

Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad



Jacinto Fernández Pardo

Presidente de la Asociación de Redes de Comisiones Docentes y Asesoras (AREDA)

Jefe de Estudios de Formación Especializada, Jefe de Sección de Medicina Interna, Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia, España

Recibido el 2 de febrero de 2015; aceptado el 1 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Formación sanitaria especializada;
Internado y residencia;
MIR;
Troncalidad;
Reespecialización;
Áreas de capacitación específica

Resumen La implantación en España del sistema de formación sanitaria especializada (FSE) mediante residencia ha supuesto un gran avance en el terreno de la educación médica.

El Hospital General de Asturias, en 1963, y la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, en 1964, iniciaron la formación de médicos internos y residentes (MIR), pese a que contravenía lo estipulado en la Ley de especialidades de 1955 y a que entraba en conflicto con el sistema de especialización a través de las escuelas universitarias, entonces vigente. El nuevo sistema recibió un fuerte impulso coincidiendo con la expansión de las residencias de la Seguridad Social, y los principales centros hospitalarios lo fueron implantando progresivamente. En 1968 se constituyó el denominado “seminario de hospitales con programas de posgraduados”, que elaboró en 1970 el primer manual de acreditación de hospitales. Su influjo sobre el ministerio fue muy grande, y a partir de 1971 tienen lugar las primeras convocatorias de ámbito nacional, aunque por concurso de méritos y con entrevista local de los solicitantes. Recién creado el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se publica el Real Decreto (RD) 2015/1978, primera norma que reconoce que las enseñanzas de especialización podrán cursarse por el sistema de residencia, que se convertirá en obligatorio para las especialidades que requieran formación hospitalaria a partir de 1984. La reforma del sistema de FSE viene de la mano de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, y sus disposiciones de desarrollo: el RD 1146/2006, que regula los derechos y deberes del residente; el RD 183/2008, que clasifica las especialidades y regula importantes aspectos del sistema de FSE; los decretos autonómicos de ordenación de la FSE (solo cinco hasta ahora), y, finalmente, el RD 639/2014, que regula la troncalidad, la reespecialización, las áreas de capacitación específica, las pruebas de acceso y otros aspectos. Sin embargo, toda esta extensa normativa reguladora, muy formalizada y que pretende la excelencia del sistema, contrasta con los importantes incumplimientos existentes y los numerosos desarrollos pendientes, que ponen de manifiesto la evidente falta de adecuación de la normativa a la realidad del sistema formativo asistencial en el que se sustenta, que sigue careciendo de una estructura docente mínimamente profesionalizada.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: jafepa@gmail.com

KEYWORDS

Specialized health training;
Internship and residency;
Fellowship;
Common core curricula;
Re-especialization;
Areas of specific training

Specialized health training in Spain: from internship to the common core curricula of the specialties

Abstract The implementation in Spain of the system of Specialized Healthcare Training (SHT) through residency has been a breakthrough in the field of medical education. The Hospital General of Asturias, in 1963, and the Clínica Puerta de Hierro of Madrid, in 1964, initiated the education of intern and resident physicians, despite that it contravened provisions of the law of specialties of 1955 and was in conflict with specialization through the system of university professional schools, then existing. Coinciding with the expansion of the residences of the Social Security, the new system received a strong boost and the major hospital centres were progressively implementing it. In 1968, the so-called “seminario de hospitales con programas de posgraduados” was founded, and in 1970 drew up the first accreditation manual for hospitals. Their influence on the Ministry had a large impact, and in 1971 the first nationwide call took place, although by merit-based selection and with local interviews to applicants. Newly created the Ministry of Health and Social Security, is published Royal Decree (RD) 2015/1978, the first regulation that recognizes that the teachings of specialization may be performed by the residency system, that will become mandatory for specialties that require hospital training from 1984. Reform of the system of SHT comes with the Law 44/2003, of organization of the health professions, and its development provisions: RD 1146/2006, regulating the rights and duties of the residents; RD 183/2008, which classifies the specialties and regulates important issues of the system of SHT; regional decrees of organization of the SHT (only five currently); and finally RD 639/2014, that regulates the common core curricula of the specialties (troncalidad), the re-specialisation, the areas of specific training, the tests for the entrance and other aspects of specialized training. However, all this extensive regulation, very formalized and that aspires to excellency, contrasts with the lack of compliance of some important mandates and with several pending developments, which demonstrate the regulation’s evident lack of adaptation to the reality of health care system on which it’s based, that continues to lack a minimal professional teaching structure.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La implantación en España del sistema de formación sanitaria especializada (FSE) mediante residencia (popularmente conocido como sistema MIR), que dio comienzo oficialmente en España en el año 1978, ha supuesto posiblemente el avance más importante en el terreno de la educación médica en nuestro país¹, y representa una de las claves del reconocido prestigio y alto nivel profesional y científico que actualmente tiene nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Después de más de 35 años de funcionamiento, y con vistas a la próxima implantación de la troncalidad, este puede ser un buen momento para echar una mirada hacia atrás que nos permita comprender mejor la situación actual y reflexionar acerca de las perspectivas futuras.

La especialización en España antes del sistema de residencia

La especialización médica en España, como en otros países, ha sido el resultado inevitable del avance científico-técnico y del progresivo incremento de conocimientos en el campo de la Medicina. Hasta la primera mitad del siglo xx, el principio del libre ejercicio de la profesión suponía que el título

de licenciado habilitaba para la totalidad de la práctica profesional de la medicina y la cirugía. Si bien en algunos casos se contaba con la tutela de un maestro experimentado, generalmente la autoformación y el ejercicio público de una especialidad se consideraban suficientes para auto-nominarse y autotitularse especialista. En ese estado de cosas, el Decreto de 7 de julio de 1944², sobre ordenación de la facultad de medicina, y la Ley de 20 de julio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas³, establecieron una vía de especialización dependiente de la universidad, a través de institutos y escuelas profesionales de especialización médica adscritas a las cátedras, donde la formación que recibían los alumnos era eminentemente teórica y su duración solía ser de dos años. Tras la superación de una prueba, quedaban habilitados para que, finalmente, el Ministerio de Educación Nacional les expidiera el título de especialista correspondiente. Esta norma, que por primera vez pretendía poner orden en la concesión de títulos, se malogró y no llegó a desarrollarse plenamente, muy probablemente por el abuso en la utilización de sus disposiciones transitorias que permitían obtener el título de especialista con gran facilidad, sin ninguna garantía en cuanto a las competencias profesionales que se pretendía amparar⁴.

Pero, al mismo tiempo, durante el primer tercio del siglo xx, inspirándose en modelos extranjeros, unos pocos centros sanitarios en España comienzan a plantearse la ne-

cesidad de un cambio y a modificar de manera radical la forma de entender la formación de posgrado con base en un nuevo sistema. Así, algunos hospitales como el Hospital de Basurto en Bilbao (1914), el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona (1918), la Casa de Salud Valdecilla en Santander (1929) y la Clínica de la Concepción en Madrid (1935) establecieron los primeros programas de internado⁵.

Los antecedentes del sistema de residencia en España

En 1963, en el Hospital General de Asturias, un grupo de médicos que se habían especializado en Estados Unidos procedieron a emular el sistema de residencia estadounidense, iniciando la formación de médicos internos y residentes (MIR), y poniendo en marcha la primera “comisión de residentes y enseñanza” que sería el preludio de las actuales comisiones de docencia. Casi de forma coetánea, en 1964, al crearse la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, se estableció también un sistema de formación de MIR, parecido al instaurado en Asturias, con periodos de formación preestablecidos en los que el futuro especialista iba adquiriendo una responsabilidad progresiva y tutelada en las actividades asistenciales. Así, pese a que el sistema MIR contravenía lo estipulado en una disposición adicional de la Ley de especialidades de 1955 y a que entraba en conflicto con el sistema de especialización a través de las escuelas universitarias, numerosos hospitales lo fueron implantando⁴.

Coincidiendo con la expansión de las residencias de la Seguridad Social (dependientes entonces del Instituto Nacional de Previsión), el Ministerio de Trabajo, por medio de la Orden de 28 de marzo de 1966⁶, impulsa la acción docente iniciada previamente (fundamentalmente en la Clínica Puerta de Hierro y La Paz), completando la dotación de 500 plazas de médicos residentes “externos” que durante tres años (excepcionalmente cuatro) efectuarían “servicios rotatorios” en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social para las que hubieran sido nombrados en virtud de concurso de méritos (descentralizado). Pocos meses después, una orden de 17 de noviembre, sobre perfeccionamiento técnico de los médicos internos residentes en instituciones sanitarias de la Seguridad Social⁷, modifica y completa la anterior precisando los conceptos de médico interno y de residente. Los médicos internos constituirían la forma inicial de ingreso del médico en la institución hospitalaria, realizando durante dos años una rotación obligatoria por los servicios que en el correspondiente programa se establecieran (generalmente medicina interna, cirugía general, pediatría, tocoginecología y urgencias) y que, al finalizar el segundo año y completado su perfeccionamiento, podrían pasar a la categoría de médicos residentes (adscritos de forma fija a un servicio hospitalario) para, tras desempeñar tareas y funciones de responsabilidad progresivamente crecientes a lo largo de dos o tres años, adquirir una especialidad. Casi tres años después, otra orden del Ministerio de Trabajo, de 3 de septiembre de 1969, modificó la duración del internado rotatorio, limitándolo a un solo año.

El seminario de hospitales y el impulso del sistema de residencia

En 1968, a instancias de la Clínica Puerta de Hierro, la Seguridad Social convocó a los hospitales más importantes que estaban liderando la formación de especialistas por vía MIR para constituir una agrupación voluntaria que se denominó “seminario de hospitales con programas de posgraduados”. Inspirándose en el modelo estadounidense, a lo largo de distintas reuniones fue sentando la base teórica y conceptual de la formación especializada, estableciendo y unificando programas reglados para cada especialidad, llegando incluso 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 sobre el Ministerio fue muy grande y, a partir de 1971, tienen lugar las primeras convocatorias de ámbito nacional, aunque todavía de adscripción voluntaria, por concurso de méritos y, eventualmente, entrevista de los solicitantes⁵.

De este modo, el sistema MIR acabó extendiéndose por los centros sanitarios más importantes del país, que empezaron a ver la actividad docente como un gran estímulo para mejorar su calidad asistencial, y fue adoptado también por hospitales universitarios en los que existía la modalidad formativa de escuelas profesionales. Aunque el residente no obtenía formalmente el título de especialista, sí que se le otorgaba un certificado que acreditaba haber adquirido “los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente”, siendo considerada esa certificación como un mérito preferente para el ingreso en la plantilla como personal estatutario de la Seguridad Social. Hasta 1973, los MIR no se consideraban trabajadores y, en consecuencia, no tenían derecho a la seguridad social. La demanda y consecución generalizada del contrato de trabajo tuvo lugar en 1975, obviamente, previa huelga general de residentes en la que muchos de ellos fueron despedidos.

En 1976, una orden del Ministerio de Trabajo, de 7 de octubre⁸, 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 (única 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 su correspondiente comisión de admisión (de la que formaban parte también representantes de los médicos residentes).

Los inicios 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 posgraduados en las instituciones de la Seguridad Social, administración institucional y otros centros hospitalarios⁹, 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 y realizar las pruebas de evaluación de los residentes al finalizar sus años de formación (algo que nunca se llegó a poner en práctica). Esta orden también instituye la Comisión de Especialidades (que se transformará después en el Consejo Nacional de Especialidades) como órgano asesor y coordinador de la formación especializada, 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 ella por un contrato de formación posgraduada 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 1977¹⁰.

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 médicas¹¹, 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.

La consolidación del sistema de residencia como vía para el acceso al título de especialista

Transcurridos solo cinco años desde la publicación del RD 2015/1978, el nuevo Estado de las autonomías y los acuerdos para la integración en la Comunidad Económica Europea obligan a introducir nuevos cambios en esta legislación. 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 especialista¹², deroga al de 1978 y, siguiendo la experiencia de otros países, efectúa una clasificación de las especialidades médicas en grupos, según requieran o no formación hospitalaria, y, consecuentemente, establece una forma de acceso distinta para la formación en cada uno de estos grupos. Así, para obtener el título de especialista en las especialidades que requieran básicamente formación hospitalaria, se confirma la necesidad de seguir como residente un programa perfectamente establecido en centros y

unidades docentes acreditadas, y se instaura además un sistema de pruebas selectivas para el acceso a plazas de FSE, cuyas normas reguladoras para especialidades que requieran formación hospitalaria se establecen posteriormente por una orden de 30 de noviembre de 1984¹³. Es el conocido como Examen MIR, compuesto por 250 preguntas más 10 de reserva, que prácticamente se ha mantenido hasta la actualidad. Sin embargo, cediendo a las reivindicaciones de los propios residentes, se suprime el examen final previsto al término del periodo global de formación, sustituyéndose por evaluaciones anuales; si bien se prevé la posibilidad de obtener un certificado de médico especialista diplomado otorgado por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente (a través de un examen voluntario), que sería tenido en cuenta en los baremos para ocupar puestos de trabajo en la sanidad pública. Esto fue algo que tampoco nunca se llegó a poner en práctica.

La apertura y perfeccionamiento del sistema de formación sanitaria especializada

Prácticamente desde sus inicios, el nuevo sistema MIR no se establece solo para licenciados en Medicina; también van accediendo a este otros colectivos de titulados superiores cuyas funciones han ido adquiriendo relevancia en los centros asistenciales. De forma que, tras la publicación del RD 127/1984, se va a ir produciendo el desarrollo de las especialidades sanitarias a través de disposiciones de diferente rango que van ampliando el sistema a medida que lo demandaba su progresivo desarrollo. Así ocurre, por ejemplo, con los distintos RD que van creando 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 y bioquímicos, disposiciones todas ellas que, junto a las relativas a las especializaciones de farmacia (reguladas por el RD 2708/1982, de 15 de octubre) y a las especialidades de enfermería (reguladas más recientemente por el RD 450/2005, de 22 de abril) van sentando las bases para un crecimiento abierto del sistema. Por ello, se comienza a utilizar la denominación genérica de residentes o especialistas en formación, en lugar de MIR, si bien es verdad que el acrónimo MIR ha trascendido más allá de su significado literal restrictivo y popularmente se emplea en sentido extenso como término (admitido incluso por la Real Academia Española) para referirse de un modo general a este sistema de especialización mediante residencia y a las pruebas de acceso al mismo.

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 especialistas¹⁴, 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, 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 importante resaltar que, a pesar de las numerosas modificaciones regulatorias posteriores, muchas de las disposiciones de esta orden (recientemente derogada) han permanecido como normativa subsidiaria hasta prácticamente la actualidad.

El inicio del proceso de reforma del sistema de formación sanitaria especializada

La reforma del sistema de FSE viene de la mano de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)¹⁵, que en el capítulo III de su título II incorpora importantes modificaciones en el panorama de la formación especializada en Ciencias de la Salud (denominación que pretende reflejar su multiprofesionalidad y multidisciplinariedad), definiéndola como “una formación reglada y de carácter oficial que tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, implicando tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades inherentes al ejercicio autónomo de la misma”. Esta nueva ley consolida el sistema de residencia en centros acreditados mediante una relación laboral especial y plantea nuevos retos al sistema formativo de las especialidades en Ciencias de la Salud (ECS), a fin de conseguir su modernización y adapta-

ción al Estado autonómico (fig. 1). Por ello, la LOPS contiene normas generales sobre: la estructura de las ECS (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 (CNECS). Durante los años subsiguientes, distintas normas reglamentarias (fig. 2) han ido desarrollando y regulando más detalladamente muchos de estos aspectos.

El estatuto del residente

Tres años después de la LOPS, 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 Salud¹⁶. Conocido como el estatuto del residente, este RD establece por primera vez, y de una forma sistemática y pormenorizada, un marco general y homogéneo para todos los residentes

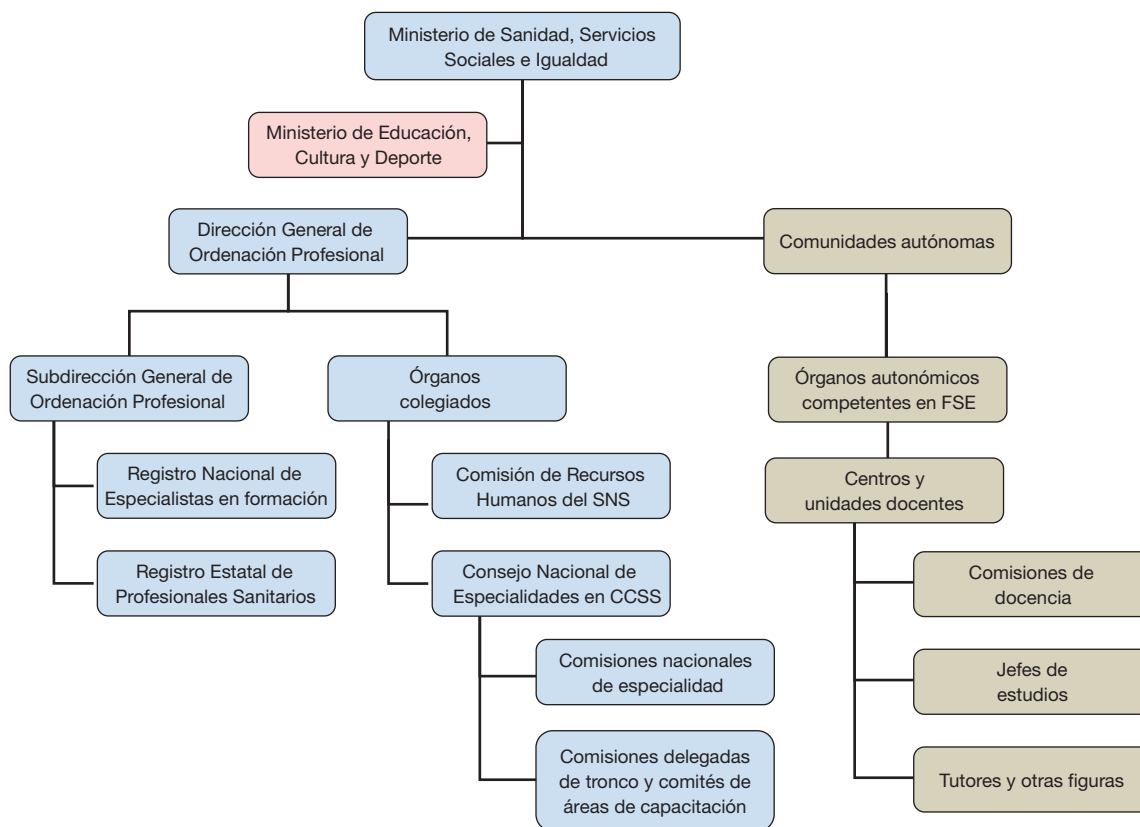


Figura 1 Esquema de la estructura y ordenación de la formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en España. CCSS: Ciencias de la Salud; FSE: formación sanitaria especializada; SNS: Sistema Nacional de Salud.

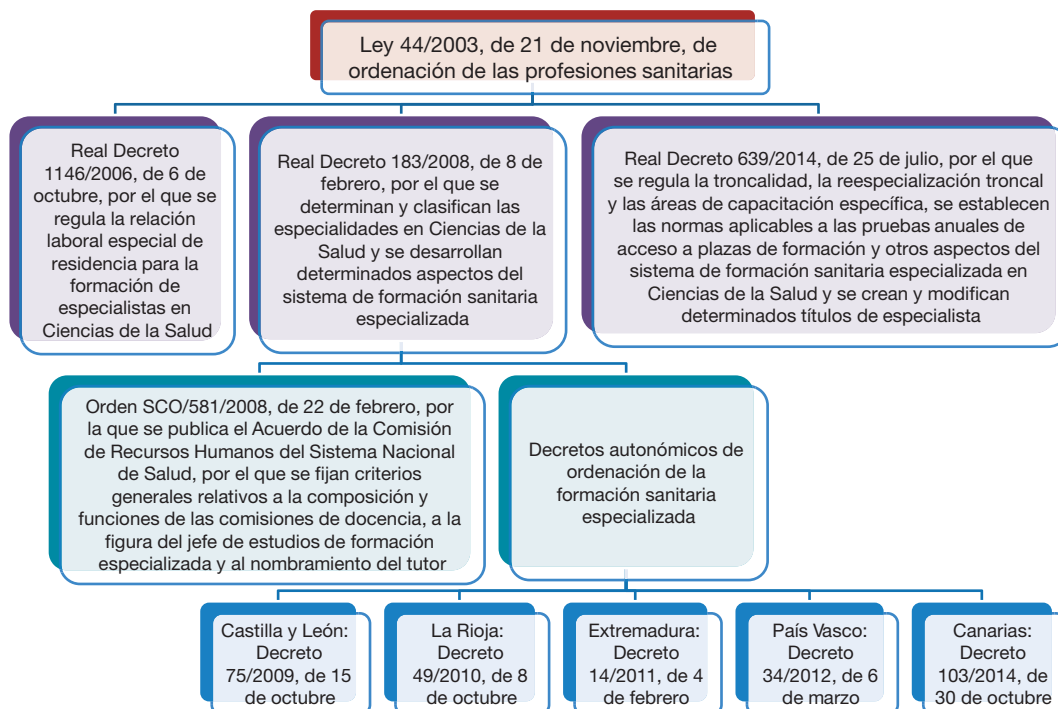


Figura 2 Esquema del marco normativo de la formación sanitaria especializada en España tras el desarrollo del capítulo III del título II de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

con independencia del centro o unidad en que se realice su formación, asegurando un marco retributivo común y 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, entre otras materias, la duración de este y los derechos y deberes de los residentes, destacando especialmente 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 Real Decreto 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 especializada¹⁷, elaborado con un doble objetivo: por un lado, avanzar en la implantación del nuevo modelo general diseñado por la mencionada ley, realizando 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, potenciar las estructuras formativas, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial. A este respecto, respetando las competencias de las comunidades autónomas, se configuran 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 (que será de presencia física durante el primer año de residencia) y a la responsabilidad progresiva del residente (que implica un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de competencias). Dedicamos también otro capítulo a la evaluación, estableciendo una regulación común para todo el sistema de evaluaciones del residente (formativa, anual y final) que permita constatar el cumplimiento de los objetivos y las competencias profesionales que debe adquirir según el correspondiente programa formativo. Por otra parte, este RD trata de garantizar un alto nivel de calidad del sistema de FSE, previendo el sometimiento de toda la estructura docente que interviene en la formación de especialistas a medidas de control de calidad y evaluación con la finalidad de comprobar su adecuación a los requisitos generales de acreditación, y ordenando la elaboración y aprobación de planes de gestión de calidad docente específicos en el seno de cada comisión de docencia.

A pesar de su importancia esencial, este RD constituye, en muchos de sus aspectos, solo un marco regulatorio general que, debido a la atribución por parte de la LOPS a las comunidades autónomas 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, precisará ser completado con otras normas autonómicas de desarrollo que, atendiendo a unos criterios ge-

nerales acordados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud¹⁸, regulen la ordenación del sistema de FSE en el ámbito de cada comunidad autónoma. Hasta el momento, sin embargo, solo cinco comunidades autónomas han publicado esos decretos de ordenación de la FSE (fig. 2).

Introducción de la troncalidad en el sistema de formación sanitaria especializada

Finalmente, casi once años después de la LOPS, se ha publicado recientemente el RD 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista¹⁹. Este RD, que pretende completar el desarrollo del título II de la LOPS en los aspectos enunciados en su rúbrica, conlleva notables cambios del sistema formativo en régimen de residencia actual y, sobre todo, supone un paso decisivo en el desarrollo del art. 19.2 de la mencionada ley, que preveía que las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparían atendiendo a criterios de troncalidad y que las del mismo tronco tendrían un periodo de formación común de una duración mínima de dos años (actualmente esto se ha modificado pudiendo disminuirse o aumentarse la duración del periodo troncal hasta un máximo de seis meses). El tronco se define como “el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en Ciencias de la Salud que se adquieren a través de un periodo de formación especializada, denominado periodo troncal”.

Las especialidades troncales y sus programas formativos

A diferencia del sistema actual, las especialidades adscritas al sistema troncal tendrán dos ciclos consecutivos de formación: uno inicial, en el que se adquirirán las competencias comunes a las especialidades del mismo tronco (que se llevará a cabo en unidades docentes troncales), y otro posterior en el que se adquirirán las competencias específicas de cada especialidad. Para ello, las especialidades médicas, quirúrgicas y multidisciplinares se estructuran en cinco grupos o troncos: médico, quirúrgico, de laboratorio y diagnóstico clínico, de imagen diagnóstica y de psiquiatría, en los se han agrupado especialidades que en sus programas formativos comparten competencias comunes; coexistiendo otro grupo de especialidades que, por el momento, no están integradas en los citados troncos (fig. 3). Por cada uno de los cinco troncos existirá una comisión delegada de tronco (dependiente del CNECS), que elaborará las competencias comunes a todas las especialidades integradas en el tronco y propondrá los criterios de evaluación, la estructura básica del libro del residente y los requisitos para la acreditación de las unidades docentes para el periodo troncal respectivo. Las competencias correspondientes a cada una de las especialidades

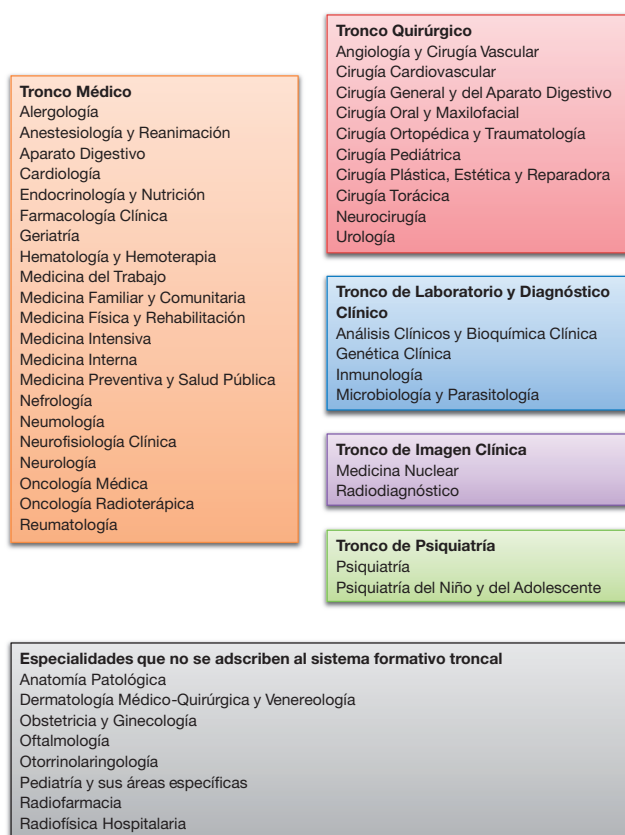


Figura 3 Relación de especialidades médicas y pluridisciplinarias incluidas en el anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, que se adscriben al sistema formativo troncal, clasificadas por troncos, y de aquellas otras que no se adscriben al sistema formativo troncal.

troncales se elaborarán (una vez determinadas las del periodo formativo troncal) por la comisión nacional de la especialidad de que se trate, al igual que los criterios de evaluación, el diseño del libro del residente y los requisitos para la acreditación de las unidades docentes de especialidad. Las competencias de carácter genérico o transversal, comunes a todas las especialidades (troncales y no troncales), serán elaboradas por el CNECS.

Las nuevas unidades docentes

El periodo de formación troncal se impartirá en unidades docentes de carácter troncal y el periodo de formación específica se impartirá en las unidades docentes de la especialidad de que se trate. Tanto las unidades docentes de carácter troncal como las de formación específica tendrán que cumplir los requisitos de acreditación que en cada caso se establezcan, y deberán reacreditarse las actualmente existentes que pretendan continuar. Los tutores del periodo de formación troncal podrán ser especialistas de cualquiera de las especialidades que integren el tronco de que se trate y, según las circunstancias de cada caso, podrían alternar sus funciones entre el periodo formativo troncal y el de la especialidad. Las comunidades autónomas podrán

adscribir las unidades docentes de carácter troncal a una comisión de docencia ya constituida o bien a una comisión de docencia específicamente creada. En cada una de esas comisiones de docencia se constituirá un comité de evaluación de dicho tronco, cuya función será la de llevar a cabo la evaluación anual y final del periodo formativo troncal (que se efectuará tres meses antes de concluir el último periodo). La evaluación positiva del periodo troncal permitirá que el residente realice, durante los tres últimos meses del periodo troncal y dentro de la misma comunidad autónoma, una rotación en alguna determinada área de especial interés para su formación. Concluida la estancia, el residente continuará con el periodo de formación específica de la unidad docente de especialidad y plaza que le fuera adjudicada a nivel nacional (fig. 4).

Los cambios en el sistema de acceso a la formación sanitaria especializada tras la troncalidad

A través de su capítulo V, el nuevo RD desarrolla el art. 22 de la LOPS y regula las pruebas anuales de acceso a plazas de FSE, actualizando la normativa previa que había sido objeto de diversas modificaciones parciales y adaptando el procedimiento de elección de plaza a la troncalidad. Así, manteniendo las características generales de estas pruebas (cuyas convocatorias seguirán siendo de carácter nacional),

la selección de los aspirantes incluirá, como hasta ahora, la realización de una prueba objetiva diferente para cada titulación o grupo de estas, que tendrá un peso específico en la puntuación final de los aspirantes no inferior al 90% (los méritos académicos y profesionales de los aspirantes no podrán suponer más del 10%). No obstante, el art. 33.1 del nuevo RD explicita que la misma evaluará conocimientos teóricos, prácticos y, en su caso, habilidades clínicas y comunicativas (algo que viene siendo largamente demandado, pero que es difícil de llevar a cabo). Con carácter general, la elección (de acuerdo con el orden decreciente de puntuación obtenida) de plaza de una especialidad no troncal tendrá lugar en una única fase inicial de adjudicación. Sin embargo, en las especialidades troncales, la elección se realizará a nivel estatal en dos fases (fig. 4). En la primera fase se elegirá tronco y unidad docente del periodo troncal, y una vez superada la evaluación del periodo troncal, los residentes elegirán especialidad y plaza en una unidad docente de entre las ofertadas para su convocatoria según el orden obtenido en la prueba de acceso correspondiente a aquella.

La reespecialización troncal

El RD de troncalidad desarrolla además en su capítulo III las previsiones del art. 23 de la LOPS, regulando los aspectos esenciales de los procedimientos de reespecialización de los profesionales para adquirir un nuevo título de especialista

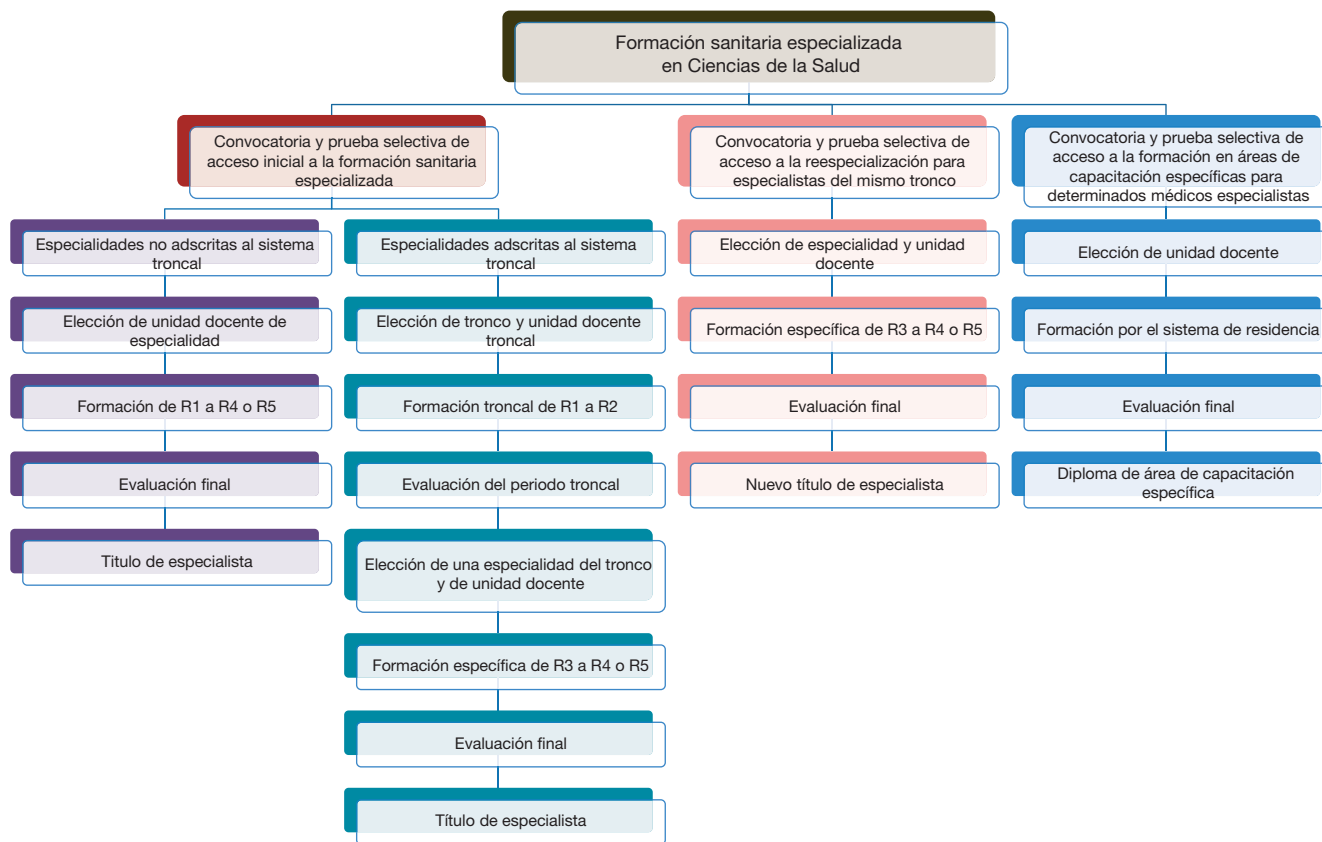


Figura 4 Esquema de las posibilidades de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud tras la publicación del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio.

del mismo tronco de las especialidades que se consideren deficitarias en el sistema sanitario. La reespecialización, por ello, no es un procedimiento general ni dependiente exclusivamente de la iniciativa de los profesionales. El cupo de plazas ofertadas a reespecialización no podrá ser superior al 2% de las plazas ofertadas para la totalidad de las especialidades troncales en la convocatoria anual en la que se incluyan, ni superior al 10% del total de las ofertadas por la correspondiente comunidad autónoma. La selección de los aspirantes incluirá también la realización de una prueba objetiva de carácter eliminatorio, que versará sobre el tronco de que se trate, pero, a diferencia de lo que ocurre en el acceso inicial a la FSE, en este caso los méritos académicos y profesionales supondrán entre el 50% y el 60% de la puntuación final. Quienes accedan al sistema de reespecialización solo tendrán que realizar el programa formativo para el periodo de formación específica de la especialidad de que se trate en unidades docentes acreditadas para la correspondiente especialidad (fig. 4), donde el tutor, con el informe favorable de la comisión de docencia, podrá adecuar el plan individual de formación al currículo formativo y profesional del “nuevo” residente, sin que ello pueda implicar la reducción del periodo formativo.

Las áreas de capacitación específica

Junto a la troncalidad y la reespecialización, el RD 639/2014 desarrolla también los art. 24, 25 y 29 de la LOPS, relativos a las áreas de capacitación específica (ACE) que abarcan un “conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, añadidos en profundidad o en extensión a los exigidos por el programa oficial de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud y que son objeto de un interés asistencial, científico, social y organizativo relevante”. Por el momento, se han creado cuatro ACE (fig. 5) y la norma prevé que por cada una de ellas se constituya un comité de área (que se integrará en el CNECS) encargado de proponer el programa formativo, establecer los criterios de evaluación y diseñar la estructura básica del libro del especialista en formación en



Figura 5 Las cuatro áreas de capacitación específica incluidas en el anexo II del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, y especialidades desde las que podrán acceder los médicos que estén en posesión del título correspondiente.

el ACE correspondiente. En un futuro próximo, previa convocatoria general y proceso selectivo, los aspirantes a la obtención del correspondiente diploma llevarán a cabo un programa de formación (que podrá tener distintos recorridos formativos en función de la especialidad o titulación de procedencia) por el sistema de residencia (fig. 4), a través de un ejercicio profesional programado, tutelado y evaluado, en una unidad docente acreditada y bajo la supervisión de un tutor responsable.

Problemas actuales del sistema de formación sanitaria especializada

Como se ha evidenciado a lo largo de este artículo, en los últimos años, la formación de especialistas en nuestro país ha ido dotándose de una normativa reguladora muy formalizada y exigente que busca la excelencia teórica, pero con una evidente falta de adecuación a la realidad del sistema en el que se sustenta que sigue careciendo de una estructura docente mínimamente profesionalizada. Existe, en general, una falta de sensibilidad y de reconocimiento hacia la docencia por parte de las administraciones e instituciones, y una falta de implicación en la FSE de muchos equipos directivos; a la hora de priorizar y asignar los recursos, la docencia siempre es lo último en lo que se piensa. A esto se añade la pluralidad de administraciones responsables (la central y las autonómicas) y la gran dispersión de entidades que intervienen en la FSE²⁰.

Son muchos los incumplimientos normativos y los desarrollos reglamentarios pendientes. Hasta el momento, siete años después de la publicación del RD 183/2008, solamente cinco comunidades autónomas (Castilla y León en 2009, Extremadura en 2010, La Rioja en 2011, País Vasco en 2012 y Canarias en 2014) han elaborado y publicado las disposiciones de desarrollo (fig. 2) previstas en el mencionado RD sobre la composición, funciones y presidencia de las comisiones de docencia, las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente y la evaluación, incentiviación y mejora de competencias del tutor.

En cuanto a la evaluación de los residentes, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad tendría que haber aprobado hace ya seis años las directrices básicas que deberían contener los documentos acreditativos de las evaluaciones que serían de aplicación a todas las unidades docentes acreditadas para la FSE (obligación de la que, incomprensiblemente, el propio Ministerio se ha autoeximido por medio de una disposición derogatoria incluida en el RD 639/3014). Como consecuencia de ese incumplimiento, las previsiones contenidas en el capítulo VI del RD 183/2008 sobre el nuevo sistema de evaluación no han llegado a ser aún de aplicación, y, mientras tanto, los residentes han tenido que seguir siendo subsidiariamente evaluados según lo previsto en la vieja Orden de 22 de junio de 1995 (que, sorprendentemente, también ha sido derogada en su totalidad por el RD 639/2014). Lo mismo ocurre con el libro del residente. A pesar del tiempo transcurrido desde la publicación del RD 183/2008, la inmensa mayoría de las comisiones nacionales tampoco han diseñado la estructura básica del libro del residente de cada especialidad ni han elaborado los criterios de evaluación correspondientes.

La desmotivación del tutor es otro grave problema al que nos enfrentamos hoy en día. La tutoría de residentes es una tarea actualmente muy burocratizada, para la que el tutor tiene, en general, falta de formación específica y escaso o nulo reconocimiento e incentivación. Existe además una notable incongruencia entre la gran exigencia documental y formal a los tutores en relación con la planificación de la docencia, la supervisión y la evaluación de los residentes, y la falta de tiempo de dedicación, recursos y herramientas para desempeñar sus funciones. Todo esto está siendo causa del abandono de muchos tutores experimentados (desilusionados y frustrados después de esperar durante años la solución a estos problemas) y de desmotivación y desinterés por parte de las generaciones más jóvenes que, aun teniendo vocación, ven esa responsabilidad docente como una tarea ingrata. La repercusión de la crisis económica sobre el sistema sanitario y las medidas de ajuste que esta ha conllevado (despido de eventuales, falta de sustituciones por bajas y vacaciones, aumento del horario y de la carga asistencial) ha agravado la situación. Por ello, con troncalidad o sin ella, es imprescindible que se adopten, por parte de las administraciones correspondientes (fundamentalmente las comunidades y los servicios autonómicos de salud), las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente. De lo contrario, solo se agravará aún más el problema de la desmotivación y abandono de los tutores.

En cuanto a la calidad del sistema, en contraste con la actitud general de autocomplacencia, se echa en falta una evaluación rigurosa del sistema de residencia español. Los mecanismos que aseguran la calidad del sistema están fallando. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud no se ha actualizado desde el año 2010, ha desaparecido la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y en los últimos años se han reducido notablemente las auditorías docentes, aunque actualmente parecen reactivarse.

Retos de la reforma del sistema de formación sanitaria especializada

El RD 639/2014 y la troncalidad que pretende implantar suponen sin duda la mayor reforma en la historia de nuestro sistema de FSE. El retraso y el lapso de tiempo transcurrido en la elaboración del proyecto (que se inició en el año 2006) da idea de su complejidad y de que su proceso de gestación no ha resultado precisamente pacífico, asistiéndose a amplios y duros debates (algunos de ellos todavía no cerrados) en muchos aspectos, sobre todo, en cuanto al momento en que procedería la elección de la especialidad; también en cuanto al mapa de especialidades agrupadas por troncos, y, por último, en cuanto a la repercusión de la troncalidad en la duración total del periodo formativo. En este sentido, numerosas sociedades científicas han puesto de manifiesto su temor de que la implantación del periodo troncal se haga a costa de reducir las competencias y el periodo de formación específica, lo que podría perjudicar la adecuada formación de nuestros especialistas, suponiendo un salto atrás en la calidad de nuestro sistema formativo. No obstante, el RD elude dimensionar la duración del periodo formativo específico adecuado para cada especialidad.

La implantación de la troncalidad para la mayoría de especialidades médicas prevista en la norma implica importantes modificaciones en el sistema formativo actual (por otra parte, bastante consolidado), y la necesidad de un incremento y adecuación de los recursos y estructuras docentes a los nuevos programas formativos y a los correspondientes requisitos de acreditación, en consonancia con los periodos, troncal y específico, que integrarán la formación completa de las especialidades en Ciencias de la Salud. En particular, conllevará forzosamente un aumento notable del número de tutores y de sus tareas y responsabilidades, y habrá que formar a esos docentes para ejercer una tutoría compleja que tendrá que sustraerse del tiempo dedicado al desempeño de sus funciones asistenciales o profesionales. Es evidente que todo esto generará un esperado y considerable impacto económico, organizativo y asistencial, sobre todo para las comunidades autónomas, que no ha sido debidamente evaluado por parte del ministerio (de forma deliberada) ni trasladado a la memoria económica y presupuestaria del proyecto del RD.

Los tutores y los jefes de estudios, que somos, junto con los residentes, los primeros protagonistas del proceso de formación de especialistas, miramos el RD 639/2014 en general, y la troncalidad en particular, con una mezcla de incertidumbre y escepticismo, debido a la tremenda complejidad que conlleva, y tenemos serias dudas acerca de su implantación efectiva a la luz de los incumplimientos y falta de desarrollo de muchos aspectos fundamentales del RD 183/2008 que consideramos básicos para completar la reforma del sistema de formación sanitaria iniciada por la LOPS. Por tanto, pensamos que, si no se afrontan y resuelven previamente estos y otros problemas pendientes, la publicación del nuevo RD de troncalidad podría dar lugar simplemente a una norma imposible de desarrollar o, peor aún, a que su implantación incompleta pudiera suponer un detrimento en la calidad de la formación de nuestros especialistas. Por ello, la implantación de las medidas incorporadas en este RD debe ir acompañada de una apuesta decidida y sincera de las administraciones sanitarias por la incorporación de elementos de innovación y de profesionalización de la estructura docente a fin de potenciar la calidad de nuestro modelo formativo, la seguridad de los pacientes y una mayor eficacia y eficiencia en el proceso de adquisición de las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de las profesiones sanitarias.

Bibliografía

1. Breve historia del sistema MIR [Internet]. El blog de Ciril Rozman [citado 21 de diciembre de 2014]. Disponible en: <https://blogderozman.wordpress.com/2008/12/23/breve-historia-del-sistema-mir/>
2. Decreto de 7 de julio de 1944, sobre ordenación de la facultad de medicina [Internet] [citado 1 de febrero de 2015]. Disponible en: <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 2015]. Disponible en: <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: es-

- tatuto del residente y ley de especialidades. *Radiología*. 2010;52:58-66.
5. Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. La formación especializada en España. Claves históricas y docentes. En: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós 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 2014]. Disponible en: <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 2014]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1966-21061
 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 2014]. Disponible en: <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 2014]. Disponible en: <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]. Disponible en: <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 2015]. Disponible en: <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 2014]. Disponible en: <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 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-26621>
 14. 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 [Internet]. [citado 1 de febrero de 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-15886>
 15. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. [citado 1 de febrero de 2015]. Disponible en: <zotero://attachment/1714/>
 16. 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 [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498>
 17. 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]. [citado 14 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>
 18. 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 [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-4321#analisis>
 19. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista [Internet]. [citado 1 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497
 20. Pérez Iglesias F, Martín Moreno S, Morán-Barrios J, Tutosaus Gómez JD. Organización, estructura y retos del sistema de formación sanitaria especializada en España. En: Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, editores. *Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 408-17.