que tienen dificultades económicas a la realización de un número de guardias excesivo[9]. Esto supone un problema para la formación por dos motivos: en primer lugar, porque las urgencias suponen un medio de aprendizaje extremo, por lo que se pueden adoptar actitudes defensivas y poco ajustadas a la globalidad del abordaje clínico de una especialidad. Por último, realizar tantas jornadas de atención continuada conlleva o perder muchos días de rotatorio por los descansos compensatorios de las mismas, o lo que es peor, acudir a los rotatorios en un estado de descanso y rendimiento cognitivo pésimo, poniendo en riesgo tanto la salud del paciente como la propia del profesional que atiende.

Por último, la retribución insuficiente de los médicos internos residentes, puede generar situaciones de inequidad en el acceso y permanencia en el sistema de formación[10], discriminando negativamente a los recién egresados con situaciones económicas previas más precarias o con situaciones familiares de mayor sobrecarga. Esto supondría, además de una situación tremendamente injusta, una pérdida de diversidad muy enriquecedora para el mundo médico. Además, la mencionada situación de precariedad puede marcar ciertas decisiones en torno a la elección de especialidad, en función de la posibilidad de compensar a nivel económico posteriormente de la residencia, o respecto a la predisposición a tener descendencia.

Toda esta situación fue recogida por una Proposición no de ley presentada en el Congreso de los Diputados por el Grupo Parlamentario Plural en el año 2022[11]. En esta, se insta al Gobierno a llevar a cabo mejoras retributivas en el colectivo de los médicos internos residentes, así como a los demás colectivos que se incluyen en la Formación Sanitaria Especializada (FSE). La Proposición No de Ley (PNL) fue aprobada el 29/03/22 en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados con el apoyo de todos los partidos menos uno. De esta manera, se recogió que dicha mejora no es solo voluntad de los MIR, sino de la mayoría de los representantes de los ciudadanos. Sin embargo, a

pesar de su aprobación, no ha habido ninguna mejora a nivel estatal de la situación salarial de los MIR en España. Debido a lo anteriormente descrito, a continuación se expondrá en detalle la situación retributiva de los médicos internos residentes en España y se realizarán propuestas acordes a la mejora de dicha situación. De esta manera, se compara cada uno de los años que componen la residencia, los diferentes conceptos retributivos en los pagos por jornada ordinaria y se informa del importe por hora de guardia en cada una de las CCAA. En las tablas se presenta en rojo y negrita los Servicios de Salud que ocupan los últimos lugares y en azul y negrita los que ocupan los primeros puestos.

Retribuciones netas y brutas residentes jornada ordinaria en el año 2023

Retribuciones mensuales

Los resultados sin guardias, solo por la jornada ordinaria de trabajo, en retribución mensual bruta y neta, tanto globales como por Servicio de Salud, los podemos ver en la tabla 1.

Las retribuciones mensuales mínimas van desde los 1.281 euros brutos al mes en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 1.063 euros/mes**, hasta los 1.764 euros brutos al mes en el residente de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social **quedan netos 1.375 euros/mes**.

Las retribuciones mensuales medias van desde los 1.342 euros brutos al mes en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una retribución neta de 1.143 euros/mes, hasta los 1.830 euros brutos al mes en el MIR de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social quedan en un sueldo neto de 1.439 euros/mes.

Las retribuciones mensuales máximas van desde los 1.521 euros brutos al mes en el residente de primer año,

que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 1.263 euros/ mes**, hasta los 2.036 euros brutos al mes en el MIR de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social **quedan netos 1.578 euros/mes**.

Las diferencias brutas entre máximos y mínimos van desde los 239 euros euros/mes (el 18,69%) para los residentes de primer año **hasta los 272 euros brutos/año (el 15,44%)** para los de quinto año. Las diferencias en el neto llegan hasta el 18,88% en el residente de primer año. Las diferencias en retribución neta entre el mínimo y la media llegan al 7,60% y superan el 4% en todos los casos.

Mención especial merece el INGESA ya que en este territorio se percibe un plus por residencia en ambas ciudades autónomas, cuyo importe es de 1.024,22 €/mes (12.290,64 €/año) y además en el impuesto de la renta, por residir y trabajar en Ceuta o Melilla, disfrutan de unas retenciones y una tarifa un 60% inferior a la del resto de España. En INGESA sólo existen plazas de Medicina de Familia (3 por año en Ceuta y otras 3 en Melilla), dos plazas de Medicina del Trabajo, una de Medicina Interna y una de Medicina Preventiva y Salud Pública. Existe también plus de residencia en Baleares y Canarias, pero de mucha menor cuantía.

Tabla 5: Retribuciones mensuales netas y brutas residentes sin guardias en 2023

	Residente 1º año		Residente 2º año		Residente 3º año		Residente 4º año		Residente 5º año	
	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS
Andalucía	1.106	1.281	1.155	1.384	1.213	1.512	1.303	1.640	1.388	1.768
Aragón	1.109	1.288	1.158	1.391	1.219	1.520	1.309	1.649	1.394	1.778
Asturias	1.138	1.288	1.195	1.391	1.253	1.520	1.325	1.649	1.415	1.778
Baleares	1.263	1.521	1.324	1.650	1.414	1.779	1.496	1.907	1.578	2.036
Canarias	1.209	1.478	1.266	1.581	1.356	1.709	1.439	1.838	1.522	1.967
Cantabria	1.106	1.281	1.155	1.383	1.212	1.510	1.300	1.637	1.385	1.764
Castilla y León	1.106	1.282	1.155	1.384	1.213	1.512	1.303	1.640	1.388	1.769
Castilla-La Mancha	1.138	1.288	1.195	1.391	1.253	1.520	1.325	1.649	1.415	1.778
Cataluña	1.161	1.396	1.208	1.502	1.297	1.632	1.384	1.761	1.472	1.899
Extremadura	1.129	1.288	1.184	1.391	1.243	1.520	1.321	1.649	1.411	1.778
Galicia	1.087	1.282	1.132	1.384	1.204	1.512	1.293	1.640	1.375	1.768
Madrid	1.169	1.417	1.218	1.520	1.309	1.649	1.394	1.777	1.477	1.906
Murcia	1.147	1.369	1.158	1.391	1.219	1.520	1.309	1.649	1.394	1.778
Navarra	1.063	1.288	1.148	1.391	1.223	1.520	1.327	1.649	1.404	1.778
País Vasco	1.170	1.379	1.243	1.483	1.320	1.614	1.410	1.745	1.496	1.876
Rioja, La	1.138	1.288	1.192	1.391	1.247	1.520	1.321	1.649	1.410	1.778
Valenciana Com.	1.160	1.395	1.209	1.506	1.305	1.643	1.396	1.781	1.485	1.918
Ceuta y Melilla (*)	2.005	2.313	2.089	2.416	2.194	2.544	2.299	2.673	2.404	2.802
Media de España	1.143	1.342	1.196	1.442	1.268	1.571	1.353	1.701	1.439	1.830
Máximo de España	1.263	1.521	1.324	1.650	1.414	1.779	1.496	1.907	1.578	2.036
Mínimo de España	1.063	1.281	1.132	1.383	1.204	1.510	1.293	1.637	1.375	1.764
Dif. Mín./Máximo	201	239	192	267	210	269	203	271	203	272
Dif. Min./Media	81	60	64	59	64	61	61	64	64	67
% Dif. Mín./Máx.	18,88	18,69	16,94	19,28	17,46	17,79	15,74	16,53	14,78	15,44
% Dif. Mín./Media	7,60	4,70	5,65	4,27	5,33	4,07	4,68	3,90	4,66	3,77

Por las circunstancias excepcionales (complemento de residencia, tratamiento fiscal y muy reducida oferta de plazas) y para evitar distorsiones en el estudio los resultados de INGESA se presentan como un Servicio de Salud más, pero no se han usado a la hora de hacer los cálculos de media, máximo y mínimo.

Conviene recordar que, en el caso de los médicos, para llegar a ser MIR en España es necesario tener un Bachillerato con nota extraordinaria, realizar una selectividad excelente, seis años de estudios universitarios y por último preparar durante otro año el examen MIR. **Demasiado esfuerzo y muchas exigencias para una retribución tan baja.** Importante esfuerzo supone también, para el resto de las titulaciones que acceden a una plaza de residente y se enfrentan además a una mayor ratio por plaza.

Retribuciones anuales

Los resultados sin guardias (solo jornada ordinaria) en retribución anual neta y bruta, tanto globales como por Servicio de Salud, los podemos ver en la tabla 2. El diferente tratamiento de las pagas extras puede provocar que en una CCAA se cobre más en cómputo mensual que en otra y sin embargo en cómputo anual quede por detrás.

Las retribuciones anuales mínimas van desde los 17.050 euros brutos al año en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 15.069 euros/año**, hasta los 23.528 euros brutos al año en el residente de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social quedan netos 18.886 euros/año.

Las retribuciones anuales medias van desde los 18.443 euros brutos al año en el residente de primer año, que aplicados los descuentos de IRPF y Seguridad Social queda en 15.866 euros netos al año, hasta los 25.247 euros brutos al año en el MIR de quinto año, que con los descuentos queda en de **20.070 euros netos/año**.

Las retribuciones anuales máximas van desde los 20.307 euros brutos al año en el residente de primer año, que aplicados los descuentos queda en **16.802 euros netos al año**, hasta los 27.313 euros brutos al año en el MIR de quinto año, que con los descuentos queda en de **21.376 euros netos/ año**.

Las diferencias entre los Servicios de Salud van desde los 3.257 euros brutos/año (el 19,10%) para los residentes de primer año **hasta los 3.785 euros/año** (el 16,09%) para los de quinto año. Las diferencias brutas entre el mínimo y la media superan en todos los casos el 6% y llegan hasta el 8,17%.

Estas diferencias, excluyendo INGESA, si tenemos en cuenta la residencia completa, llegan a ser cantidades importantes, **superan los 17.000 euros en especialidades de cinco años (más del 17%)** y los 13.000 euros (más del 17%) en las especialidades de cuatro años.

Tabla 6: Retribuciones anuales netas y brutas residentes sin guardias en 2023

	Residente 1º año		Residente 2º año		Residente 3º año		Residente 4º año		Residente 5º año	
	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS	NETAS	BRUTAS
Andalucía	15.671	17.941	16.377	19.376	17.210	21.171	18.486	22.965	19.703	24.759
Aragón	15.726	18.036	16.425	19.479	17.290	21.283	18.573	23.087	19.790	24.890
Asturias	15.178	17.050	15.935	18.414	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.529
Baleares	16.589	19.841	17.730	21.903	19.012	23.706	20.196	25.510	21.376	27.313
Canarias	16.802	20.307	17.622	21.750	18.905	23.554	20.097	25.359	21.276	27.163
Cantabria	15.671	17.941	16.371	19.363	17.189	21.140	18.452	22.916	19.661	24.694
Castilla y León	15.672	17.050	15.933	18.411	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.528
Castilla-La Mancha	15.178	17.050	15.933	18.411	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.528
Cataluña	16.458	19.551	17.132	21.034	18.401	22.847	19.640	24.660	20.898	26.581
Extremadura	15.345	17.351	16.076	18.715	16.853	20.421	17.889	22.126	19.096	23.832
Galicia	16.020	18.591	16.697	20.078	17.756	21.937	19.073	23.796	20.291	25.655
Madrid	16.586	19.835	17.286	21.277	18.569	23.081	19.786	24.885	20.966	26.688
Murcia	16.272	19.164	16.425	19.479	17.290	21.283	18.573	23.087	19.790	24.890
Navarra	15.069	18.036	16.275	19.479	17.356	21.283	18.827	23.087	19.924	24.890
País Vasco	15.667	18.313	16.723	19.778	17.839	21.610	19.117	23.443	20.358	25.274
Rioja, La	15.178	17.050	15.976	18.493	16.796	20.297	17.871	22.101	19.144	23.906
Valencia Com.	16.445	19.526	17.157	21.087	18.516	23.007	19.815	24.927	21.072	26.847
Ceuta y Melilla (*)	25.553	29.340	26.673	30.704	28.080	32.409	29.482	34.114	30.887	35.819
Media de España	15.866	18.443	16.634	19.853	17.651	21.649	18.859	23.445	20.070	25.247
Máximo de España	16.802	20.307	17.730	21.903	19.012	23.706	20.196	25.510	21.376	27.313
Mínimo de España	15.069	17.050	15.933	18.411	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.528
Dif. Mín/Máximo	1.732	3.257	1.797	3.492	2.298	3.588	2.521	3.686	2.489	3.785
Dif. Min/Media	797	1.393	701	1.442	936	1.530	1.184	1.621	1.184	1.719
% Dif. Mín/Máx	11,50	19,10	11,28	18,97	13,75	17,83	14,26	16,89	13,18	16,09
% Dif. Min/Media	5,29	8,17	4,40	7,83	5,60	7,60	6,70	7,43	6,27	7,30

Por las circunstancias excepcionales (complemento de residencia, tratamiento fiscal y muy reducida oferta de plazas) y para evitar distorsiones en el estudio los resultados de INGESA se presentan como un Servicio de Salud más, pero no se han usado a la hora de hacer los cálculos de media, máximo y mínimo.

El **sueldo base** para los facultativos residentes es el correspondiente al Grupo A1 del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), que se aprueba cada año en los Presupuestos Generales del Estado y supone el grueso de los ingresos del residente. Para este año 2023 es de 1.288,31 euros/ mes por 12 meses más dos pagas extras de 795 euros, en total 17.049,72 euros al año, **muy poco más del importe al que se tenía derecho en 2010 antes del recorte del gobierno de España (791 euros/año, el 4,86%)**, que suponían 16.258,20 euros anuales. Especialmente teniendo en cuenta que el IPC se ha incrementado en un 27,6% desde enero de 2010 a diciembre de 2022 y en los meses próximos los incrementos parece que serán mayores. La pérdida de poder adquisitivo en el sueldo base ha sido inmenso.

Otra cosa llamativa en este concepto que debería ser igual en todos los Servicios de Salud, es que hay diferencias en su aplicación, cuando con copiar los importes sería suficiente. Aunque a muchos residentes les ha beneficiado que no sepan copiar del BOE, veamos por qué.

Los facultativos residentes de **Aragón, Canarias, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra** cobran un sueldo base de 1.288,31 euros/mes y también en las dos extras. En total 18.036,37 euros al año, que son 986,65 euros más que lo que contempla el BOE en los presupuestos generales para el grupo A1 en cómputo anual, curiosamente cobran más que sus tutores en este concepto.

En el caso de **Andalucía, Cantabria, Castilla y León, Galicia y Comunidad Valenciana** cobran un importe mensual un poco menor, en concreto cobran 1.281,49 euros al mes y la misma cantidad en las dos extras. En total 17.941,28 euros al año, que son 891,56 euros más que lo que contempla el BOE en los presupuestos generales para el grupo A1, también es algo más de lo que cobran sus tutores en este concepto.

Los facultativos residentes de **Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, Extremadura, INGESA y La Rioja** cobran 1.288,31 euros mensuales y 795 en las dos pagas extras,

que es la cantidad que está reflejada para el Grupo A1 en los Presupuestos Generales del Estado. En el caso de El País Vasco es un poco más por un complemento de mejora y mayor cantidad en el sueldo de extra.

Además, los residentes tienen el **Complemento Grado de Formación** que en la mayoría de los Servicios de Salud se cobra desde los R2, con importes de 103,10 para R2 231,97 para R3, 360,84 para R4 y 489,7 para R5, suele estar incluido completo en las extras, con algunas excepciones que pagan un importe menor. Hay importes algo mayores, pocos céntimos y en algunas CCAA se pagan desde el R1 y otras abonan complementos adicionales a todos los facultativos residentes. Pero **las grandes diferencias están en el importe de las guardias/atención continuada.**

Diferencias en la retribución de las guardias en 2023

El MIR, tiene la obligación, pero no el derecho, de **realizar guardias**. Con la realización de estas horas “extra” en horarios especialmente penosos –por las tardes, las noches, en sábado, domingo y festivo- puede incrementar un poco este sueldo tan bajo, que, en algunos casos, supera en muy poco a los del año 2010 antes del recorte del Gobierno.

En la tabla 3 están los importes de este complemento, destinado a remunerar la atención a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada, encontramos diferencias muy importantes.

Diferencias en las guardias en día laborable

Las diferencias en día laborable oscilan entre los 7,71 euros/hora (el 74,28 %) en el residente de primer año y los 8,50 €/hora (el 49,25%) en los residentes de cuarto y quinto año.

Para todos los años de residencia ocupan los últimos lugares los residentes de **Canarias e INGESA** y para algunos años de residencia lo ocupan los residentes de **Extremadura y Madrid**.

Diferencias en las guardias en día festivo

Las diferencias en festivo oscilan entre los 6,97 euros/hora (el 53,95 %) en el residente de primer año y los 8,98 euros/hora (el 48,20%) en los residentes de cuarto y quinto año.

Para todos los años de residencia ocupa los últimos lugares **INGESA** y para algunos años **Andalucía, Madrid y La Rioja**.

Diferencias en las guardias en día especial.

Las diferencias en festivo especial (son unos 6 días al año), superan el 160 % entre el máximo y el mínimo en los MIR de todos los años, oscilando entre los 25,50 €/hora (el 178,4 %) en el MIR de primer año y los 33,04 euros/hora (el 161,9%) en los residentes de cuarto y quinto año.

Para todos los años de residencia ocupa los últimos lugares **INGESA** y **Galicia** y para algunos años **Asturias y Canarias**.

Los importes de la tabla siguiente son brutos y teniendo en cuenta que el **IRPF es progresivo y se incrementa la retención en varios puntos sobre el total de la nómina**, de los importes anteriores van directamente a hacienda (mediante la retención mensual) más del 25% en casi todos los casos y se aproxima al 30% en algunos casos, depende de los ingresos totales anuales y por tanto del número de guardias. Además, hay que sumar el 6,45% de cotización del residente a la Seguridad Social, si no supera la base máxima de cotización de 4.495,5 euros mensuales con la extra prorrateada, para lo que son necesarias más guardias, que en el ejemplo de nuestro informe anual de 80 horas al mes, que se publicará en los próximos meses.

Tabla 7. Retribuciones de la hora de guardia en laborable, festivo y días especiales 2023

	Residente 1º año			Residente 2º año			Residente 3º año			Residente 4º/5º año		
	LAB.	FES.	ESP.	LAB.	FES.	ESP.	LAB.	FES.	ESP.	LAB.	FES.	ESP.
Andalucía	13,07	14,65	26,14	14,32	16,04	28,64	16,73	18,75	33,46	18,78	21,01	37,55
Aragón	15,51	16,66	31,02	16,80	18,05	33,60	18,09	19,43	36,18	19,39	20,83	38,78
Asturias	13,61	14,84	22,88	15,47	16,88	26,00	17,32	18,88	29,13	19,18	20,91	32,24
Baleares	18,09	19,89	39,79	19,76	21,74	43,47	22,03	24,23	48,46	24,29	26,71	53,44
Canarias	10,38	16,61	20,77	12,67	20,28	25,34	14,99	23,99	29,98	17,26	27,61	34,52
Cantabria	15,74	18,30	29,49	17,82	19,48	31,36	20,12	21,94	35,32	22,44	24,43	39,35
Castilla y León	13,82	15,03	23,17	15,89	17,20	26,49	18,08	19,50	30,24	20,19	21,79	33,99
Castilla-La Mancha	16,91	18,14	24,46	20,13	21,58	27,97	22,55	24,12	31,44	25,76	27,58	36,70
Cataluña	14,03	15,82	23,72	16,81	19,01	28,46	19,59	22,14	33,16	21,01	23,72	35,52
Ceuta y Melilla	12,38	12,92	16,40	14,23	14,72	18,81	16,19	16,63	21,51	18,10	18,63	24,32
Extremadura (*)	13,32	14,76	23,46	15,31	16,94	26,69	17,54	19,14	30,46	18,56	21,41	34,14
Galicia	14,29	14,29	14,29	16,37	16,37	16,37	18,43	18,43	18,43	20,40	20,40	20,40
Madrid	11,61	13,81	27,62	13,93	16,11	32,22	16,25	18,43	36,86	18,56	20,74	41,48
Murcia	15,84	16,98	31,68	18,18	20,49	36,36	20,17	22,48	40,34	21,48	24,90	42,96
Navarra	16,94	16,94	33,88	19,75	19,75	39,50	22,57	22,57	45,14	24,86	24,86	49,72
País Vasco	15,96	17,55	31,92	17,41	19,15	34,82	20,31	22,34	40,62	23,21	25,53	46,42
Rioja, La	13,06	13,67	27,34	15,41	16,16	32,32	16,59	17,41	34,82	18,99	19,87	39,74
Valenciana Com.	12,90	14,90	25,80	15,25	17,25	30,50	17,60	19,60	35,20	19,95	21,95	39,90
Media de España	14,30	15,88	26,32	16,42	18,18	29,94	18,62	20,56	33,93	20,69	22,94	37,84
Máximo de España	18,09	19,89	39,79	20,13	21,74	43,47	22,57	24,23	48,46	25,76	27,61	53,44
Mínimo de España	10,38	12,92	14,29	12,67	14,72	16,37	14,99	16,63	18,43	17,26	18,63	20,40
Dif. Mín./Máximo	7,71	6,97	25,50	7,46	7,02	27,10	7,58	7,60	30,03	8,50	8,98	33,04
Dif. Mín./Media	3,92	2,96	12,03	3,75	3,46	13,57	3,63	3,93	15,50	3,43	4,31	17,44
% Dif. Mín./Máx.	74,28	53,95	178,4	58,88	47,69	165,5	50,57	45,70	162,9	49,25	48,20	161,9
% Dif. Mín./Media	37,80	22,88	84,21	29,58	23,49	82,90	24,21	23,61	84,11	19,87	23,12	85,50

Datos febrero 2023.

(*) Extremadura retribuye con un importe superior a los MIR de 5º año

Si tenemos en cuenta la residencia completa, es decir cuatro o cinco años, dependiendo de la duración de cada una de las especialidades, para un residente que haga una guardia a la semana (80 horas al mes) las diferencias llegan a ser cantidades muy importantes. En el caso de comparar la retribución mínima con la máxima (excluido INGESA), llega hasta **más de 43.000 euros (más del 23%) en las especialidades de cinco años y más de 34.000 euros (más del 24%) en las de cuatro años de permanencia.**

En el año 2023 los empleados públicos, han tenido una subida de todos los conceptos retributivos del 2,5% que, también afecta a los residentes. Esperamos que en los próximos meses puedan producirse mejoras en las retribuciones de los MIR de algunos Servicios de Salud, sería justo, pues con la inflación del 28,9% desde enero de 2009 a diciembre de 2022 la pérdida de poder adquisitivo supera en muchos casos el 25% e incluso el 30%, si tenemos en cuenta el incremento de jornada, aún presente en algunos Servicios de Salud. **Los recortes progresivos que se aplicaron a los facultativos en el año 2010, nunca se podrán recuperar, con los incrementos porcentuales lineales, que se están aplicando en estos años.**

Propuestas de mejora

Como se ha desarrollado a lo largo del presente capítulo, los médicos residentes en España viven una situación económica y retributiva injusta y precaria, con marcadas diferencias entre CCAA. Esto además tiene consecuencias directas sobre la satisfacción, salud mental y aprendizaje del médico residente y también supone una amenaza para la estabilidad y continuidad del sistema sanitario. Para abordar dicha situación, a continuación se realizan una serie de propuestas sobre la modificación del RD 1146/2006 en los siguientes apartados:

- En el artículo 5. 1. a), sobre la jornada laboral y descansos, se propone modificar:

- En todo caso, la duración máxima de la jornada ordinaria no podrá exceder las 35 horas semanales, de las cuales 7 horas serán de formación no presencial (estudio autónomo, preparación de sesiones o consultas, revisiones bibliográficas...) y se acreditarán en la evaluación, de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo.

- En el artículo 5, sobre la jornada laboral y descansos, se propone añadir:

- Se establece la obligatoriedad de control horario de la jornada laboral del residente, donde computarán las horas en exceso como prolongación de la jornada ordinaria, es decir, como jornada complementaria en arreglo al RD 8/2019, de 8 de marzo de 2019, de medidas urgentes de protección social y de lucha contra la precariedad laboral en la jornada de trabajo

- En el artículo 7.1.b), sobre el complemento de grado de formación, se propone modificar:

- Residentes de primer curso: 38 por ciento.
- Residentes de segundo curso: 48 por ciento.
- Residentes de tercer curso: 58 por ciento.
- Residentes de cuarto curso: 68 por ciento.
- Residentes de quinto curso: 78 por ciento.

- En el artículo 7.1.c), sobre la retribución de la atención continuada, se propone añadir:

- El complemento de atención continuada no podrá ser inferior al 60% del correspondiente

al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión en residentes de primer curso, aumentando el mínimo un 10% en cada año de residencia.

- En el artículo 7.2, sobre las pagas extraordinarias, se propone añadir:

- El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo, del complemento de grado de formación y del equivalente de guardias de un mes, realizando un prorrateo de las guardias realizadas en los últimos 6 meses.

- En el artículo 7., se propone añadir un nuevo apartado con la siguiente redacción:

- Se retribuirá con prorrateo del salario íntegro (retribución de jornada ordinaria y complementaria) de los últimos seis meses activamente trabajados los periodos de baja médica, maternidad, rotaciones externas y vacaciones.

- Se garantizará el pago del 100% de la incapacidad temporal laboral desde el primer día.

Bibliografía

1. 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. (Boletín Oficial del Estado número 240 del 7 de octubre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>
2. David Punzano. Cataluña incentiva económicamente a MIR de Familia y EIR de Salud Mental. Redacción Médica. 31/03/2023. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/cataluna-pagara-hasta-9-000-euros-mas-a-los-mir-que-hagan-medicina-familiar-9635>
3. Matas V. Retribuciones de los Facultativos Residentes en España en abril de 2022 y recortes desde el año 2009. Sindicato Médico de Granada. 2022. Disponible en: <https://simeg.org/retribuciones-mir-2022/>
4. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Precios de Consumo (IPC). Base 2021 Índice de Precios de Consumo Armonizado (IPCA). Base 2015 Febrero 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco421/ipc0223.pdf>
5. Oker N, Alotaibi NH, Herman P, Bernal-Sprekelsen M, Albers AE. Otorhinolaryngology residency in Spain: training satisfaction, working environment and conditions. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Jun;273(6):1619-27. doi: 10.1007/s00405-016-3935-3. Epub 2016 Feb 22. PMID: 26899283. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899283/>
6. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. CESM reitera la injusticia que supone el hecho de que la «extra» de un MIR no llegue a 800 euros. 2017. Disponible en: <http://www.cesm.org/2017/01/25/cesm-reitera-la-injusticia-que-supone-el-hecho-de-que-la-extra-de-un-mir-no-llegue-a-800-euros/>
7. He K, Sell NM, Chugh P, Rasic G, Collado L, Smink DS, Whang E, Kristo G. Improving the financial wellness of general surgery residents: A nationwide survey. Am J Surg. 2022 Sep;224(3):888-892. doi: 10.1016/j.amjsurg.2022.04.035. Epub 2022 May 6. PMID: 35545475. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35545475/>
8. Cone RJ, Cone BM, Paul KD, Arguello AM, McCalman DM, McGwin G, Porter SE, Ames SE, Johnson MD, Ponce BA; COERG. Financial Literacy in Orthopaedic Surgery Residents: A COERG Survey. J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev. 2022 Feb 8;6(2):e21.00276. doi: 10.5435/JAAOSGlobal-D-21-00276. PMID: 35133993; PMCID: PMC8826965. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35133993/>
9. Slama EM, Batarseh L, Bryan F, Roberts A, Bokhari F, Cunningham SC, Kowdley GC. Wellbeing as Defined by Resident Physicians: A Qualitative Study. Am Surg. 2021 Dec 30;31348211065092. doi: 10.1177/00031348211065092. Epub ahead of print. PMID: 34967682. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34967682/>
10. Morello SL. Resident and intern salaries: can tracking our progress help us understand our future? J Am Vet Med Assoc. 2023 Jan 25;1-8. doi: 10.2460/javma.22.11.0516. Epub ahead of print. PMID: 36701224. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36701224/>
11. DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. SANIDAD Y CONSUMO. XIV LEGISLATURA Núm. 639 Pág. 20-28. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/DS/CO/DSCD-14-CO-639.PDF

7. Sistema de garantía de calidad y evaluación del Sistema de Formación Médica Especializada (FME)

Amando Martín Zurro

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria y Medicina Interna. Socio de Honor de las Sociedades Española y Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria. Vicepresidente de la Fundación de Educación Médica.

Juan Pablo Carrasco Picazo

Médico residente en Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Vocal de Médicos Jóvenes en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia. Vocal de Residentes de Psiquiatría en el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud.

Contexto Normativo

El Real Decreto 183/2008[1] 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 establece en su artículo 29 los procesos de evaluación y control de calidad de la estructura docente. Por un lado, en el apartado 3, se menciona que “las comisiones de docencia de centro o unidad elaborarán un plan de gestión de calidad docente respecto a la/s unidad/es de las distintas especialidades que se formen en su ámbito. Dicho plan se aprobará y supervisará por la comisión de docencia con sujeción a los criterios que establezcan las CCAA a través de los órganos competentes en materia de formación sanitaria especializada y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este apartado hace referencia a los sistemas de evaluación y garantía de calidad internos, propios de cada unidad docente.

Además, en dicho real decreto se establecen dos mecanismos de garantía de la calidad externos, uno a desarrollar por las CCAA: “5. Las CCAA, con la finalidad de efectuar el seguimiento de la calidad de la formación especializada, realizarán, a través de los órganos competentes en la materia, una encuesta anual y anónima a todos los residentes que se formen en sus respectivos ámbitos, para comprobar su grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida.”; y otro a desarrollar por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad: “2. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarios 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”. Por último, también la acreditación inicial de unidades docentes y programas formativos tiene un papel fundamental en la garantía de calidad en el sistema de formación. Dichas competencias son función del Ministerio de Sanidad, con el apoyo del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud (CNECS), tal y como establece la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [2].

A partir de la fecha de promulgación del Real Decreto de 2008 se han ido publicando planes de gestión de la calidad docente en las distintas CCAA, centros y unidades, pero a día de hoy no puede asegurarse con certeza cuántos han cumplido con este requisito. Sumado a ello, hay que comentar que únicamente se realizaron auditorías externas por parte de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2010 [3], donde se evaluaron 86 unidades dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, se detuvo el plan de evaluación externa estatal por parte de la administración central de manera regular. En ese año se publican también los criterios de auditoría de las unidades docentes [4], los cuáles no se han actualizado ni utilizado desde dicha fecha. En ese contexto, se aprueba una PNL (proposición no de ley) en el Congreso de los Diputados en diciembre de 2020 con la intención de reactivar las auditorías docen-

tes y, el Ministerio de Sanidad anuncia en 2021 la puesta en marcha de dicho proyecto, sin que hasta hoy se haya cumplido este propósito [5].

Toda la legislación mencionada sobre el sistema de formación especializada español establece de forma clara la necesidad de potenciar los programas de garantía de calidad en este ámbito para que los centros y unidades docentes puedan acceder a la acreditación inicial y, en su caso, a su reacreditación periódica, además de asegurar un sistema de garantía de calidad interno. Sin embargo, solo existe constancia del funcionamiento del proceso de acreditación inicial por parte del CNECS y muy heterogénea y parcial de los sistemas de garantía de calidad, sin que existan informes o publicaciones sobre los resultados o el funcionamiento de dichos procesos.

Generalidades sobre la Garantía de calidad en la FSE

En el ámbito de la formación sanitaria especializada es esencial que los planes de garantía de calidad se basen en el análisis de las propiedades de los pilares esenciales que viabilizan el desarrollo de los procesos de acreditación y reacreditación de los centros y unidades docentes y la impartición de los programas de especialización en un contexto de satisfacción de los distintos actores implicados, con especial referencia a los residentes y tutores. En esta perspectiva los planes han de contemplar, al menos, los siguientes aspectos[6]:

1. Recursos humanos
2. Insumos materiales y servicios disponibles para la docencia
3. Diseño y organización de los programas docentes
4. Operativización y cumplimiento de los requisitos marcados en los programas
5. Evaluación de los resultados obtenidos por los discentes
6. Grado de satisfacción de los responsables de los programas y de los tutores y residentes

Estos 6 pilares de la garantía de calidad de la FSE deben

ser analizados de forma sistemática y continuada en cada centro y unidad docente, estableciéndose para cada uno de ellos los estándares básicos obligatorios y aquellos de excelencia que se pueden alcanzar cuando se desarrolla la mejor práctica docente posible. Este análisis ha de permitir introducir las correcciones de los déficits y errores evidenciados, en un marco de mejora continua de la calidad.

De acuerdo con la Federación Mundial de Educación Médica (WFME)[7], podemos afirmar que es posible definir estándares internacionales de calidad que sean de aplicación general o universal, pero en todos los casos es imprescindible tener en cuenta las diferencias entre países y, dentro de cada uno de ellos, las existentes entre las regiones, instituciones y programas de especialización. En definitiva, los programas y planes de gestión de la garantía de calidad han de ser un instrumento útil y eficaz para lograr el mejor cumplimiento de los objetivos sanitarios estatales o nacionales y el desarrollo operativo de los programas de acreditación y reacreditación de los centros y unidades.

La WFME estableció en 2004 (Tabla 1) las áreas de los estándares de calidad (revisados en tres ocasiones hasta 2020) que deben reunir los centros para ser acreditados y poder impartir programas docentes en cualquiera de las tres fases del continuum formativo. Es responsabilidad de cada país o región definir cuáles son los criterios básicos o de obligado cumplimiento en cada lugar y programa formativo y los que delimitan la excelencia en términos de calidad docente

Basic medical education	Postgraduate medical education	Continuing professional development
1. Mission and Values	1. Mission and Outcomes	1. Mission and Outcomes
2. Curriculum	2. Training Process	2. Learning Methods
3. Assessment	3. Assessment of Trainees	3. Planning and Documentation
4. Students	4. Trainees	4. The Individual Doctor
5. Academic Staff	5. Staffing	5. CPD Providers
6. Educational Resources	6. Training Settings and Educational Resources	6. Educational Context and Resources
7. Quality Assurance	7. Evaluation and Training	7. Evaluation of Methods and Competencies
8. Governance and Administration	8. Governance and Administration	8. Organisation
	9. Continuous Renewal	9. Continuous Renewal

Tabla 8. Áreas de estándares de la WFME en las tres fases del continuum formativo

La formulación concreta de los estándares para cada lugar, centro y programa debe ser responsabilidad de las autoridades competentes implicadas en el campo de la regulación de la educación médica de postgrado como, por ejemplo, una agencia estatal o nacional o ser el fruto de una actuación coordinada de instituciones gubernamentales, profesionales y universitarias. En cualquier caso, para cada uno de los estándares es necesario establecer una definición clara del mismo así como el nivel de cumplimiento mínimo que debe alcanzarse para evitar la instauración más o menos inmediata de medidas correctoras en el programa de gestión de la calidad.

Acreditación, auditorías y garantía de la calidad externa

Instituciones de evaluación externa a nivel estatal

El primer punto de definición de los requisitos y estándares de calidad de la formación especializada se ubica en la acreditación inicial de los centros y unidades docentes y más en concreto en el análisis de los elementos principales que protagonizan este ámbito:

Los programas de formación de las especialidades y subespecialidades son el primer elemento de referencia ya que han de contener los componentes necesarios en forma de objetivos de aprendizaje, organización y métodos de enseñanza y evaluación de los propios programas y de los discentes como para permitir definir con precisión el perfil competencial del especialista formado en los mismos. Los programas de formación de las distintas especialidades y subespecialidades deberían seguir esquemas generales comunes en su estructura y, siempre que sea posible, desarrollar de forma específica para cada especialidad los requisitos o estándares generales establecidos para el conjunto del sistema docente y para la acreditación [8]. Las instituciones acreditadoras son el elemento estructural central de los sistemas docentes y de acreditación en la medida que asumen la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los estándares globales y específicos de los centros, unidades y programas. Habitualmente se trata de instituciones no guber-

namentales, altamente profesionalizadas y dirigidas por alianzas de distintas instituciones y organizaciones profesionales (colegios, consejos, universidades...). Estas instituciones reciben mayoritariamente su financiación y otros tipos de recursos a través de los centros que solicitan ser acreditados, con poca o nula intervención gubernamental en este aspecto, que queda limitada generalmente a la financiación de las plazas públicas de residentes.

En el caso del sistema español, el órgano encargado de la acreditación inicial y auditoría de manera periódica es el Ministerio de Sanidad. Con este fin, se han publicado una serie de requisitos que han de justificar las unidades docentes para solicitar la acreditación de las plazas de formación especializada. El análisis de dichas peticiones en el momento actual está a cargo del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud [9], órgano asesor del Ministerio de Sanidad regulado en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en el artículo número 28.

Cada comisión de especialidad del CNECS está compuesta por representantes de las sociedades científicas, colegios profesionales, administración y médicos internos residentes. Este modelo, presenta tanto fortalezas como debilidades. Entre las primeras destaca el hecho de que la definición de programas formativos, acreditación de centros y el resto de tareas de las comisiones de especialidad se nutre de las opiniones de un gran número de profesionales con experiencias y perspectivas diversas. Además, son los propios profesionales activos y los protagonistas del sistema los que realizan dicha función. En el lado de las debilidades señalaríamos el hecho de que los miembros del CNECS se reúnen con periodicidad muy variable y, además, no perciben ningún tipo de retribución por su actividad que, de llevarse a cabo de forma completa y satisfactoria, les supondría una carga de trabajo muy importante (proponer los programas de especialidad, valorar las peticiones de acreditación, asesorar en distinta normativa sanitaria al Ministerio de Sanidad, etc.). Al mismo tiempo, a los miembros de las Comisiones de Especialidad y a los de la Comisión Permanente del CNECS no

se les exige ni valora su posible experiencia en educación médica o acreditación/garantía de calidad de centros y programas docentes. Estas circunstancias dificultan en la práctica que el CNECS pueda actuar como un organismo altamente profesionalizado en el cumplimiento de sus funciones de supervisión y asesoramiento del sistema de formación sanitaria especializada. En diversos países ya han avanzado en este campo, potenciando la formación técnica y las compensaciones, incluyendo las retributivas, de los responsables de los programas de acreditación y garantía de la calidad docente.

Herramientas de evaluación externa

En la evaluación externa de la calidad, el proceso de acreditación y reacreditación es el elemento que centraliza la actividad de las instituciones acreditadoras y por lo tanto el que necesita de mayor atención y recursos. Habitualmente se basa en dos grupos de actividades principales:

- Cumplimentación de formularios de acreditación
- Visitas de comprobación a los centros y unidades

Previamente a la cumplimentación de los formularios de acreditación las instituciones, centros o unidades docentes suelen llevar a cabo una revisión interna para analizar en profundidad el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación e introducir las medidas correctoras necesarias. Los formularios de acreditación pueden ser complejos y se centran en los estándares globales (institución, centro) y/o específicos (unidad docente), aunque también incluyen datos estructurales y de organización funcional de los centros y unidades. Los formularios cumplimentados se envían a la estructura central de la institución acreditadora para su valoración, lo que debe ser seguido a corto plazo por una visita de comprobación en el caso de las solicitudes de acreditación inicial, y en algunas de las de reacreditación. Los médicos residentes suelen participar en estos procesos de acreditación y reacreditación a través de entrevistas, encuestas y/o formando parte de los propios equipos que realizan las visitas de comprobación. Estas se realizan por equipos de profesionales cualificados y entrenados para este cometido y

que pueden ser voluntarios o formar parte del staff de la institución acreditadora.

El resultado del proceso de acreditación se traduce en el informe que elabora la institución acreditadora, informe en el que se explican las razones que justifican la decisión tomada y que es remitido al centro docente, el cual puede argumentar su posible desacuerdo con el resultado. En el seno de las instituciones acreditadoras suele existir un Grupo o Comité de Revisión o Acreditación como estructura responsable de estos procesos. El resultado se encuadra siempre en uno de los tres grupos siguientes [6]:

1. Acreditación completa y para todo el periodo de vigencia establecido para la misma hasta nueva re-acreditación, que suele estar entre 6 y 10 años en la mayoría de los casos, salvo incidencias. También se pueden considerar en este apartado las solicitudes de incremento de la capacidad docente acreditada.

2. Acreditación provisional o por un periodo reducido de tiempo en los casos en que se detectan incumplimientos parciales leves de los estándares requeridos. Normalmente los centros o unidades docentes son sometidos a una nueva visita de comprobación al final del periodo de acreditación.

3. No acreditación o retirada total o parcial de la acreditación en los casos con graves incumplimientos de los estándares o reducciones significativas de la estructura y otros recursos de los centros o unidades.

4. En este terreno nuestro sistema contempla únicamente en la práctica la cumplimentación y remisión al Ministerio de Sanidad de los formularios de solicitud de la acreditación inicial. También es preciso destacar que, además del Ministerio de Sanidad, las CCAA (Decreto 183/2008) también tienen competencias en este campo a través de la obligatoriedad de realización de encuestas de opinión a los residentes sobre la formación recibida, obligación de la que tenemos constancia de su incumplimiento mayoritario.

Garantía de calidad interna y evaluación a lo largo del proceso formativo

La superación del procedimiento de acreditación inicial o de reacreditación periódica implica que la institución, centro o unidad reúne el conjunto de requisitos estructurales, organizativos y funcionales necesarios para poder impartir con un nivel de calidad suficiente los objetivos y contenidos de los programas formativos evaluados. A partir de este punto hay que entrar en el análisis y comprobación de la operativización práctica de las actuaciones docentes y de aprendizaje que posibilitan la adquisición en tiempo y forma por los discentes de los componentes competenciales requeridos por cada programa.

Estos componentes deben estar adecuadamente sistematizados y ser contruidos tanto bajo una perspectiva genérica o transversal como específica de cada disciplina, facilitando la integración del aprendizaje práctico y teórico, preparando a los residentes para la formación continuada autodirigida a lo largo de toda su vida profesional y promoviendo su comportamiento ético así como la integridad moral, la honestidad, el altruismo, el respeto y servicio a los pacientes y la adhesión a las normas éticas y deontológicas profesionales.

La garantía de calidad de los programas de FSE debe incluir la gestión coordinada del aprendizaje de todas aquellas áreas competenciales relacionadas y específicas de la disciplina escogida y los responsables de cada programa deben disponer de los recursos necesarios para diseñar, planificar e introducir en la práctica los métodos de formación, de evaluación del progreso de los residentes, así como las innovaciones recientemente incorporadas. Estas actividades deben realizarse contando con la participación de los discentes y otros agentes implicados.

Durante el desarrollo de los programas formativos, la optimización de su calidad es posible en la medida en que tengan una implantación firme dos pilares esenciales de la FSE [10]:

- Tutorización Activa Continua
- Evaluación objetiva periódica del progreso competencial del residente

En definitiva, ambos pilares tienen como objetivo primordial disponer de una información continua que permita:

- Estimar de forma objetiva el progreso del discente en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.
- Conocer las deficiencias y las virtudes de la enseñanza impartida al objeto de poder introducir las correcciones necesarias y evitar un posible deterioro o desfase del programa.
- Valorar con objetividad la eficacia de los métodos de enseñanza utilizados, de forma que la experiencia que se vaya adquiriendo pueda aprovecharse.
- Estimular el interés por la labor docente del personal encargado de la misma.
- Efectuar las modificaciones necesarias para adaptar el programa a la realidad de cada centro y a las necesidades asistenciales de la comunidad.
- Poseer una información que permita seguir a largo plazo los resultados del programa y relacionarlos con su repercusión en la salud de la comunidad.

La estrategia de Tutorización Activa Continua del médico residente implica que su tutor se responsabiliza del desarrollo de todo un conjunto de actuaciones dirigidas a la orientación y evaluación continua de su proceso de aprendizaje, así como a la prevención y detección precoz de los problemas o déficits que pudieran aparecer a lo largo de los diferentes años del programa formativo incluyendo todos los aspectos relativos al bienestar físico y mental del residente. El tutor registra documentalmente y archiva los datos de las entrevistas con el residente, así

como los de las pruebas objetivas de análisis del progreso competencial y es el responsable de su programación.

La evaluación objetiva periódica del progreso competencial del residente tiene como propósito la constatación de que va adquiriendo los elementos competenciales propios de la especialidad en el momento adecuado y de acuerdo con la fase del programa formativo en que se encuentre. Los instrumentos para la evaluación pueden ser de naturaleza técnica diversa, pero, en cualquier caso, han de estar centrados en la obtención de datos sobre la práctica clínica y profesional del residente.

Por último, los procesos de evaluación y gestión de la calidad es imprescindible que incluyan también la valoración continua de la calidad de la estructura y organización docente. A este respecto, las encuestas de opinión realizadas a tutores y residentes son una herramienta útil para generar información con la que mejorar la calidad del sistema de formación. Sin embargo, la percepción de muchos médicos internos residentes y tutores es que las encuestas en muchos casos no se realizan, tienen pocas consecuencias y no son accesibles al ser demasiado burocráticas. Para que dichas encuestas puedan cumplir su función, se proponen distintos principios para su realización:

- **Obligatoriedad:** la programación y cumplimentación de dichas debe ser obligatoria y con una periodicidad suficiente para que puedan cumplir su función, habitualmente anual.
- **Transparencia:** los resultados de la evaluación deberían ser públicos y suponer un incentivo para la mejora de la calidad de los distintos dispositivos docentes.
- **Utilidad:** los resultados, positivos o negativos, de las encuestas deben tener una repercusión clara sobre los centros y unidades en relación con su acreditación y, en su caso, a la introducción de las medidas correctoras necesarias de los problemas detectados en un tiempo determinado y razonable.

- **Accesibilidad:** la cumplimentación de las encuestas debe ser una tarea fácil y motivadora para los residentes.
- **Aspectos laborales:** en las encuestas debe contemplarse la inclusión del grado de cumplimiento de derechos básicos de los trabajadores (por ejemplo, compensación por horas extra, libranza de guardia, etc.) que influyen de forma decisiva sobre la calidad de la docencia.

Procesos de gestión de la calidad en otros países

Es importante entender que las distintas experiencias no se pueden trasladar miméticamente entre países y organizaciones. Elementos diferenciadores como las características del propio sistema sanitario, la estructura y vinculaciones de los centros y programas de formación con el sistema educativo, el marco legal general de las profesiones sanitarias y el particular de su formación y titulación, entre otros, obligan a buscar prioritariamente el mayor grado de adaptación posible de los procesos de acreditación y garantía de calidad al entorno real en que han de aplicarse. Hecha esta afirmación y aceptadas sus consecuencias no parece superfluo analizar comparativamente algunas de las características esenciales comunes a países con amplia trayectoria y prestigio en este campo como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda[10].

En los países analizados los procesos de acreditación de los centros y programas de formación especializada están a cargo de instituciones no gubernamentales que cuentan con un staff cualificado. Una conclusión importante es que todos estos procesos de acreditación están altamente profesionalizados y que las instituciones que los dirigen cuentan con recursos suficientes para asumir la complejidad y las importantes cargas de trabajo que genera la acreditación docente.

En los países analizados y también de acuerdo con las recomendaciones de la WFME, los procesos de acreditación se basan en estándares previamente establecidos y que, habitualmente, son de dos tipos: globales o gene-

rales (que deben cumplir todos los centros y programas) y específicos (para cada programa). En Estados Unidos y Canadá los estándares siguen la pauta marcada por la WFME y se dividen en obligatorios o básicos (must) o de calidad (should).

Los estándares en los distintos países hacen referencia a los ámbitos de estructura, recursos, organización, funcionamiento, actividades, tutores, discentes y evaluación de los centros y programas, siguiendo, aunque no de forma homogénea ni estricta, las orientaciones marcadas por la WFME. La estructura de la acreditación tiene un componente territorial significativo en el Reino Unido, con participación de los decanatos y boards de postgrado territoriales. También en el caso de Canadá tiene un papel diferenciado la provincia de Quèbec. En el resto de los países son agencias nacionales centralizadas las que asumen todos los procesos de acreditación. En Canadá todos los programas están ligados institucionalmente a una universidad [11].

Los procedimientos para la acreditación y reacreditación siguen un patrón base semejante (Tabla 2) y se inician con la elaboración por parte de las instituciones y centros docentes de informes dirigidos a la agencia acreditadora y las administraciones y que sirven de base para la elaboración por parte de la agencia de un primer informe que va seguido de visitas a los centros y tras las cuales se emite una decisión final por parte del comité correspondiente de aquella.

Elementos compartidos en los países analizados
1- Instituciones acreditadoras no gubernamentales
2- Profesionalización del staff acreditador
3- Estándares previamente establecidos (globales y de programas)
4- Acreditación basada en informes y visitas presenciales con periodicidad establecida
5- Preocupación por mejorar la transparencia y participación

Tabla 9. Acreditación en distintos países.

Existe una preocupación general por garantizar la seguridad de los pacientes y de los discentes así como por mejorar la transparencia y participación en las decisiones de todas las partes implicadas, incluyendo a la propia ciudadanía.

La acreditación se puede otorgar por un periodo más o menos largo de tiempo o estar condicionada al cumplimiento o mejora de determinados estándares en un intervalo concreto. Este cumplimiento puede ser comprobado a través de informes y/o nuevas visitas a los centros o programas.

Consideraciones finales sobre la garantía de la calidad

Tal y como se ha desarrollado en el presente capítulo, existen experiencias de éxito en otros países de la Unión Europea y en la bibliografía científica en el ámbito de la garantía de la calidad en la formación especializada. Al mismo tiempo, disponemos de mecanismos reguladores en la normativa española de marcado interés para dicho ámbito, tal y como son las auditorías externas, las encuestas de calidad de las CCAA, la evaluación interna, etc.

Sin embargo, la realidad que se percibe desde la perspectiva de los autores del presente capítulo dista en gran medida de la del resto de países europeos, de lo que se describe en la bibliografía y de lo que el sistema de calidad debería ser. Existen diversos problemas que deberían ser tenidos en cuenta en la organización de políticas sanitarias en los próximos años. Entre ellos podemos destacar el hecho de que hace más de 10 años del último plan de auditorías del Ministerio de Sanidad, o que la mitad de las CCAA no realizan la encuesta de calidad, y la gran mayoría de unidades docentes funcionan con un exceso de burocracia que impide la consecución real y útil de sus objetivos [12].

La causalidad de todos los fenómenos anteriores es difícil de establecer de manera exacta. Sin embargo, el contexto de abandono de las competencias en formación sanitaria especializada por parte de los sucesivos Ministerios de

Sanidad de la última década, es una realidad que no puede ser separada de los problemas en la garantía de la calidad del conjunto del sistema. La ausencia de financiación específica para el cumplimiento de dichas funciones, de personal formado en las mismas, o de un órgano con entidad propia (como la ANECA, por ejemplo), sin duda son elementos que también favorecen el panorama descrito.

Por otro lado, y tal como ya hemos señalado antes, los órganos existentes en el momento actual, realizan su trabajo sin formación previa en docencia o gestión de la calidad y sin retribución, como sucede por ejemplo en el caso del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud, en el que se realiza la acreditación de las distintas unidades docentes y se elaboran los programas formativos de especialidad, entre otras funciones. Tampoco existe por parte del Ministerio de Sanidad ningún plan o estrategia operativa para la promoción de la formación de tutores. En este contexto, las competencias para generar un sistema de formación de formadores, mejorar el funcionamiento de las comisiones de docencia o fomentar la investigación en educación médica, han recaído en las últimas décadas en asociaciones profesionales y científicas, las cuáles realizan una aportación al sistema de un valor incalculable.

Desde dichas asociaciones profesionales, se han realizado propuestas muy interesantes en este sentido, como la creación de una Agencia de las Profesiones Sanitarias como la existente en otros países como Estados Unidos[13]. Esta podría desarrollar competencias de coordinación de las distintas fases del continuum formativo, supervisar la calidad de dichas fases y ejercer como moderador y promotor de la calidad formativa y clínica en el sistema sanitario. Además, podría estar formada por integrantes de alto prestigio, que podrían organizar planes formativos en docencia, gestión, investigación[14], etc. Competencias que es necesario reforzar en nuestro sistema en comparación con nuestros homólogos europeos. Sin embargo, estas propuestas han sido ignoradas por las administraciones sanitarias, en un proceso en el que se evidencia una clara tendencia al “laissez faire” en el

campo de la formación sanitaria especializada, sustentado en gran parte gracias al voluntarismo de los profesionales formadores (jefes de estudio y tutores) y en el que la ausencia de controles estrictos de calidad favorece la posibilidad de utilización del residente como una herramienta más asistencial que docente [15,16]. La débil capacidad de influencia política de los integrantes docentes y discentes del sistema ha posibilitado hasta hoy que las administraciones sanitaria y educativa no hayan modificado significativamente su tendencia a la pasividad y contribuido a que no ejerzan sus responsabilidades como coordinadores, supervisores y organizadores del mismo.

Propuestas de mejora en garantía de calidad y evaluación de la FSE en España

Desarrollar en un contexto de excelencia los planes de gestión de la calidad y los procesos de evaluación es un factor determinante de la pertinencia, efectividad y eficiencia del sistema de formación sanitaria postgraduada y de los programas de las distintas especialidades que lo integran. En España se ha acumulado una experiencia importante en este campo a lo largo de los más de 40 años de existencia del conocido popularmente como sistema MIR, aunque no deja de ser cierto que persisten determinados problemas estructurales y de funcionamiento a los que, hasta hoy, no se ha sabido encontrar una solución satisfactoria.

A lo largo de este capítulo se han apuntado las componentes principales de gestión de la calidad y evaluación que deben incorporar los sistemas de FSE. Es el momento de señalar algunas propuestas de mejora para el nuestro, sistematizándolas en los siguientes apartados:

Propuestas en el ámbito político Estatal

Los planes de gestión de la calidad y los sistemas de evaluación de la FSE no pueden ser un elemento aislado, sin relaciones intensas con los respectivos del grado y del desarrollo profesional y formación continuada. La coherencia de las tres fases del continuum formativo debe extenderse también a los dos campos señalados. Para que

ello sea posible es necesario intensificar la coordinación política de las administraciones sanitaria y educativa tanto en el ámbito de los conceptos y definiciones como en la generación de estrategias y en la gestión operativa. En el caso de España esta propuesta se debe traducir, en este terreno como en otros, en actuaciones conjuntas constantes de los ministerios encargados de la sanidad y de la educación.

Para lo anterior, es fundamental el cumplimiento de la normativa actual, específicamente de lo establecido en el real decreto 183/2008, lo que implica que el Ministerio de Sanidad recupere el proceso de auditoría externa del Sistema de Formación Especializada al tiempo que las CCAA implementen la realización de los formularios de opinión anuales para los médicos internos residentes. En este sentido, sería interesante transitar de un sistema de auditoría externa periódico cada ciertos número de años, hacia un sistema de garantía de la calidad continuo (bianual, anual) donde de manera coordinada la administración pública, ya sea a través de las CCAA o directamente desde el Ministerio de Sanidad, establezca los medios electrónicos oportunos para obtener información sobre el funcionamiento del sistema y la satisfacción de tutores y residentes sobre la formación. Además, dicha evaluación para ser efectiva debería realizarse de manera transparente, publicando los resultados de esta y con trascendencia, recompensando los buenos resultados poniendo en marcha las medidas correctoras o punitivas cuando sean precisas, facilitando la participación del residente y las unidades docentes y evitando la burocratización del sistema.

Propuestas en el ámbito de la coordinación de la FSE

En un marco de cumplimiento de las propuestas anteriores sería necesario reconsiderar, en el caso español, las interrelaciones en gestión de calidad y evaluación entre las tres fases del continuum, entre otras cosas para evitar interferencias negativas entre ellas e incoherencias estratégicas en sus objetivos. Para conseguir este propósito hay que introducir cambios en las estructuras de dirección de los planes de calidad y sistemas de evalua-

ción para que tengan una presencia suficiente en ellos, además de profesionales procedentes de las tres fases del continuum, expertos independientes y de reconocido prestigio en estos campos.

Hace ya bastantes años que, desde distintos sectores sanitarios y educativos se viene proponiendo la creación en España de una “Agencia/Consortio de las Profesiones de Ciencias de la Salud”, constituida con características propias y diferentes de las agencias estatales al uso y cuya misión principal sería la de gestionar todos los aspectos relacionados con estos colectivos profesionales y, entre ellos, el de definir de forma consensuada, con los principales actores implicados, los estándares de competencias profesionales para cada nivel educativo y desarrollar y proponer de forma profesional e imparcial los sistemas de garantía de calidad, acreditación y evaluación más adecuados tanto para el grado, como para la formación especializada y el desarrollo profesional continuo. Proponemos que los rasgos distintivos de dicha agencia/consorcio deberían reunir las siguientes características:

- Compuesta por expertos de reconocido prestigio.
- Dotada de alto grado de independencia funcional.
- Participada y subvencionada por los actores principales:
Administraciones públicas, Colegios, SS.CC. y Universidades, y, coparticipada por las instituciones de la sociedad civil implicadas, directa.

Para que la institución propuesta pudiera ejercer realmente como órgano coordinador y planificar de la formación médica, sería de gran interés que integrara otros organismos ya existentes que participan de la FSE, como el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud. En su funcionamiento, sería además necesario aumentar el número de técnicos que realizan evaluaciones de la calidad de las distintas unidades docentes, se aporte formación en calidad a las distintas comisiones e incluso se retribuya el tiempo ofrecido por los distintos especialistas en la mejora del sistema.

Propuestas en el ámbito de las unidades docentes

Finalmente, cambiar el funcionamiento de los sistemas de garantía de la calidad de las unidades docentes, supondría una mejora significativa del funcionamiento de la formación sanitaria especializada. Para ello, es preciso que las evaluaciones que realizan las comisiones de docencia tengan, al igual que los procesos de auditoría externa, un carácter transparente, útil y accesible.

Consideramos que también es necesario replantearse algunos aspectos de la estructura y funcionamiento de las Comisiones de Docencia, dotándolas de un carácter más ejecutivo en su ámbito específico de competencia, haciendo más colegiada y con mayor protagonismo de los residentes la forma de elección de los jefes de estudios y, en definitiva, potenciando su autoridad y capacidad de gestión de todos los problemas relativos al programa de calidad docente de la institución.

Bibliografía

1. 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.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado número 280 del 22 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
3. Plan de auditorías 2010. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Plan_Auditorias_2010.pdf
4. Proposición no de Ley relativa a la supervisión de la formación que recibe el personal MIR, presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas. Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión del día 17 de noviembre de 2020. Disponible en: [https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&publicaciones_legislatura=XIV&publicaciones_id_texto=\(BOCG-14-D-196. CODI.\)#\(P%3A1gina48\)](https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publicaciones_mode=mostrarTextoIntegro&publicaciones_legislatura=XIV&publicaciones_id_texto=(BOCG-14-D-196. CODI.)#(P%3A1gina48))
5. "Sanidad reactiva el Plan Anual de Auditorías Docentes para evaluar la FSE". Esther Ortega, Redacción Médica. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/sanidad-reactiva-plan-anual-auditorias-docentes-evaluar-fse-7995>
6. Martín Zurro A, L'avaluació de la formació postgraduada. Monografía de la Asociación Catalana de Educación Médica. Barcelona. 1994.
7. WFME Standards- World Federation for Medical Education. En <https://wfme.org/standards/> (último acceso en 26.03.2022).
8. Ezquerria Lezcano M, Bundo Vidiella M, Descarrega Queralt R, Martín Zurro A, Fores García D, Fornells Vallès JM. Valoración formativa: experiencia de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria de Cataluña. Aten Primaria 42; 4: 233-40. 2010
9. Reglamento interno de organización y funcionamiento del cnecs. Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/docs/REGLAMENTO_INTERNO_DEL_CNECS.pdf
10. Fishbain, D., Danon, Y.L., Nissanzholz-Gannot, R. Accreditation systems for Postgraduate Medical Education: a comparison of five countries. Adv in Health Sci Educ 24, 503-524 (2019).
11. Weggemans MM, van Dijk B, van Doijeweert B, Veenendaal AG, Ten Cate O. The postgraduate medical education pathway: an international comparison. GMS J Med Educ. 2017;34(5):Doc63.
12. Organización Médica Colegial. Declaración Madrid sobre la necesidad de dotar a la formación sanitaria especializada de un sistema de garantía de la calidad. Madrid, 3 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.comv.es/wp-content/uploads/2023/02/Declaracion%CC%81n-OMC- Garanti%CC%81a-de-la-Calidad.pdf>
13. Health and Care Professions Council. Disponible en <https://www.hcpc-uk.org/> (Último acceso 29.03.2023)
14. Buwalda, N., Braspenning, J., van Roosmalen, S., van Dijk, N., & Visser, M. (2017). The implementation of a quality system in the Dutch GP specialty training: barriers and facilitators: a qualitative study. BMC medical education, 17(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0947-7>
15. Carrasco JP, Ferrando M, Jiménez M, Martín J, Elsa Martínez, Martínez LC, et al. ¿Se sobrecarga a los médicos residentes? Estudio descriptivo sobre la falta de libranza de guardias de los médicos residentes y análisis de sus consecuencias docentes en la provincia de Valencia. Educ Med. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.005>
16. Sánchez Martínez, D. A., Cerame del Campo, Álvaro, Mirallas, O., Cabezano, L., Ciprés, M., González, D., Meler-Claramonte, C., Hernando, I., & Carrasco Picazo, J. P. (2022). Percepción de los médicos especialistas en formación sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en su salud emocional y formación, un estudio observacional transversal. Revista Española de Educación Médica, 3(1). <https://doi.org/10.6018/edumed.506821>

8. Salud, bienestar y conciliación en la Formación Médica Especializada

Álvaro Cerame del Campo

*Médico especialista en Psiquiatría. Programa de Atención Integral Profesional Sanitario Enfermo. Servicio Madrileño de Salud.
Presidente de la European Junior Doctors (EJD).*

María Rosa Arroyo Castillo

*Doctora en Ciencias de la Salud. Médica especialista en
Oftalmología. Vicepresidenta Segunda del CGCOM.*

Montserrat Esquerda Aresté

*Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Licenciada en
Psicología. Directora General del Instituto Borja de Bioética.*

María José Campillo Palomera

*Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Presidenta de CESM-Murcia. Miembro de la Comisión
Ejecutiva de CESM.*

Introducción

A finales del siglo XIX en EE. UU. surge el embrión del sistema MIR en el que los médicos egresados residen en los hospitales y asumen una gran carga de trabajo durante sus años de formación. Este sistema comienza a extenderse a lo largo y ancho del mundo y en la primera mitad del siglo XX surgen en España numerosas experiencias de formación de médicos especialistas vinculadas a diferentes centros hospitalarios y a las facultades de Medicina. Durante la segunda mitad del citado siglo se desarrolla el sistema MIR en España quedando finalmente consolidado en el RD 127/1984[1]. Este modelo presenta dos características fundamentales: la centralidad del hospital y sus dinámicas institucionales en el modelo de formación y una concepción del trabajo con un marcado sesgo de género al ser una profesión tradicionalmente masculina.

Los hospitales resultaron ser instituciones punteras para el tratamiento de patologías de naturaleza aguda como son las enfermedades infecciosas y numerosos procesos quirúrgicos. Los excelentes resultados que ofrecieron en estos campos llevaron a que el hospital adquiriese un rol hegemónico en el conjunto del sistema sanitario y la sociedad. No obstante, hemos asistido a dos fenómenos paralelos que han ido modificando la naturaleza de la formación en medicina. Por un lado, la creación de dispositivos de naturaleza comunitaria encargados de dar atención a una población que comenzaba a presentar padecimientos crónicos, por la mejora de las condiciones de vida y las tecnologías sanitarias. Y, por otro lado, la feminización de la profesión médica que en menos de 50 años ha presentado un cambio demográfico significativo.

A pesar de esto, la formación de médicos especialistas presenta una serie de particularidades vinculadas con los fenómenos antes citados que conviene analizar. La primera de estas es que presenta un modelo de relación laboral con jornadas extenuantes tanto en lo que tiene que ver con el número de horas trabajadas como el modo de organización de los turnos de trabajo. Asimismo, hasta hace pocos años era habitual no realizar los descansos obligatorios después de estas jornadas y no realizar los descansos semanales mínimos que fija la legislación. En consecuencia, nos encontramos en un escenario donde los problemas de salud mental y el burnout de los profesionales están adquiriendo tal magnitud que en la actualidad se propone añadir al triple objetivo (mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud de la población y reducir los costos) reconocido como la brújula para los sistemas sanitarios, un cuarto objetivo: el cuidado de los médicos. Estas particularidades como analizaremos en este capítulo suponen un importante problema de salud para el colectivo de residentes, un riesgo para la seguridad de los pacientes y hace que la conciliación entre la vida personal y familiar sea muy complicada.

Conciliación de la vida personal y laboral

En cualquier oficio o profesión, el trabajador tiene una jornada, con los límites que establece la legalidad vigente y, el incumplimiento de dichos límites puede devenir en una sanción cuando el trabajador denuncia su incumplimiento. En lo relativo a la formación médica especializada, está regulada como un sistema de formación sanitaria especializada [2] y de relación laboral de carácter especial [3]. La jornada ordinaria de un especialista en formación es de 37,5 horas como jornada ordinaria, pero dado el diseño de este periodo de formación con frecuencia se exige a los residentes a trabajar una jornada complementaria, o guardia, de entre 17 y 24 horas [4].

La mayor parte de los programas formativos de las especialidades establecen una horquilla de guardias mínimas al mes de entre 4 y 6. Esto se traduce en que más del 80% de los residentes en España trabajan más de 50 horas a la semana [5-6]. Esta situación contraviene las leyes que dictan los máximos de jornada para este colectivo: las 48h máximas de trabajo semanal en cómputo semestral establecida en el Estatuto Marco de los servicios de Salud [4], los tiempos máximos de jornadas recogidos en el Estatuto de los Trabajadores [7] y la Directiva Europea del Trabajo [8]. Además de realizar jornadas laborales extenuantes que dificultan la conciliación personal y familiar, todavía muchos residentes no descansan al día siguiente de una guardia: un 35% en Valencia y un 20% en la Comunidad de Madrid. Tampoco se realizan los descansos semanales mínimos en los casos de hacer guardia de sábado. [5-6]

Sumado a todo lo anterior, los especialistas en formación no siempre disponen de lugares adecuados de descanso ni tiempos reglamentados durante su jornada laboral ordinaria y guardias. Esto ha demostrado provocar efectos perniciosos sobre la seguridad del paciente, afecta a la salud del profesional y ha demostrado tener otros riesgos como el aumento de los accidentes de tráfico in itinere a la salida del trabajo [9,10]. Nos encontramos, por tanto, ante un escenario donde los residentes presentan de antemano una importante dificultad para conciliar su vida

profesional con su vida personal y familiar; especialmente complicada en personas que tienen menores o personas dependientes a su cargo.

En España el médico residente tiene los mismos permisos retribuidos y derechos que el facultativo especialista, pero con la dificultad de que están en un periodo de formación. Así por ejemplo las excedencias por cuidado de hijos, implicaría alargar la residencia, o interrumpirla, al igual que un médico cuando tiene un hijo supone el alargamiento de su periodo de residencia por la baja maternal o paternal e incluso puede suponer la pérdida de un año para su incorporación a las bolsas de trabajo, si acabaron después del periodo de inscripción. En este sentido destaca que las plantillas de médicos durante las jornadas de tarde, noches, fines de semana y festivos, están constituidas mayoritariamente por residentes. Durante la huelga de residentes en la Comunidad de Madrid, ante una pregunta parlamentaria, la Consejería de Sanidad admitía que la plantilla de residentes suponía 2/3 del personal facultativo de guardia en los hospitales de la región. Las plantillas de médicos adjuntos se deben dimensionar para ser capaces de cubrir las distintas incidencias y las necesidades asistenciales, recuperando la máxima de que la formación es lo primero a la hora de planificar los itinerarios formativos del residente.

Por otra parte, como marca la ley, los médicos no pueden ser discriminados por razón de maternidad o paternidad, por tanto, su inscripción en las bolsas de trabajo se debe de hacer aún superado el periodo oficial para realizarlo cuando está debidamente justificado que esta ha sido la causa. Se debe facilitar la conciliación de la vida familiar, teniendo en cuenta circunstancias no solo como el embarazo, como ocurre actualmente para estar exentos de guardias, sino también el hecho de tener hijos menores de 3 años o cuidado de mayores dependientes, y sin que haya pérdida de retribuciones. En lo relativo a la formación, para que ésta sea de calidad, se pueden hacer en jornadas más razonables, y especialmente, de forma prioritaria para los supuestos mencionados.

El sistema MIR no puede suponer unas jornadas de trabajo extenuantes, agotadoras, mal pagadas y sin posibilidad de conciliación con la vida familiar, como ocurre actualmente. Jornadas ordinarias razonables, bien pagadas, que no suponga una pérdida al desaparecer la jornada complementaria y con supuestos para la conciliación de la vida familiar debe de ser nuestra meta como médicos. Para ello necesitamos plantillas bien dimensionadas de facultativos especialistas que permitan esta nueva organización del trabajo y que el médico residente no sea la mano de obra que soporta la mayor fuerza de trabajo del sistema sanitario.

Desigualdad de género

Los resultados preliminares de una encuesta sobre la percepción de la desigualdad en la profesión médica respondida por casi 5.000 colegiados entre octubre 2021 y enero 2022, han puesto de manifiesto que en los aspectos de conciliación existe una brecha de género: el 80% de las reducciones de jornada eran por cuidado de hijos en el caso de las mujeres frente al 11% en el caso de los hombres, lo que condiciona que la mitad de las médicas lo percibieran como un impacto negativo para su desarrollo profesional y capacidad económica. Además, en el grupo de menos de 35 años, casi el 60% tenían contratos eventuales, y el doble de médicas que de médicos contratos de interinidad o eventuales, coincidiendo con el periodo de embarazo y crianza [11].

En un informe elaborado por el CGCOM en 2018, sobre “Diagnóstico de género de la profesión médica” [12] se constataba de nuevo las desigualdades de género. Pues, aunque las mujeres son mayoría en las plantillas sanitarias, con más del 50 %, solo el 20% de puestos de dirección están ocupados por ellas. Asimismo, se halló que había menos mujeres que hombres con plaza en propiedad y éstas encadenan mayor número de contratos al año tanto en el sistema público como en el privado. La brecha de género representaba una diferencia de más de un 27% entre los salarios de hombres y mujeres.

El estudio WoMEDS [13] de FACME publicado en 2022 apunta a que sólo el 23% de los presidentes de las sociedades científicas miembros de FACME, el 26% de los directores de departamento en las Facultades de Medicina y el 27% de los decanos son mujeres. El 61% de los médicos que trabajaban en centros sanitarios públicos en España eran mujeres. Con relación a la distribución por especialidades, en Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía General y del Aparato Digestivo y Cardiología hay el doble de hombres que mujeres, mientras que en Medicina de Familia y Comunitaria hay una mayoría de mujeres. De las 12 CCAA que proporcionaron información sobre puestos de liderazgo entre 2019 y 2021, destaca el bajo porcentaje de mujeres jefes de servicio, que oscila entre el 20,3% de Andalucía y el 46,7% de Navarra. Respecto a jefas de sección, de nuevo se ven cifras con margen de mejora y gran variación según CCAA, que se sitúan entre el 24,8% de Aragón y el 53,2% de Navarra.

En la universidad de 13.567 docentes médicos, el 45% son mujeres. Sin embargo, el porcentaje de docentes mujeres en las figuras estables de profesorado (funcionario o laboral) es claramente inferior con respecto a los docentes hombres, siendo en las figuras más elevadas de la carrera académica realmente inferior (10% de mujeres catedráticas con plaza vinculada asistencial y 28% de catedráticas en total), frente a las figuras docentes temporales donde el porcentaje de mujeres es similar al de los hombres y en algunos casos algo superior (profesorado asociado). Asimismo, el porcentaje de docentes mujeres médicos que dirigen tesis doctorales (38%) es claramente inferior al de hombres.

La desigualdad en la carga laboral-familiar es un factor importante en el desarrollo profesional de la mujer, principalmente la maternidad [14-15]. La sobrecarga de la mujer a nivel familiar, con la crianza de los hijos o con la gestión del hogar, no es exclusiva ni mucho menos del ámbito médico. Pero hay aspectos únicos de la formación y la profesión médicas que perpetúan la discriminación de la mujer, con lo que cuanto mayor es la responsabilidad laboral, la sobrecarga familiar es más elevada, tanto a nivel físico como emocional. Por ello en profesiones con

elevada exigencia profesional, la sobrecarga de la mujer se hace más palpable.

Esta sobrecarga puede ocasionar que el riesgo de sufrir un trastorno depresivo en los médicos en formación afecta más y de forma desproporcionada a las mujeres [15], siendo uno de los principales factores de riesgo modificables es la presencia de conflicto entre trabajo y carga familiar. Esta carga es el factor determinante en la diferencia de la presentación de síntomas depresivos entre ambos sexos.

El factor de la maternidad se ha mostrado como un factor determinante en la brecha salarial [16]. Antes del primer hijo, la diferencia salarial era mucho menor en la pareja, presentando después una reducción evidente en los ingresos de las mujeres, y una ralentización dentro de su trayectoria y evolución profesional. En cambio, las mujeres que no tuvieron hijos, en general, siguieron aumentando las ganancias a un ritmo similar al de los hombres. Asimismo, cuando se preguntó directamente a mujeres médicas y estudiantes entre el 70 y el 77 % de las mujeres médicas informaron haber sufrido discriminación de género [17,18] y un elevado porcentaje han recibido acoso, principalmente verbal [19, 20]. La discriminación no aparece solo en el ámbito de género, y está descrita también por causa racial o en salud mental [19], pero tienen en común que aparecen en jerarquías de poder y están en cierta manera institucionalizadas.

Los estereotipos y sesgos de género aparecen durante la formación universitaria [22,23], o incluso antes [24], constituyendo de esta forma lo que algunos autores llaman el currículum oculto [25]; esto es, el proceso de adquisición de los rasgos morales y epistémicos dentro de una comunidad. Los estudiantes varones realizan más intervenciones en clase que las mujeres, en congresos científicos participan más [26,27], y cuando son las mujeres las que presentan comunicaciones en congresos [28], con más frecuencia se las presenta de forma informal y por el nombre, no por el título (49%) mientras que los conferenciantes hombres en su mayoría son presentados por su

formación y título, más que por su nombre de pila (72%). En una profesión donde el 52% de la colegiación son mujeres, y con algunos estudios que muestran cómo los pacientes tratados por doctoras tienen mejores resultados que aquellos tratados por doctores [29], se siguen identificando desigualdades que incluyen la dificultad de éstas para acceder a puestos de gestión, dirección y alta responsabilidad.

Para romper este techo de cristal y promover una representación efectiva se han propuesto varios escenarios [30], siendo el mejor puntuado la valoración curricular de forma anónima, por delante de la formación de tribunales paritarios. Uno de los primeros ejemplos de “contratación a ciegas”, lo realizó en 1952 la Orquesta Sinfónica de Boston. En ese momento solo el 10% de los músicos de orquesta eran mujeres, con lo que se estableció la audición detrás de una cortina, aumentando la contratación de mujeres a un 40%.

Para abordar todo lo anteriormente desarrollado, la Revista de Anestesiología de Canadá publicó un interesante decálogo [31] para dar soporte a las mujeres en Medicina, sobre todo en ámbito académico, pero aplicable también en ámbito clínico:

1. Ser consciente de los prejuicios y actitudes implícitas y revisar los estereotipos de género: ser capaz de detectar los puntos ciegos [23].
2. Hablar sobre las desigualdades existentes entre hombres y mujeres.
3. Ejercer labores de mentorización con las mujeres. Tener mujeres mentoras [14,23].
4. Ser patrocinador, es decir, ayudar a las mujeres a estar presentes en espacios informales, espacios de liderazgo y de toma de decisiones..
5. Asegurar de que se escuchen las voces de las mujeres y que, cuando estas sean presentadas en contextos científicos, se utilicen sus títulos profesionales [28]
6. Buscar la paridad de género en conferencias y actividades académicas, existiendo una política de género en estos eventos.

7. Apoyar a las mujeres en formación, especialmente si son madres.
8. Evitar las cartas de recomendación con comentarios y estereotipos de género.
9. Garantizar que todas las actividades clínicas y académicas sean inclusivas y seguras.
10. Abordar la brecha salarial de género.

Hay muchos escenarios de mejora para avanzar en la cultura de la corresponsabilidad y la igualdad en el periodo MIR, que incluyen el compromiso de los empleadores y de la sociedad, plasmado en el desarrollo de medidas como horarios flexibles, guarderías en los centros de trabajo, racionalización de reuniones, teletrabajo, o modificación de los módulos de atención continuada, entre otras.

Por eso, desde el Observatorio de Género y Profesión de la OMC [32] se está trabajando para que en las organizaciones médicas se eliminen los condicionantes que impiden una presencia equitativa de las médicas en todos los ámbitos, identificando los factores que condicionan la discriminación, promocionando la formación con perspectiva de género y recogiendo las propuestas de mejora. Un ejemplo de iniciativa sería la adhesión del CGCOM a la campaña #DondeEstánEllas del Parlamento Europeo para asegurar una participación igualitaria y efectiva en conferencias y debates [33].

Salud mental del MIR

Numerosos estudios [34-39] muestran que los estudiantes de Medicina presentan una elevada prevalencia de síntomas psiquiátricos, estrés y burnout, y esta alta prevalencia presenta continuidad a lo largo de la trayectoria formativa en la época de residentes y durante el ejercicio profesional [37,40].

Se han descrito diferentes factores que pueden intervenir en esta elevada prevalencia en los estudiantes de medicina. Uno de estos factores, es la gran competitividad académica para acceder al grado de medicina, dada la elevada demanda que presenta dicho grado. La alta exi-

gencia se mantiene durante el desarrollo de los estudios, como la sobrecarga de contenido y exámenes, la presión del tiempo y la elevada carga de trabajo [41, 42]. Esta exigencia puede implicar determinados tipos de comportamiento y de patrones relacionales como predisposición a situaciones de escasa relación social, reforzar patrones de autoexigencia y “dureza” o la manifestación de conductas obsesivas y otras formas de estar en el mundo poco saludables [43].

Dyrbye et al. (34) asocian el malestar relacionado con el cumplimiento del currículum académico con el riesgo de abuso de sustancias, la dificultad para relacionarse, el aumento de ideación suicida y el desgaste personal, fomentando conductas de cinismo entre otras [34, 40]. El estudio de Salamero et al. [39] presenta una buena descripción en una muestra de estudiantes de medicina de nuestro contexto. En su estudio se detectan niveles importantes de malestar emocional y riesgo elevado de sufrir trastornos mentales, especialmente en las mujeres. Ese escenario de competitividad se incrementa en los últimos años hasta la realización de la prueba del MIR, volviendo a generarse un escenario de elevada exigencia, lo cual fomenta las conductas y actitudes descritas anteriormente. Solo el 50% de los candidatos pueden acceder a la formación médica especializada vía MIR. Los estudiantes, residentes y médicos están asimismo sometidos a un tipo de estrés relacionado con el cuidado de otros. Este estrés crónico sostenido, puede dar lugar a lo que se ha denominado síndrome de burnout o del profesional quemado, relacionado con las profesiones asistenciales y de cuidados. El burnout se ha considerado como una crisis sanitaria oculta [44, 45], pues provoca un elevado impacto tanto a nivel personal como asistencial, así como por su elevada prevalencia, que se extiende de forma generalizada en todo el mundo. Las consecuencias de un mayor nivel de este fenómeno son también deletéreas [46, 47] produciendo profesionales con menor nivel de empatía [48, 49], peor calidad de vida, insatisfacción laboral, mayor sintomatología depresiva y conflictos familiares [50]; mayor riesgo, en definitiva, para la salud mental [51]. A nivel clínico, una mayor puntuación en las escalas de

burnout se correlaciona con peor calidad de cuidados [51-53], mayor número de errores médicos [54], peor control de parámetros clínicos [55], peor trato percibido por el paciente [56], peor clima educacional en hospitales universitarios [57] y vivencia del periodo de residencia [58]

Esta situación condiciona la vida del especialista en formación y el desarrollo de competencias relacionales durante ese periodo donde tienen que enfrentarse a situaciones personales difíciles, como el sufrimiento, la enfermedad o la muerte. Pero también a las derivadas de la responsabilidad en la atención médica, con unas características especiales muy bien definidas en la publicación “Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas” [59]

Se propone también añadir al triple objetivo (mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud de la población y reducir los costos) reconocido como la brújula para los sistemas sanitarios, añadiendo un cuarto objetivo: el cuidado de los médicos [60].

Lemaire [61] propone en primer lugar, detectar aquellos aspectos tóxicos de la profesión médica que causan y mantienen el agotamiento, fomentando el liderazgo clínico y una cultura organizacional de apoyo. En segundo lugar, la profesión médica y las organizaciones sanitarias deberían considerar el bienestar de los médicos como parte central de la atención al paciente, pues como se ha comentado, el BO afecta claramente el cuidado, la seguridad y la atención subóptima del paciente. En tercer lugar, el bienestar de los médicos debe ser reconocido como un indicador de calidad para todos los sistemas de salud. Y finalmente, serían necesarias líneas de investigación internacionales para identificar estrategias basadas en evidencia, para poder revertir lo que es un problema a nivel global.

Por eso es imprescindible desarrollar programas de prevención y promoción de la salud desde las facultades, incidiendo en la importancia del desarrollo de hábitos saludables en alimentación, descanso, ejercicio, bienestar

mental y actividades de relación e interacción social. Las acciones deben incluir la investigación y la realización de Seminarios y Talleres de sensibilización, de adquisición de habilidades de autocuidado en las Universidades y recursos en abierto.

Cuidar a los que cuidan es una obligación estatutaria y deontológica de los Colegios Oficiales de Médicos y del CGCOM, y una responsabilidad de la administración y de la sociedad.

Para los médicos y futuros especialistas, pedir ayuda para uno mismo o para un compañero es de valientes, porque la profesión médica tiene un compromiso y un contrato con la ciudadanía, que denominamos profesionalismo, en aras de proporcionar la mejor atención médica, garantizando la mayor calidad y seguridad en la atención de nuestros pacientes.

Cuando los “cortafuegos” de la prevención y la promoción no son suficientes, se pone en marcha el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo PAIME, en patologías relacionadas con trastornos mentales y/o conductas adictivas, que incluye el tratamiento y la rehabilitación para el ejercicio de la profesión, con el objetivo de que ésta se realice en las mejores condiciones. Es un programa de “médicos para médicos”, en términos de confidencialidad y voluntariedad, en tanto no constituya un riesgo para la praxis médica.

Es una etapa fundamental en el aspecto personal y profesional, por lo que ha de ser posible que se vivencie como una época de satisfacción, al ejercer una profesión vocacional y de gran valor para la sociedad.

Propuestas

CONCILIACIÓN

- Implementar herramientas para velar por el cumplimiento de la normativa laboral en ámbitos como: los máximos de jornada, descansos diarios y semanales. Introducir estas herramientas en los criterios de acreditación de las Unidades Docentes y sistemas de garantía de la Calidad.
- Permitir la flexibilización de la jornada laboral ordinaria y extraordinaria, a través de sistemas de turnos (8, 12 o 17h), con especial énfasis en las situaciones de cuidado de menores y personas dependientes.
- Estudiar la posibilidad de la transición a un modelo de atención continuada que deje atrás las guardias de 24h al poder suponer un riesgo para la salud del profesional, la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
- Fomentar el teletrabajo con especial énfasis en las situaciones de cuidado de menores y personas dependientes.
- Crear guarderías y espacios de lactancia en los centros sanitarios.
- Incluir dentro de las competencias del tutor del residente las relacionadas con el bienestar del residente y favorecer la conciliación entre la vida personal y laboral.

EQUIDAD DE GÉNERO

- Incluir la presencia de un protocolo de prevención del acoso laboral y acoso sexual en los criterios de acreditación de las Unidades Docentes y los criterios de garantía de la calidad.
- Promover el estudio de la situación a nivel de las CCAA.
- Implementar la formación sobre desigualdad, prejuicios, puntos ciegos y sesgos implícitos de género como competencias transversales en los programas formativos de la formación médica especializada

- Promover actividades clínicas y académicas inclusivas y seguras. Fomentar iniciativas como: #DondeEstánEllas.
- Estudiar e implementar medidas para reducir la brecha salarial. Favorecer e implementar medidas encaminadas a la disminución de las desigualdades relacionadas con oportunidades laborales al inicio del periodo de especialista.
- Favorecer y promover la mentorización y que esta sea llevada a cabo por mujeres.
- Favorecer medidas de concienciación y prevención de la discriminación (en un sentido que cubra diversos ejes de desigualdad) en los contextos laborales.

BIENESTAR PSICOSOCIAL

Todas las administraciones competentes en materia de FSE deben reconocer la posición excepcionalmente vulnerable de los médicos residentes en el sistema de salud y asumir la responsabilidad de su bienestar psicosocial. Con este fin, es importante desarrollar indicadores y recopilar información sobre el riesgo psicosocial a nivel del Estado, la comunidad autónoma, la institución y el programa formativo. Los cargos responsables y el personal implicado deben recibir capacitación específica para mejorar el bienestar ocupacional.

No hay una solución única que sirva para todos. Para proteger la salud mental de los médicos residentes, es vital implementar intervenciones sistémicas y multinivel dirigidas a la forma en que se presta atención médica, asegurando una capacidad de formación óptima, implementando cambios institucionales y proporcionando recursos a las personas.

Las intervenciones más efectivas son aquellas que tienen como objetivo mejorar las condiciones de trabajo de los médicos residentes (prevención primaria):

- Los médicos residentes deben tener cargas de trabajo adecuadas (evitando sobrecargas y subcargas) que garanticen la adquisición de las competencias de su progra-

ma formativo. Cumplir los criterios de acreditación que dictan que las instituciones de salud que no tengan suficiente personal no deben estar acreditadas para realizar docencia a residentes.

- Se deben respetar las regulaciones sobre el tiempo de trabajo y de descanso de los médicos residentes cumpliendo los estándares de la Directiva Europea sobre el Tiempo de Trabajo. Se deben garantizar descansos diarios y semanales, así como vacaciones anuales.

- Los turnos y los horarios deben ser flexibles y procurar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal, especialmente en casos en que los médicos tengan responsabilidades de cuidado. Los modos de trabajo flexible deben ser promovidos cuando sea necesario.

- Las instituciones proporcionarán instalaciones adecuadas para el descanso y garantizarán pausas durante los turnos. Se deben implementar estrategias de gestión de la fatiga a nivel de los servicios y tener en cuenta a los trabajadores vulnerables.

- Se deben desarrollar estrategias y protocolos de prevención de las agresiones en el ámbito laboral, no solo considerando la violencia de pacientes (verbal o física), sino también el acoso laboral y el acoso sexual por parte de compañeros y/o personal senior.

- Debe estar disponible y ser fácilmente accesible el equipo adecuado en casos de riesgo de infección (EPI), riesgo radiológico y otros posibles riesgos ambientales.

Recomendaciones a nivel del servicio e institución:

- Se deben incentivar las intervenciones organizacionales que aborden los factores de riesgo psicosocial, incluyendo las que involucren enfoques participativos para reducir el malestar emocional y mejorar los resultados relacionados con el trabajo.

- Las instituciones deben adaptarse a las necesidades y aplicar estrategias dirigidas a los médicos residentes vulnerables, incluidos aquellos con problemas de salud mental y personas con discapacidad.

- El personal directivo e involucrado en la formación debería recibir una capacitación específica para apoyar la salud mental de sus trabajadores y mejorar su conocimiento, actitudes y comportamiento en esta área.

- La alfabetización y conciencia en salud mental deberían ser parte del currículum central de los programas de formación de los médicos para mejorar el conocimiento y actitudes hacia la salud mental relacionada con el trabajo, incluyendo las estigmatizantes.
- Las instituciones deberían considerar la creación del rol de Director de bienestar para coordinar los esfuerzos, protocolos y estrategias en las instituciones.
- Se debería incentivar las discusiones facilitadas por el equipo y las iniciativas de apoyo entre compañeros (modelo de incidentes críticos, rondas de Schwartz, grupos Balint, etc.)

Recomendaciones a nivel individual:

- Evitar las intervenciones individuales aisladas, ya que podrían transferir la responsabilidad al médico residente y convertirse en estigmatizantes, lo que podría promover aún más la insatisfacción y el agotamiento.
- Las intervenciones individuales como la actividad física, la atención plena, las técnicas de relajación y otras terapias han demostrado ser útiles. Las instituciones deberían ofrecer orientación y capacitación de manera voluntaria.
- Se debe alentar y poner a disposición servicios especializados de salud mental para los trabajadores que los necesiten, teniendo en cuenta que esto constituye una intervención terciaria y no debería ser la primera línea de intervención.

Bibliografía

1. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. (Boletín Oficial del Estado número 26 del 31 de enero de 1984). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/127>
2. 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. (Boletín Oficial del Estado número 45, de 21 de febrero de 2008). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado número 280 del 22 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
4. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Boletín Oficial del Estado número 301, del 17 de diciembre de 2003) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Recomendaciones para la mejora de las condiciones de los MIR en España. Sección Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo. 2023.
6. Cerame del Campo, A., Maiques Gámez, M., Coucheiro, P., & Cayuela Rodríguez, L. . (2021). Estudio descriptivo sobre libranza de guardias de Médicos Residentes de Madrid: Efecto de la huelga de 2020 en el cumplimiento de los descansos obligatorios. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.490691>
7. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (Boletín Oficial del Estado número 255 del 24 de octubre de 2015). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/23/2/con>
8. Directiva 2003/88/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, del 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. (Diario Oficial n° L 299/9 del 18 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2003/299/L00009-00019.pdf>
9. Eric J. Olson, Lisa A. Drage, R. Robert Auger. Sleep Deprivation, Physician Performance, and Patient Safety. *Chest*, Volume 136, Issue 5, 2009, Pages 1389-1396, <https://doi.org/10.1378/chest.08-1952>.
10. L.K. Barger, B.E. Cade, N.T. Ayas, J.W. Cronin, B. Rosner, F.E. Speizer, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Eng J Med.*, 352 (2005), pp. 125- 134 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa041401>
11. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Encuesta del observatorio de género de la profesión médica. Febrero de 2022. <https://www.cgcom.es/media/1377/download>
12. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Diagnóstico de género de la profesión médica. OMC, 2018. Depósito Legal: C 2045-2018
13. Federación de Asociaciones Científico Médica de España (FACME) 2022. Estudio WoMEDS. Mujeres en Medicina en España. <https://public.tableau.com/app/profile/gender.medicine>
14. Halley, M. C., Rustagi, A. S., Torres, J. S., Linos, E., Plaut, V., Mangurian, C., & Linos, E. (2018). Physician mothers' experience of workplace discrimination: a qualitative analysis. *bmj*, 363.
15. Guille, C., Frank, E., Zhao, Z., Kalmbach, D. A., Nietert, P. J., Mata, D. A., & Sen, S. (2017). Work- family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA internal medicine*, 177(12), 1766-1772.
16. Miller, C. C. (2018). Children hurt women's earnings, but not men's (even in Scandinavia). *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2018/02/05/ups-hot/even-in-family-friendly-scandinavia-mothers-are-paid-less.html>
17. Jagsi, R., Griffith, K. A., Jones, R., Perumalswami, C. R., Ubel, P., & Stewart, A. (2016). Sexual harassment and discrimination experiences of academic medical faculty. *Jama*, 315(19), 2120- 2121.
18. Adesoye, T., Mangurian, C., Choo, E. K., Girgis, C., Sabry-Elnaggar, H., & Linos,

- E. (2017). Perceived discrimination experienced by physician mothers and desired workplace changes: a cross-sectional survey. *JAMA internal medicine*, 177(7), 1033-1036.
19. Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., & Tricco, A. C. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 89(5), 817-827
20. Ng, L., Lin, C., & Henning, M. A. (2020). A Narrative Review of Discrimination Experienced by Medical Students. *Medical Science Educator*, 30(1), 577-584.
21. Cheng, L. F., & Yang, H. C. (2015). Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Medical education*, 49(3), 321-331.
22. Bickel, J. (2001). Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 10(3), 261-270.
23. Rabinowitz, L. G. (2018). Recognizing blind spots—A remedy for gender bias in medicine?. *New England Journal of Medicine*, 378(24), 2253-2255.
24. Leslie, S. J., Cimpian, A., Meyer, M., & Freeland, E. (2015). Expectations of brilliance underlie gender distributions across academic disciplines. *Science*, 347(6219), 262-265.
25. Hafferty, F W; Franks, R The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education, *Academic Medicine*: November 1994 - Volume 69 - Issue 11 - p 861-71
26. Grover Aukrust, V. (2008). Boys' and girls' conversational participation across four grade levels in Norwegian classrooms: taking the floor or being given the floor?. *Gender and Education*, 20(3), 237-252.
27. Hinsley, A., Sutherland, W. J., & Johnston, A. (2017). Men ask more questions than women at a scientific conference. *PloS one*, 12(10), e0185534.
28. Files JA, Mayer AP, Ko MG, et al. Speaker introductions at internal medicine grand rounds: forms of address reveal gender bias. *J Womens Health (Larchmt)* 2017; 26: 413-9.
29. Tsugawa, Y., Jena, A. B., Figueroa, J. F., Orav, E. J., Blumenthal, D. M., & Jha, A. K. (2017). Comparison of hospital mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA internal medicine*, 177(2), 206-213.
30. Lydon, S., O'Dowd, E., Walsh, C., O'Dea, A., Byrne, D., Murphy, A. W., & O'Connor, P. (2022). Systematic review of interventions to improve gender equity in graduate medicine. *Postgraduate Medical Journal*, 98(1158), 300-307.
31. Geagea, A., & Mehta, S. (2020). Advancing women in academic medicine: ten strategies to use every day. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 67(1), 9-12.
32. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Observatorio de género y y profesión. <https://www.cgcom.es/observatorios/ogp>
33. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Campaña dónde están ellas. <https://www.cgcom.es/observatorio/ogp/DondeEstanEllas>
34. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006;81:354-73.
35. Eroglu M, Singer G, McIntyre T, Stefanov DG. Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teach Learn Med* 2014;26(4):350-6.
36. Sender Romeo R, Salamero Baró M. Programa de Atención Psicológica para los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educ Med* 2007;10(4):58-63.
37. Voltmer E, Kieschke U, Schwappach DL, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2008;8:46.
38. Oró P, Esquerda M, Viñas J, Yuguero O, Pifarré J. Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina. *Educ Med* 2017, in press.
39. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, et al. Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina de Catalunya. Barcelona: Fundació Galatea; 2012.
40. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout

- among U.S. Medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 2014;89(3):443-51.
41. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med* 2017;22:177-183
42. Kaufman D, Mensink V, Day V. Stressors in medical school: relation to curriculum format and year of study. *Teach Learn Med* 1998;10(3):138-144.
43. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *Int J Stress Manag* 2005;12:164-76
44. The Lancet. Physician burnout: the need to rehumanise health systems. *Lancet*. 2019;394:1591.
45. Song PP, Walline JH. Physician burnout. *Lancet*. 2020;395:333.
46. Khoo EJ, Aldubai S, Ganasegeran K, Lee BX, Zakaria NA, Tan KK. El agotamiento emocional está asociado con factores estresantes relacionados con el trabajo: estudio multicéntrico y transversal en hospitales públicos de Malasia. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115:212-9.
47. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2013;11:48.
48. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 2017;18:63.
49. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e8030.
50. Shanafelt D, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172:1377-85.
51. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:525-30.
52. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*. 1997;44:1017-22.
53. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67.
54. Tsiang E, Panagopoulou E, Montgomery A. Examining the link between burnout and medical error: a checklist approach. *Burn Res*. 2017;6:18-29.
55. Yuguero O, Marsal JR, Buti M, Esquerda M, Soler-González J. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics*. 2017;18:54.
56. Baer TE, Feraco AM, Tuysuzoglu Salagowsky S, Williams D, Litman HJ, Vinci RJ. Pediatric resident burnout and attitudes towards patients. *Pediatrics*. 2017;139:e20162163.
57. Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112:e6-11.
58. Pantaleoni JL, Augustine EM, Sourkes BM, Bachrach LK. Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Acad Pediatr*. 2014;14:167-72.
59. Responsabilidad residentes tutores y especialistas 2021 - RED (fpsomc.es)
60. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.
61. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ*. 2017;358:j3360.

9. Consideraciones finales

Domingo Antonio Sánchez Martínez

Médico Especialista en Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Representante Nacional de Médicos Jóvenes y promoción de empleo del CGCOM

José María Rodríguez Vicente

Secretario General del CGCOM

Como se ha desarrollado a lo largo del presente libro, el Sistema Sanitario y el Sistema de Formación Sanitaria Especializada se encuentran en un momento crucial. Tras una difícil época de crisis económica desde 2008 y unos años después, la devastadora pandemia por COVID-19, los médicos y las médicas de España enfocamos el futuro con muchos retos presentes, pero también con esperanza. En la actualidad encontramos un Sistema Sanitario con un nivel de demanda que roza la saturación. Algo no visto hasta ahora en nuestra breve historia desde la configuración del Sistema Nacional de Salud, con marcadas dificultades para la planificación en términos de demografía médica y con profesionales más formados que nunca, pero a su vez con niveles récord de burnout y problemas de salud mental secundarios a dicha situación.

Sin embargo, los médicos en España han dado una respuesta ejemplar durante estos años, y continúan haciéndolo hoy en día. Gracias a ello, tenemos múltiples razones para creer en un futuro mejor. Por un lado, se ha demostrado durante la pandemia por COVID-19 que los profesionales sanitarios fuimos capaces de ponernos en primera línea de batalla, arrojando el hombro y ofreciendo una respuesta sin titubeos frente a la que ha sido la mayor amenaza para la salud de nuestra historia reciente. Desde los primeros días, atendiendo a los pacientes con la incertidumbre de no tener el material de protección suficiente ni conocer los detalles de la COVID-19; hasta la reorganización más reciente de los servicios médicos

para hacer frente a las patologías crónicas que ha generado tanto el COVID-19 como todas sus consecuencias a nivel social y económico. Los médicos en España hemos demostrado tener un compromiso incuestionable con el sistema público y con la salud de nuestra población.

Y toda esta predisposición y presencia no sólo se ha demostrado en el ámbito asistencial, sino que también se ha realizado un profundo esfuerzo de renovación por parte de las organizaciones sanitarias y colegiales. En estos últimos años se han producido acciones de especial calado para el conjunto de la profesión sanitaria que merecen una especial referencia: se ha renovado el Código de Deontología Médica, columna vertebral de nuestro quehacer sanitario; se han comenzado nuevos proyectos como la Escuela de la Profesión Médica, *think tank* sanitario donde proponer y debatir asuntos de marcada actualidad para la profesión; y se han realizado múltiples informes sobre el estado de la Sanidad y de las condiciones de trabajo y aprendizaje de los profesionales sanitarios en España con un único objetivo, servir y ser útiles a nuestro sistema sanitario.

En los últimos años, de forma paralela, hemos sido testigos de una elevada cantidad de movilizaciones, comenzando por las primeras huelgas de residentes en 2020 en Madrid, Cataluña, Valencia y Murcia, y siguiendo por las huelgas y movilizaciones de la Atención Primaria en Cantabria, Madrid o Cataluña. Todo ello son ejemplos de las iniciativas que el colectivo médico ha iniciado para mejorar el sistema y de forma paralela la atención que ofrecemos a nuestros pacientes en nuestro día a día.

El presente libro es un paso más en el camino de la recuperación y la reconstrucción. En él, se ha realizado un análisis profundo y detallado del estado de la formación sanitaria especializada, desde una perspectiva realmente innovadora. Se han ofrecido y aprovechado espacios comunes de reflexión y trabajo a médicos residentes, médicos jóvenes, tutores y expertos en educación médica para realizar una reflexión con los pies en el suelo, desde la experiencia directa de los protagonistas de la formación.

La filosofía del libro ha conseguido reflejar los principales problemas de nuestro sistema, para después realizar las propuestas tanto normativas como organizativas más prioritarias para el desarrollo de la formación de futuros especialistas en España.

Partiendo de una perspectiva histórica sobre cómo nació y se desarrolló el sistema MIR actual, se ha realizado un análisis DAFO de enorme calado, donde se presenta una radiografía de la situación actual de la formación especializada y sus principales retos. Se señalan en el mismo cuestiones fundamentales como la utilización de los médicos residentes como “mano de obra” para paliar déficits estructurales de plantilla, los problemas de financiación del sistema sanitario, las limitaciones en el desarrollo e implantación de la figura del tutor, los problemas con la evaluación formativa y sumativa y las distintas amenazas a las que se enfrenta al sistema para su mantenimiento y desarrollo. Pero no sólo eso, sino que también se reflejan las grandes fortalezas de las que goza el sistema y, se profundiza en las oportunidades que nos brinda la Unión Europea y las diferentes instituciones (SEDEM, FEM, SEF-SE-AREDA, CGCOM, etc.) que desde nuestro país impulsan la formación sanitaria especializada de calidad.

A partir de dicho análisis, en los capítulos posteriores se desarrollan las principales cuestiones que atañen a nuestro sistema de formación especializada. Entre éstas, tiene un protagonismo fundamental la figura del tutor y de los colaboradores docentes. Partiendo de un examen minucioso de la normativa actual, se describen los problemas más acuciantes de dichas figuras: la falta de desarrollo normativo en algunas CCAA, y sobre todo, la falta de formación y reconocimiento de la labor tutorial. De manera homóloga, se problematiza en los capítulos posteriores la situación del incumplimiento del marco legal de la figura del residente y la insuficiente retribución por su labor asistencial, y se realizan propuestas para que los médicos y médicas residentes en España trabajen en las condiciones que se merecen tanto a nivel legal como retributivo.

Por último, se anuncia de forma clara la ausencia de un sistema de evaluación de garantía de la calidad, que, aun-

que definido en la ley, destaca por su inexistencia en la práctica, tanto por parte del Ministerio de Sanidad como de las CCAA. En ese sentido, se propone un sistema de garantía de la calidad como herramienta fundamental para mejorar el resto de los engranajes del sistema de formación especializada. Si no disponemos de un sistema que supervise las condiciones en las que se están formando nuestros residentes, no podemos decir que estamos ante un sistema de éxito, ni tampoco establecer las medidas de cambio para que así lo sea. Para concluir el libro, se pone énfasis en cuestiones poco desarrolladas en la bibliografía científica, pero que cada vez tienen más peso en la realidad de nuestros profesionales: la necesidad de cuidar la salud mental, el bienestar personal y la conciliación de las distintas facetas de la vida en una etapa que es clave para los profesionales sanitarios.

Del estudio de los distintos ámbitos de la formación médica especializada emergen tres propuestas claras que deberían cambiar el sistema en los próximos años. En primer lugar, la necesaria reforma de los Reales Decretos 1146/2006 y 183/2008, y de los distintos programas formativos de especialidad. También ha de ser una prioridad integrar los derechos descritos en el estatuto del trabajador y acordes con la normativa europea del trabajo en cuanto a tiempos máximos de trabajo, descansos y conciliación. A su vez, reformar las cuestiones pertinentes a la mejora de la gobernanza del sistema, la figura del tutor, la del sistema de evaluación y la de los programas formativos, transformándolos en modelos por competencias con tiempos de formación más flexibles, son algunas de las múltiples medidas que quedan pendientes en la necesaria reforma normativa que se precisa.

En segundo lugar, es necesario desarrollar el mencionado sistema de garantía de calidad ya descrito en el RD 183/2008, como herramienta fundamental para asegurar que nuestro sistema goza de los estándares que los médicos residentes y los pacientes se merecen, al tiempo que ofrece las oportunidades para que el sistema continúe progresando.

Por último, es necesario realizar una reforma retributiva

y de la figura legal del residente, para asegurar que los futuros especialistas realicen su proceso de aprendizaje y de asistencia protegidos por la Ley y en unas condiciones retributivas que reconozcan el tiempo invertido en su formación y permita un modo de vida digno en la sociedad de hoy día.

Estos pilares no son más que una síntesis de las múltiples propuestas que se realizan en cada uno de los capítulos, en los que, desde una perspectiva intergeneracional entre médicos jóvenes y expertos, se pretende ofrecer luz al futuro de la formación médica especializada en nuestro país.

En un contexto internacional de falta de médicos y de competencia para retener a los mejores profesionales, nos enfrentamos a una situación preocupante. Si no acometemos las reformas necesarias, corremos el riesgo de que los futuros médicos y especialistas elijan otros ámbitos como opción laboral.

En ese sentido, estamos en un momento crucial no solo de cuidar a nuestros estudiantes y residentes, sino de cuidar a nuestro Sistema. Todo ello para que no sólo se formen estos futuros especialistas bajo los mejores estándares de calidad como excelentes profesionales, sino para que lo hagan en España, en las mejores condiciones posibles. Este documento sobre la Formación Médica Especializada, pretende ser otro ejemplo, entre los que hemos nombrado, de que existen médicos entregados a su profesión y a la mejora del sistema sanitario público, de su formación y de la atención de los pacientes. A pesar de la complejidad de los desafíos, el tesón de sus protagonistas nos hace mantener la esperanza en un futuro mejor para la formación médica especializada.

