

LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ESPAÑA: BOSQUEJO HISTÓRICO Y ESTADO ACTUAL

THE TRAINING OF SPECIALIST DOCTORS IN SPAIN: HISTORICAL OUTLINE AND CURRENT STATUS

José Luis Aguayo-Albasini¹

¹ Catedrático de Universidad. Área de Cirugía. Universidad de Murcia. Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia (España). CEUEM. IMIB-Arrixaca. jaguayo@um.es. ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-2979-7047>

Recibido: 16-11-2020; Aceptado: 20-11-2020; Publicado: 24-11-2020

Resumen: Se presenta un bosquejo histórico del proceso de formación de médicos especialistas en España: el llamado sistema MIR, un sistema supervisado y remunerado de adquisición de las competencias. No fue hasta finales de los años 70 del pasado siglo cuando se inició un desarrollo extraordinario del sistema de residencia en todo el país, que llega a ser exclusivo. Hasta entonces la consecución y el ejercicio de una especialidad médica carecían, por lo general, de garantías. Hoy hay una estructura hospitalaria acreditada y sólida para la formación de especialistas médicos (que se ha ampliado a otras profesiones sanitarias) y una normativa reguladora de los órganos docentes que garantiza estrictamente el proceso. El sistema mantiene aspectos mejorables.

Palabras clave: Educación médica, especialización médica, sistema MIR

Abstract: A historical sketch of the training process for specialist doctors in Spain is presented: the so-called MIR system, a supervised and paid system for the acquisition of competencies. It was not until the end of the 70s of the last century when an extraordinary development of the residence system began throughout the country, which became exclusive. Until then, the achievement and practice of a medical specialty generally lacked guarantees. Today there is an accredited and solid hospital structure for the training of medical specialists (which has been extended to other health professions) and a regulation of the teaching bodies that strictly guarantees the process. The system maintains aspects that could be improved.

Key words: Medical education, medical specialization, postgraduate training

1. Bosquejo histórico de la Formación Sanitaria Especializada en España.

En el *continuum* que representa la educación médica, la formación especializada constituye la segunda fase tras los estudios de grado. Esta formación permite acceder al título de especialista en una materia médica o sanitaria y al ejercicio clínico en contacto con los pacientes con pleno derecho. No vamos a comentar los estudios de master ni el doctorado y, en cuanto al mundo sanitario, nos referiremos únicamente a la educación médica. El sistema de formación especializada que vamos a tratar se llamaba formación MIR (atendiendo a sus siglas y evolución histórica de Médico Interno y Residente). Hoy el modelo se ha ampliado a profesiones sanitarias

procedentes de otros grados de Ciencias de la Salud y el sistema en su conjunto se denomina Formación Sanitaria Especializada (FSE). Los procesos y estructura de la FSE son análogos y comunes a los del MIR de donde surgieron. En este artículo se seguirá utilizando el término MIR, al referirse únicamente a la formación de médicos especialistas.

Hasta la primera mitad del siglo XX, en España no había en la práctica un procedimiento sistemático ni reglado de acceso a las especialidades médicas. Cada licenciado en Medicina podía ejercer de forma general o en un campo concreto de la Medicina en el que se sintiera capacitado. Algunas iniciativas pioneras de instauración de procedimientos modernos de especialización (basados en los modelos americanos de internado de Osler y Halsted) se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Iniciativas pioneras en España (internados). 1880-1955

- Instituto (Rubio) de Técnica Quirúrgica y Operatoria de Madrid
- Hospital de Basurto. Bilbao
- Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona
- Casa de Salud Marqués de Valdecilla. Santander
- Clínica de la Concepción. Madrid

En 1955 una “Ley sobre enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas” intenta poner orden en la adquisición de la especialidad. Los médicos podían llegar a especializarse en Escuelas profesionales anexas a Cátedras de Facultades de Medicina o en Institutos de especialización médica reconocidos por el Ministerio de Educación, habitualmente junto a un “maestro especialista” de tal forma que en 2 años tenían derecho a la obtención del Título correspondiente, generalmente a través de un examen. No había programas comunes, controles adecuados, prácticas suficientes, ni aseguramiento de competencias.

Paralelamente, prosigue el avance en los modelos de internado y numerosos hospitales se van sumando a este sistema. A la vez, en los años 60 y 70, tiene lugar un formidable desarrollo hospitalario: la construcción y dotación de las llamadas Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social en todas las grandes ciudades del país. El que se reconoce como primer centro con programa moderno de médicos internos y residentes es el Hospital General de Asturias (1963), donde se pone en marcha una “Comisión de Residentes y Enseñanza”, que vendría a ser la primera Unidad o Departamento de metodología de educación médica posgraduada. Pronto se incorpora la Clínica Puerta de Hierro de Madrid (1964) y el Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo de Barcelona (1966). Comienza así a funcionar un sistema de entrenamiento MIR (médicos internos y residentes) en el que se definen periodos preestablecidos en los que el especialista en formación adquiere responsabilidades clínicas crecientes, bajo tutela en el seno de servicios hospitalarios de prestigio.

En 1968 se crea el denominado “Seminario de Hospitales con programa de posgraduados” liderado por la Clínica Puerta de Hierro de Madrid. Numerosos centros se adhieren voluntariamente a este modelo (Tabla 2). Se llega a acuerdos comunes y con la Administración: a) Establecimiento y unificación de programas para cada especialidad, b) Definición de un internado inicial rotatorio por las grandes especialidades troncales y de una residencia estable en una determinada especialidad, c) Uso del Manual de acreditación de hospitales en línea con criterios internacionales,

que sigue los de la *Joint Commission of Accreditation*, d) Unas retribuciones adecuadas (1, 2)

Tabla 2. Centros adheridos al Seminario de Hospitales. 1968

• Clínica Puerta de Hierro. Madrid
• Casa de Salud Marqués de Valdecilla. Santander
• Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid
• Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Hoy Hospital Gregorio Marañón. Madrid
• Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Hoy Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona
• Fundación Jiménez Díaz. Madrid
• Hospital General de Asturias
• Hospital Provincial Santiago Apóstol. Vitoria
• Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

El sistema se difundió rápidamente por los grandes y medianos hospitales del país, incluso los universitarios clínicos que contaban con escuelas de especialización. En 1977, el nuevo Ministerio de Sanidad publicó las bases del sistema MIR que, con variaciones, permanecen hasta la actualidad. Se estableció el ingreso tras superar una prueba única nacional selectiva; se desarrollaron las Comisiones Nacionales de la Especialidad que fijaban los programas teóricos y prácticos de las distintas especialidades, proponían el número anual de plazas y velaban por la acreditación inicial y periódica de los servicios docentes (y deberían haberse responsabilizado de una evaluación final que nunca cristalizó); se organizó una Comisión de Comisiones (Consejo Nacional de Especialidades) como órgano asesor del programa MIR; se crearon las Comisiones de Docencia en cada centro con responsabilidades en la elaboración de los planes docentes individuales y en la evaluación de los MIR correspondientes. Por otra parte, se suprimió el internado rotatorio previo y el periodo formativo se fijó en una residencia de 3-5 años (hoy 4-5 años).

En 1984 se consolida el sistema y queda como única forma legal de especialización médica en España. Se abandona la idea de evaluación final mediante un examen obligatorio generalizado; se ofrece la opción de obtención de diploma a través de un examen voluntario, punto que no terminó de cuajar. En los años 90 avanza el sistema con la creación de los puestos de tutor, jefe de estudios y perfeccionamiento de las comisiones de docencia y de los sistemas de evaluación. Las comisiones de docencia vienen a funcionar, en cada hospital y de alguna forma, como departamentos de metodología en educación médica (1-3). El final del siglo contempla también la incorporación al sistema de residencia de la especialización en otros licenciados universitarios como farmacéuticos, biólogos, psicólogos, físicos y químicos, con lo que se consolida el término amplio de formación sanitaria especializada (FSE).

2. Situación actual de la FSE.

La Ley 44/2003 o Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) viene a señalar que toda la estructura sanitaria ha de estar en condiciones de ser utilizada para la formación pregraduada y posgraduada de todos los grados y profesiones relacionadas con las ciencias de la salud. Nuevas normas de 2006 refuerzan la FSE, incluyen la especialización en el grado de enfermería y regulan los aspectos laborales

de los especialistas en formación (derecho a una educación remunerada, obligación de trabajo con autonomía progresiva). Por último, en 2008 se potencian las estructuras docentes hospitalarias o de las áreas de salud con un Decreto que perfila las comisiones de docencia, el puesto de jefe de estudios, la figura de los tutores y los procesos de evaluación. Además, se crean unidades docentes multidisciplinarias como las que afectan a obstetras y matronas, y las de psiquiatras, psicólogos y enfermería de salud mental.

Por falta de acuerdo y de recursos se han malogrado aspectos que podían haber supuesto una clara mejora del sistema. Nos referimos a la formación troncal previa en muchas de las especialidades (lo que de alguna forma era una vuelta al antiguo internado), los procedimientos de reespecialización o cambio de especialidad (sin tener que desarrollar otra residencia por completo), la implementación de la llamadas ACE o áreas de capacitación específica para atender al fenómeno imparable de la superespecialización (que ya ocurre de forma masiva en la mayoría de los servicios médicos hospitalarios) y la optimización en la forma de ingreso, con exámenes de valoración de competencias más que de conocimientos, y en los procedimientos de evaluación de los residentes (4, 5).

Por otra parte, el Decreto de 2008 establecía que cada Comunidad Autónoma (CCAA) llevaría a cabo un marco normativo complementario y específico, particularmente en lo concerniente a la Comisión de Docencia y a las figuras del Jefe de Estudios y tutores. Este marco no ha sido desarrollado todavía por la mayoría de la Comunidades.

Recientemente ha habido un creciente descontento tanto entre los médicos residentes como entre los especialistas sobre todo junior debido tanto al endurecimiento de las condiciones laborales como a la precarización del empleo derivada de la Gran Recesión de 2008 y, por qué no decirlo, a una torpe política de recursos humanos por parte de los sistemas de salud españoles. Lo anterior ha propiciado que una gran parte de los especialistas ya formados haya emigrado a otros países europeos. En el año 2020 se suma el efecto de la pandemia COVID19 que motiva al gobierno -ante la penuria de médicos especialistas (sobre todo en atención primaria, medicina intensiva, medicina interna, neumología, microbiología, etc.) - a emitir el Decreto 29/2020 (6) que permite contratar como especialistas a egresados sin MIR y a titulados extracomunitarios. Dicho Decreto se ha llevado a cabo sin negociación con los colectivos afectados o interesados y presumimos que puede tener consecuencias indeseadas en la calidad del sistema MIR.

Por otra parte, en la actualidad el sistema MIR no permite absorber o formar la gran bolsa de médicos egresados que salen de las diversas facultades de medicina del país. Así, para las aproximadamente 7.500 plazas anuales que se ofrecen, vienen a presentarse unos 15.000 médicos, por lo que la mitad queda fuera. Sería conveniente incrementar el número de plazas MIR en los próximos años (hay necesidades en relación con el envejecimiento médico) y mejorar el atractivo profesional del médico especialista en España.

3. Comisiones de Docencia como Departamentos Metodológicos. Órganos docentes.

3.1. Unidad Docente

En cada centro hospitalario o área de salud existen una serie de Órganos Docentes unipersonales o colegiados (Tabla 3). En la base se encuentran los Servicios

Médicos (o de otras profesiones sanitarias), que constituyen la *Unidad Docente* y cuyos miembros, los facultativos, actuando como Colaboradores Docentes, enseñan y supervisan la actividad asistencial diaria (hacer haciendo) de la especialidad correspondiente. El Jefe de Servicio o Coordinador responsable asistencial actúa como Jefe de la Unidad.

Tabla 3. Órganos docentes

<i>Unipersonales</i>	<i>Colegiados</i>
Colaboradores Docentes	Servicio Clínico o Centro de Salud
Jefe de Unidad	
Tutores	Comisión de Docencia
Jefe de Estudios	
	Comités de Evaluación

Son funciones de la Unidad Docente elaborar el plan de formación de la Unidad, constituido por la GIFT (Guía Itinerario Formativo Tipo que sigue el Programa Oficial de la Especialidad), y el plan individualizado de cada residente. Los Jefes de Unidad han de mantener reuniones con los tutores para integrar la formación de manera supervisada en la actividad asistencial e investigadora del servicio y asegurar el cumplimiento de los planes individuales. Además, deben elaborar un manual de organización y funcionamiento del servicio, implementar acciones de mejora con arreglo a encuestas y confeccionar la Memoria Anual de la Unidad en la que, entre otros aspectos, queden reflejadas las actividades científicas y de investigación de los residentes.

3.2. Comisión de Docencia

Está formada por el Jefe de Estudios, los tutores y los representantes de los residentes. Organiza, supervisa y controla la formación con especial interés en el cumplimiento de objetivos de los planes individuales. Vela por la integración satisfactoria de los planes formativos en la actividad asistencial del Centro, tarea en la que la implicación de la Dirección es fundamental. En grandes Centros, es común que existan añadidos técnicos docentes (con perfil de educador médico) que puede pertenecer a grados distintos de Ciencias de la Salud.

Son funciones de esta Comisión aprobar las Guías de Itinerarios Formativos Tipo o GIFT (a propuesta de los tutores), comprobar la existencia de los planes individuales, garantizar la formación en competencias transversales (el Plan Transversal Complementario del Residente o PTCR), elaborar protocolos de supervisión en áreas particularmente críticas, publicar las evaluaciones anuales de los residentes, llevar a cabo encuestas de satisfacción de los residentes y estimular la formación específica en metodología docente de los tutores.

3.3. Jefe de Estudios

Es el presidente de la Comisión de Docencia y dirige todas las actividades señaladas anteriormente. Además informa a la Dirección de los indicadores de seguimiento de la FSE, informa y tramita sobre quejas y reclamaciones de los residentes, elabora ciclos de mejora, tramita o resuelve desacuerdos con las calificaciones de la evaluaciones anuales y final, elabora la Memoria Anual Docente y propone a la Dirección un Plan de Gestión de la Calidad Docente, que debe estar en comunión con el Contrato Programa o Acuerdos de Gestión del Centro, con objetivos

concretos (Tabla 4). El Jefe de Estudios es nombrado por la Dirección y en estos momentos, respecto a su selección, perfil y evaluación, no existen criterios definidos. Defendemos que lo anterior debe subsanarse y que la figura ha ir unida a una formación acreditada en metodología en educación médica y ha de dotarse de mayor autoridad e inclusión en los Órganos de Dirección.

Tabla 4. Objetivos de los Planes de Gestión de la Calidad Docente

• Adaptar las GIFT e individualizar los PIF
• Garantizar la formación en el PTCR
• Evaluar la satisfacción de los residentes y realizar ciclos de mejora
• Fomentar la participación de los residentes en las comisiones clínicas
• Garantizar las evaluaciones (formativa, de rotaciones, anual y final)
• Estimular la participación activa en reuniones científicas
• Profesionalizar la figura de los tutores
• Propiciar la realización de auditorías internas y ciclos de mejora generales
• Elevar el nivel de atracción docente del centro
• La propia difusión del Plan de Gestión de la Calidad Docente
<i>GIFT: Guía Itinerario Formativo Tipo; PIF: Plan Individual de Formación; PTCR: Plan Transversal Complementario del Residente</i>

3.4. Tutor de residentes

Es la figura fundamental. Gestiona el plan formativo. Así, propone el itinerario formativo tipo y el plan individual de cada residente, mantiene las entrevistas periódicas con los profesionales que intervienen en la formación, realiza las entrevistas estructuradas trimestrales con los residentes a su cargo, supervisa el Libro del Residente, lleva a cabo las evaluaciones formativas y elabora los informes anuales de progreso (informes de evaluación formativa, de rotaciones internas, de rotaciones externas). Debe formarse en metodología de la docencia, de la investigación y de gestión de calidad.

El nombramiento de los tutores es llevado a cabo por parte de la Dirección del hospital a propuesta de la Comisión de Docencia previo informe del jefe de servicio, entre los especialistas de la unidad. Su número es 1 por cada 5 residentes. Pocas CCAA tienen desarrollado el nivel de acreditación y reconocimiento de esta importante figura. El Ministerio de Sanidad planteó un borrador de Diploma de Acreditación del tutor que no ha visto la luz.

3.5. Comité de Evaluación

Ha de haber al menos uno por cada especialidad. Realizan las evaluaciones anuales y finales, dejando constancia en actas. Para tal fin se utilizan los instrumentos de evaluación formativa (entrevistas documentadas, informes), informes de rotaciones y el libro del residente. En el futuro es posible que lleguen a implementarse pruebas tipo ECOE, o valoraciones individuales como la aplicación de escalas como la de Zwisch para competencias técnicas o la NOTSS (Non-Technical Skills for Surgeons) y similares para competencias no técnicas (7, 8). Toda la documentación acreditativa de

las evaluaciones ha de quedar en el expediente del residente. El Comité informa de los resultados a residentes, Jefes de Unidad y Comisión de Docencia.

3.6. Libro del residente

Es el soporte obligatorio de registro de las actividades evaluables durante todo el periodo. Es propiedad del residente. De este libro se vale el tutor para supervisar el seguimiento del programa y la adquisición de competencias. Incluye detalles de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras y de las rotaciones (internas y externas). Es parte fundamental a la hora de las evaluaciones.

4. Reflexión final.

Disponemos en España de un sistema envidiado por muchos países. Un modelo remunerado de adquisición progresiva de competencias (aprender “haciendo”) a la par de supervisión decreciente hasta la completa autonomía. La estructura de control docente es buena, pero probablemente esté en exceso burocratizada a la vez que escasa en expertos con mayor dedicación a los procesos de educación/aprendizaje.

Existen déficit sentidos como la excesiva blandura del sistema de evaluación y la escasa formación transversal, sobre todo en los conceptos de seguridad clínica, humanización de la asistencia, técnicas de comunicación y fundamentos de gestión clínica. La transformación de las comisiones de docencia en unidades mixtas con presencia de metodólogos de educación posgraduada podría ser una buena medida. Tememos que la aplicación del Decreto 29/2020 (6) pueda tener consecuencias negativas en el sistema de formación de especialistas.

Material suplementario: No contiene

Financiación: No ha habido financiación.

Agradecimientos: A los miembros del Centro de Estudios en Educación Médica de la Universidad de Murcia (CEUEM) por sus consejos.

Declaración de conflicto of interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Referencias

1. Fernández-Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educ Med.* 2015; 16:57-67. <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.003>
2. Tutosaus-Gómez JD, Morán- Barrios J, Pérez-Iglesias F. Historia de a formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educ Med.* 2018;19:229-234. <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.023>
3. Corres-González J, Antoral-Arribas M, García-Pérez F, Julián-Jiménez A, Medina-Durán A, Ocaña-Villegas J y cols. Conclusiones del I Foro Nacional de Jefes de Estudio, técnicos docentes y responsables autonómicos de FSE y del II Congreso nacional de FSE (XIV Encuentro Nacional de tutores y jefes de Estudio). SEFSE-AREDA 2017, Madrid 28-29 de septiembre. *Educ Med.* 2019;20:184-192. <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.09.001>
4. Aguayo-Albasini JL. Actividad Docente. En: Aguiló J, Soria V, Ed. *Gestión Clínica en Cirugía. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos.* 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones, 2016. pp 162-170. <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-gestion-clinica-en-cirurgia.pdf>

5. Aguayo-Albasini JL, García-Estañ-López J. Servicios clínicos hospitalarios y formación de grado de medicina: ¿dónde estamos? FEM. 2016;19:233-236. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322016000500004
6. Real Decreto-ley 29/2020 de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. BOE 259 de 30 de Septiembre de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/09/29/29/con>
7. Sharma B, Mishra A, Aggarwal R, Grantcharov T. Non-technical skills assessment in Surgery. Surg Oncol. 2011;20:169-177. <http://doi.org/10.1016/j.suronc.2010.10.001>
8. Poudel S, Hirano S, Kurashima Y, Stefanidis D, Akiyama H, Eguchi S et al. Are graduating residents sufficiently competent? Results of a National gap analysis survey of program directors and graduating residents in Japan. Surg Today 2020; doi:10.1007/s00595-020-01981-0. <http://doi.org/10.1007/s00595-020-01981-0>



© 2020 por los autores. Enviado para su publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).