

# INFORMES Y GESTION

## INFORMES

### La regulación de la formación médica especializada

El pasado mes de febrero entró en vigor el Real Decreto 183/2008 que establece el nuevo sistema de formación de residentes y que, junto al aprobado en octubre de 2006 sobre condiciones laborales de ese colectivo, regula la formación postgrado de las especialidades médicas en España. Las organizaciones profesionales del sector acogieron en general de forma positiva esta nueva regulación, mientras que los sindicatos han manifestado, en mayor o menor medida, su rechazo. En cualquier caso subyacen en ella importantes aspectos susceptibles de ser analizados antes de su efectiva aplicación a un colectivo de Médicos Internos y Residentes al que este año se incorporan 6.388 futuros especialistas.

Luis C. Vaquero Cemborain

Este Real Decreto desarrolla el sistema de formación especializada recogido en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, unificando una normativa que desde el año 1984 se ha venido dispersando en numerosas disposiciones legales y, según la Administración, persigue avanzar en la implantación del modelo de formación sanitaria especializada diseñado en la citada ley, así como potenciar las estructuras docentes sobre todo en aquellos aspectos básicos, tanto desde el punto de vista organizativo, como desde el docente y asistencial.

Desde que en octubre de 2006 el Ministerio de Sanidad hiciese público el primer borrador del decreto han transcurrido 16 meses de negociaciones con los diversos sectores implicados, organismos públicos, comunidades autónomas, asociaciones profesionales, Sociedades Científicas y sindicatos, en los que al menos cuatro borradores han visto la luz. Al final, el texto definitivo fue aprobado por el Consejo de Ministros el 8 de febrero con la única oposición frontal de las organizaciones sindicales, principalmente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

Al analizar los aspectos más relevantes del decreto, figura en primer lugar la generalización de las Comisiones de Docencia como órganos colegiados únicos de cada centro o unidad docente, cuyo papel

consistirá en organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades. Cada una de las comunidades autónomas será la encargada de determinar y desarrollar su dependencia funcional, composición y funciones; por lo que surge en ese momento el fantasma de la posibilidad de futuras desigualdades territoriales en cuanto a la calidad de la formación que se imparta.

La Organización Médica Colegial (OMC), en las alegaciones realizadas en su momento al proyecto de Real Decreto, propuso concretar protocolos comunes y consensuados que pudieran garantizar en la mayor medida posible que las condiciones de residencia fueran homogéneas en todas las comunidades autónomas.

Para Manuel Carmona Calderón, vocal nacional de Médicos en Formación de la OMC, el peligro de la desintegración del sistema MIR unificado es evidente: "algunas de las líneas maestras marcadas (en el R.D.) necesitan de un posterior desarrollo autonómico y ya se sabe lo que pasa en esta España de 17 velocidades, en que cada autonomía legisla a su manera; para algunos, lo que acaba de ocurrir es el inicio del fin de un único sistema nacional de residencia".

### *El peligro de desmembración del sistema de formación es percibido con distinta intensidad por los distintos agentes sanitarios*

Este peligro de desmembramiento del sistema de formación es percibido con distinta intensidad por las distintas Sociedades Científicas de Atención Primaria. Para Manuel Sarmiento, vicevocal de Médicos Residentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), las diferencias entre comunidades autónomas ya existen en otros conceptos, como el salarial, "la labor de los residentes en este aspecto es reclamar a las Administraciones una igualdad de derechos que, por otra parte, no se da ni en torno a los propios médicos adjuntos, ni hasta en las prestaciones de los usuarios de cada una de las comunidades autónomas".

Nuria Fernández de Cano, coordinadora de Grupos de Trabajo y responsable del Grupo de Trabajo MIR de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), también muestra su preocupación en cuanto a las desigualdades que puedan generar las competencias descentralizadas de las comisiones de docencia, que pudieran llegar a ser significativas en la formación de los futuros especialistas; "en todo caso –sostiene– éste es un problema propio de la descentralización y que no

puede cuestionar la responsabilidad que las Administraciones autonómicas deben tener en la gestión de sus competencias".

La vicesecretaria general de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Juana Sánchez Jiménez, quita hierro a este punto al considerar que la solución a las posibles desigualdades que puedan generarse pasa por una buena coordinación, "que si se lleva a cabo desde un punto de vista de equidad, no debería representar ningún tipo de problema en la formación, salvo los que se generan por las propias características de cada centro".

En todo caso, y como apunta la Asociación de Médicos Internos y Residentes de la Comunidad de Madrid (AMIRCAM), la solución a estas posibles desigualdades debería pasar por la garantía por parte del Ministerio de Sanidad de una formación de calidad homogénea en todo el Sistema Nacional de Salud, siguiendo planes nacionales o europeos y evitando la aparición de diferentes sistemas formativos, con diferentes capacidades y calidades, según la comunidad autónoma que los gestione.

### **La figura del tutor**

Dentro de las comisiones de docencia, el nuevo decreto centra su atención en la figura del tutor, que queda potenciado en su regulación como el responsable directo e individual del seguimiento formativo del residente, con la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de sus conocimientos y habilidades, supervisando y evaluando todo el proceso formativo. Dos aspectos caben destacar en cuanto al tratamiento que se le da al tutor en este decreto.

Por una parte se limita a cinco el número máximo de residentes que dependerán de cada tutor. Las Sociedades Científicas de Primaria consideran esta cifra, en términos generales, como aceptable y quedando en última instancia supeditada a la propia formación y experiencia docente del mismo. Si bien esta proporción podría suponer una cierta dificultad a la hora de contar con el suficiente número de tutores en algunas especialidades hospitalarias, en el caso de la Medicina de Familia no cabría pensar en un déficit de aquéllos, toda vez por otra parte de que en la Disposición Adicional Primera, sobre supuestos especiales para su nombramiento, se especifica que hasta que concluya el proceso de homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, "podrán ser tutores de dicha especialidad, aun cuando no sean especialistas, los licenciados en Medicina con anterioridad al 1 de enero de 1995, siempre que acrediten ejercicio profesional continuado y experiencia docente en el ámbito de la Atención Primaria de salud".

Otro aspecto de la figura del tutor, en lo que respecta al desarrollo de su actividad formativa, sería el de su capacitación y cualificación como docente, teniendo en cuenta que el decreto no establece con claridad los requisitos para la acreditación de tutores y, por tanto, no garantiza la capacidad de los mismos para llevar a cabo su labor formativa y de evaluación de todo el proceso de formación del alumno como futuro especialista.

De forma similar, el decreto también carece de una más completa definición de la figura del jefe de Estudios, al que corresponderá la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la docencia y cuyos criterios de capacitación, así como el procedimiento para su designación, serán regulados por la comunidad autónoma en la que ejerzan dicha responsabilidad.

También resulta de importancia en el decreto el carácter multidisciplinar y multiprofesional de las unidades docentes. En su artículo 7 se dispone que se formarán en la misma unidad docente las especialidades que incidan en campos asistenciales afines (multidisciplinaridad), según criterios aplicables a unidades docentes de carácter multiprofesional y en el Anexo II especifica que en las unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria se formarán médicos especialistas y enfermeros (multiprofesionalidad).

Para Manuel Carmona, esta novedad de la multiprofesionalidad, si bien a priori parece una idea positiva, "se puede convertir en su aplicación práctica en un grave problema al hacer convivir sin un orden jerárquico claro a personal docente de Medicina, enfermería, psicólogos, biólogos, etc. En un momento en que se está tratando de marcar diferencias en las relaciones entre colectivos".

Por su parte, Manuel Sarmiento considera que tal y como está planteado el decreto cabría la posibilidad de plantear unidades docentes hospitalarias y de Primaria conjuntas, "si esto ocurriese –afirma– los médicos de familia perderíamos autonomía e identidad, quedando diluida la voz del residente de Primaria y se enfrentarían intereses opuestos entre las distintas especialidades".

### *El Decreto formativo limita a cinco el número máximo de residentes que dependerán de cada tutor*

La multidisciplinaridad es una característica intrínseca de la Medicina de Familia, en la que el residente debe contar con una formación amplia, opina la vicesecretaria de la SEMG, "pero resulta complicado que entre tantas especialidades, la que debe ser el eje del sistema pueda tener un peso específico grande".

Nuria Fernández de Cano cree, por su parte, que las unidades multidisciplinares van encaminadas a la troncalidad y en cuanto a que en ellas se comparta el mismo ámbito de trabajo que la enfermería, considera que "los conocimientos, habilidades y responsabilidades son muy distintas, por lo que debería haber un responsable por cada unidad si no se quiere que el aprendizaje de unos y otros quede dificultado".

### **El debate de la troncalidad**

Pero, al margen de las cuestiones meramente formativas, este decreto hace también mención a algunos aspectos de la profesión médica actualmente en debate como es el de la troncalidad, que definirá y demarcará el futuro de las distintas especialidades. La clasificación o agrupación de determinadas especialidades médicas en troncos comunes fue contemplada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, abriendo la puerta a una cierta flexibilidad en el sistema formativo MIR que posibilite el paso de una especialidad a otra, dentro de un mismo tronco formativo común, bien al inicio o a la finalización del proceso de formación.

El decreto, no ahondando en la regulación de la troncalidad en el sistema, de formación prevé, no obstante, la incorporación progresiva de estos criterios y, en su Disposición transitoria quinta, establece que en las convocatorias anuales de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada, podrán incorporarse las modificaciones derivadas de las medidas que se adopten para la incorporación progresiva de criterios de troncalidad, dejándola en última instancia a una futura definición.

El representante de médicos residentes de semFYC considera que, si bien se debería haber tratado el tema de la troncalidad con más detalle, aún queda mucho por trabajar en esta materia "que permita establecer una serie de rotaciones que sean comunes a diferentes especialidades para después ir estableciendo un camino que permita hacer un cambio de una especialidad a otra". Por su parte, Juana Sánchez ve positivo el decreto en cuanto a lo que puede suponer de impulso a la inevitable y necesaria definición de la troncalidad.

La investigación dentro del proceso formativo MIR ha sido también una cuestión reivindicada de forma reiterada por las propias asociaciones de residentes que, como AMIRCAM, solicitaban la equiparación del título de especialista al título universitario de postgrado, para lo cual sería necesario fomentar los trabajos prácticos de investigación dentro de la jornada laboral de la formación sanitaria especializada. Si bien el decreto contempla dicha actividad, las Sociedades representativas de la Atención Primaria consideran que esto se hace de forma muy genérica e, incluso, deficitaria, habiéndose perdido la oportunidad de

haber llegado a una mayor definición; incluso con la asignación concreta de porcentajes, así como de becas específicas y otras herramientas que regulasen su implantación a lo largo de todo el período formativo.

Algo similar a la investigación, en cuanto a la vaguedad en su regulación, ocurre con el sistema de rotaciones externas, que el decreto define en su artículo 21 como "los periodos formativos, autorizados por el órgano competente de la correspondiente comunidad autónoma, que se lleven a cabo en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al centro o unidad docente". Las asociaciones de médicos residentes han abogado por un sistema ágil de rotaciones externas, no sólo entre comunidades autónomas sino incluso entre diferentes países, mediante convenios de colaboración o proyectos de cooperación internacional. Mientras que Manuel Sarmiento considera que, aunque se las concede una cierta importancia en el decreto, no quedan muy claros aspectos como su obligatoriedad. La doctora Sánchez Jiménez de la SEMG advierte en todo caso como positivo el tratamiento que se le confiere en este decreto a la investigación respecto a lo hasta ahora especificado por la normativa.

### **El sistema de evaluación**

En el apartado más puramente académico, el sistema de evaluación ocupa por el contrario una amplia atención en el decreto, estableciendo las pautas que han de seguirse a lo largo de todo el proceso de formación. Los aspectos más destacables en este sentido son la supervisión decreciente por parte del tutor, pareja a una responsabilidad creciente del residente, con un control de presencia física de éste durante el primer año y un sistema de evaluaciones anuales al que se incorpora una evaluación final optativa.

*Los residentes valoran positivamente la introducción de la supervisión del MIR de primer año, que será de presencia física y se llevará a cabo por profesionales del centro*

El artículo 15 del decreto establece la asunción progresiva de responsabilidades del residente en la especialidad que esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo. Según esto, la supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten

servicios en los distintos dispositivos del centro por los que el residente esté rotando o prestando servicios de atención continuada, quienes visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

Manuel Sarmiento valora esta supervisión en el primer año, y que los propios MIR han venido reivindicando a lo largo de los últimos años, como muy importante: "hasta ahora –afirma- el MIR dicta altas y bajas sin supervisión física y sin validación del adjunto, lo que supone una gran responsabilidad para un médico que comienza a formarse; es bueno también que eso se haga por escrito, sin que sea suficiente una simple llamada".

En cuanto a la evaluación final, el artículo 25 establece que cuando sea positiva el residente podrá solicitar su revisión ante la comisión nacional de la especialidad de que se trate, para optar a la calificación de destacado con mención o destacado con mención especial. En el caso de que dicha evaluación final fuese negativa, la Comisión Nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo soliciten, para la revisión de dicha calificación.

Entre los principales instrumentos de la evaluación formativa se encuentra el libro del residente, en el que se registrarán las actividades que realiza cada uno de ellos durante su período formativo; será de propiedad del residente, quien lo cumplimentará con la ayuda de su tutor y en el que se registrarán las actividades en el proceso de aprendizaje, las rotaciones realizadas, etc.

Pero, aparte de la evaluación que se lleva a cabo de la formación del residente, existe otra que ha sido reivindicada por los MIR y que en este decreto se ha optado por no contemplar, la evaluación activa de la estructura docente por parte de los propios residentes, es decir, de tutores, comisiones de docencia y unidades docentes. Tanto la representante de SEMERGEN como la de SEMG consideran que hubiera sido interesante este tipo de evaluación en la normativa aprobada en febrero, Juana Sánchez Jiménez asegura que este aspecto debería haber sido aclarado: "Esta valoración de la docencia ya se hacía en algunos sitios, pero no constituía una norma, su no inclusión en este decreto es una de sus mayores deficiencias, pues el fracaso final en la formación de un residente puede estar motivado en ocasiones por fallos en la docencia".

Por el contrario, Manuel Sarmiento no concede gran importancia a esta otra perspectiva de la evaluación, "esto –afirma- ya se hace en cuanto a las rotaciones; se podría evaluar, pero no es de los aspectos más importantes y en las especialidades hospitalarias conllevaría serias dificultades, por la excesiva

parcelación que se da allí y, en último caso, ¿hasta qué punto se haría caso a esas evaluaciones?".

Por último, en su Disposición transitoria quinta, el decreto aborda una de las causas por la que el sistema MIR ha ido sufriendo a lo largo de los últimos años una lenta degradación: la inexistencia de una nota mínima para poder acceder al postgrado. Esta disposición establece que para ser adjudicatario de una plaza de formación sanitaria especializada se requerirá que la puntuación particular obtenida en el ejercicio de contestaciones múltiples sea positiva o, en su caso, superior a la puntuación mínima en los términos que se determine en cada convocatoria, quedando excluidos de la prueba selectiva aquellos aspirantes que no cumplan esta condición. Estas medidas habían sido reiteradamente reclamadas tanto por la Organización Médica Colegial, como por las Sociedades Científicas de Primaria.

En definitiva, si bien este decreto no ha suscitado reacciones abiertamente en contra, salvo la de los sindicatos, no es menos cierto que tampoco ha levantado encendidos elogios y, en su conjunto, resulta incompleto y con importantes aspectos pendientes de ser regulados por los gobiernos autonómicos; al tiempo que, como se apunta desde SEMERGEN, no se cierran las diferencias existentes aun entre médicos de Primaria al margen de la obtención del título de especialista, pues no se contempla en el hecho de que todavía existen procesos de homologación actualmente en vigor.

Habrà pues que esperar algún tiempo, quizá unos años, hasta que surja la primera promoción, para poder emitir un juicio definitivo sobre un decreto que da por el momento concluida la regulación de un sistema de formación en las especialidades médicas que en su día supuso una tan positiva como necesaria modernización de la práctica de la Medicina en España.

### **Decreto recurrido**

El Real Decreto 183/2008 recoge una aspiración de los médicos residentes que en su día no quedó plasmada en el Real Decreto 1146/2006 por el que se reguló la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud y que garantiza el descanso tras una jornada de 24 horas, incluidas las guardias. A pesar de ello, el decreto ha contado con la oposición frontal de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) así como, aunque en menor medida, de los sindicatos Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores.

En su Disposición final primera se establece que entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas. En todo caso,

después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial. En este último supuesto se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

La CESM ha optado por presentar nada más ser publicado el decreto un recurso contencioso-administrativo basándose, al igual que el interpuesto contra el decreto de 2006, en la circunstancia de que en su confección no se ha tenido en cuenta la opinión de los médicos, pues en casos como éste se requiere el preceptivo trámite de audiencia. La CESM sostiene que conoció el borrador del decreto de forma oficiosa, no habiendo podido, por tanto, ejercer el derecho a presentar alegaciones.

No obstante, la Administración considera que se ha llevado a cabo dicho trámite de audiencia preceptivo a las organizaciones sindicales a través del Foro Marco para el Dialogo Social, en el que éstas se encuentran representadas.

En este aspecto, la Organización Médica Colegial y las Sociedades Científicas de Primaria estiman que si bien este punto del descanso de 24 horas debería haberse incluido en el decreto de 2006 sobre condiciones laborales, no por ello deja de resultar positivo que quede definitivamente plasmado dos años después.