

Posicionamiento de Formación Sanitaria Especializada (FSE)

XCV JEEM, Universidad de Castilla-
La Mancha, Albacete, Octubre 2023

Secretaría General

La Asamblea General del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, máximo órgano de representación de todo el estudiantado de Medicina de España, en la sesión celebrada el 19 de octubre en las XCV Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina celebradas en la Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, adoptó el acuerdo de aprobar el siguiente posicionamiento acerca del modelo de Formación Sanitaria Especializada con una vigencia indefinida.

Sobre la Formación Sanitaria Especializada (FSE)

La Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud (de ahora en adelante **FSE**) se desarrolla, de forma oficial y reglada, por el sistema de residencia, de modo que la especialista en formación va adquiriendo las competencias profesionales propias de su especialidad en centros y unidades docentes acreditadas. A este sistema de formación se accede desde distintas titulaciones de grado en Medicina, Farmacia, Biología, Química, Física, Psicología y Enfermería, y es necesario para ejercer de profesional facultativo en nuestro Sistema Nacional de Salud.

El resto de áreas de conocimiento de la FSE y no sólo la de Medicina, influyen significativamente y conforman parte esencial del Sistema Nacional de Salud y por ello el estudiantado de Medicina reivindica la importancia y dignificación de todas las áreas.

Nuestro posicionamiento se centrará sobre FSE del área de la Medicina, aunque las reivindicaciones sobre la mejora del programa formativo pueden ser extrapolables al resto de áreas de conocimiento⁹.

Principios fundamentales del estudiantado médico con respecto a la FSE

Según la Regulación Europea, el sistema de FSE debe ser programado, de dedicación exclusiva, retribuido, evaluado e impartido en centros acreditados. Creemos que es de vital importancia que se garanticen estos aspectos en cualquier centro en el que se imparta FSE. Consideramos que la FSE tiene que ser un entorno en el que se produzca una evolución progresiva de responsabilidades. La FSE **debe tener como base formativa el profesionalismo médico**. La FSE debe plantearse como un continuo entre la formación de grado y la formación continuada.

Creemos necesario un **análisis sistemático sobre las competencias adquiridas** durante la formación de Grado para la definición del sistema de FSE, con el objetivo de adecuarlo a los cambios que este ha introducido recientemente. Dado que es el Ministerio de Universidades el encargado actual de la formación de Grado y de expedir los títulos oficiales de especialista, y el Ministerio de Sanidad, el encargado de su realización, consideramos imprescindible una **mayor coordinación** entre ambos, necesaria para avalar un **continuo formativo** que integre todas sus etapas desde el primer momento.

Reclamamos que la residente tenga una **formación holística** que contemple temas insuficientemente tratados en el grado como la igualdad efectiva de género, diversidad



sexual y cultural, bioética, cuidados paliativos, nuevas tecnologías y comunicación con la paciente. Defendemos que se fomente el perfil propio de la residente, reconociendo, además de las competencias ya recogidas en los Planes Oficiales de la Especialidad, una serie de competencias complementarias establecidas por un organismo competente. De esta manera, el total de competencias adquiridas serán reflejadas en el curriculum/portafolio de la residente.

La profesional formada en el sistema de especialización médica español ha de ser una persona capaz de cubrir los fines de la medicina de una forma holística e integral teniendo en consideración aspectos fundamentales como la esfera social y la emocional.

Sobre la estructura del sistema de Formación Sanitaria Especializada y la troncalidad

Definimos sistema troncal como una forma de estructuración del sistema de FSE basada en **dos etapas**.

- Primera etapa de formación general, en la que el conjunto de competencias nucleares y comunes a varias especialidades en ciencias de la salud, se adquieren a través de un periodo de formación especializada.
- Segunda etapa de formación más específica en la especialidad que se trate.

Asimismo, nos referimos a la Troncalidad como el proyecto desarrollado en el Real Decreto 639/2014 del 25 de julio², sobre el cual el Consejo se posiciona en su Posicionamiento de Troncalidad².

Defendemos que el sistema de FSE sea **continuo**, manifestando nuestro rechazo a un sistema troncal como el planteado en el RD 639/2014 del 25 de julio. En caso de que se lleve a cabo una alteración del modelo de FSE, demandamos que el estudiante colabore activamente en la formación del mismo.

Sobre la Atención Primaria en el Sistema de FSE

El SNS sigue concentrando la mayor parte de sus esfuerzos en los procesos agudos de la enfermedad y una excesiva compartimentalización.

Reclamamos que tanto SNS en general, como el sistema de FSE, sea un modelo encaminado a afrontar la atención y el cuidado de la salud de la población reconociendo como **parte fundamental** a la Atención Primaria. Defendemos que todas las residentes deben desarrollar competencias en AP, y en concreto, aquellos cuyas responsabilidades estén relacionadas con la AP, deben desarrollar las competencias rotando en el ámbito ambulatorio.

Todas las residentes deberían adquirir competencias de Atención Primaria, como gestión, el conocimiento, el funcionamiento interno y las limitaciones de la Atención Primaria.



Sobre la elección de plazas de Formación Sanitaria Especializada

La elección ha de ser **única y al inicio del periodo formativo general**. Dicha elección es necesaria para poder optar a la especialidad deseada desde el primer momento, siendo este uno de los motivos principales de preocupación por parte del estudiantado.

En caso de darse un sistema troncal, la elección de periodos de especialidad debería elegirse en un único momento al inicio del periodo formativo general.

Sobre las competencias y objetivos transversales

Desde el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina consideramos esencial la aplicación de un **sistema de formación basado en Competencias** y temporalidad que estén debidamente publicadas, dado que favorece claramente el aprendizaje personalizado y holístico del residente, su desarrollo personal, la mejora en general del SNS y la seguridad del paciente.

Defendemos la **adecuación de los programas e itinerarios formativos** a un modelo de formación homogéneo, respetando las características diferenciales de las especialidades, basándose en competencias y temporalidad.

Solicitamos la **adaptación de las normativas** para que los periodos de FSE sean reconocidos a nivel **europeo**. Consideramos que se debe mantener como mínimo exigible la temporalidad actual de las rotaciones externas durante el periodo de FSE. Además, defendemos que el tiempo máximo de las rotaciones externas no debe estar limitado, sino que se corresponda con cada uno de los hospitales.

Sobre la participación y representación del estudiantado

El estudiantado médico, en tanto que necesita del sistema de FSE coordinado por el Ministerio de Sanidad para el ejercicio dentro del Sistema Nacional de Salud, quiere ser un **agente activo** en la actualización de los modelos de FSE. Consideramos que los cambios profundos en la propuesta del modelo de FSE y la creación de nuevas especialidades **tienen que contar con el aval y consenso de la profesión médica**, organizada en el Foro de la Profesión Médica Española (FPME), y por ende, del estudiantado de Medicina.

Sobre nuevas especialidades y nuevas áreas de superespecialización

Desde el CEEM defendemos que la creación de nuevas especialidades médicas responda a las demandas y necesidades sociosanitarias y demográficas de la actualidad, con el fin de blindar una atención médica de calidad y ajustada al individuo y a los colectivos.

La **creación de nuevas especialidades médicas** debe surgir de la propuesta de la profesión médica, mediante poder de asesoramiento y decisión, concretamente de las Sociedades Científicas a través del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, dado



que representa a la totalidad de las especialidades médicas y conoce las necesidades de las mismas.

Desde el CEEM defendemos la creación de nuevas especialidades médicas como:

- Medicina de Urgencias y Emergencias.
- Enfermedades Infecciosas.
- Genética Clínica.
- Cuidados Paliativos.

Las Áreas de Capacitación Específica (ACEs) son programas formativos de alta especialización a los que se acceden desde la FSE. Actualmente están en Proyecto de Real Decreto y se contemplan como vía de acceso desde una o varias especialidades.

Desde el CEEM defendemos:

- Que la **creación de nuevas Áreas de Capacitación Específica (ACEs)** responda a las necesidades de la formación más amplias de los profesionales médicos, permitiendo también su realización en países comunitarios atendiendo a los criterios de homologación de títulos de especialistas de la Unión Europea. El Ministerio debe ostentar y mantener las competencias de ratificar las nuevas ACEs.
- Que el **acceso** a las Áreas de Capacitación Específica debe ser posterior a la finalización y obtención de la FSE.
- Que el Ministerio de Sanidad debe ser el encargado de **elaborar y gestionar los programas** de FSE y las ACEs.
- Consideramos que los informes preceptivos del **Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las Comisiones Nacionales de Especialidades** afectadas, tanto en lo que se refiere al programa común como a los procesos de creación de ACE y de nuevas especialidades, deben ser prioritarios, tempranos y siempre tenidos en cuenta en la práctica como si fueran vinculantes. Consideramos, por tanto, que las sociedades científico-médicas con título de especialidad reconocida deben tener una participación activa en el proceso de elaboración de la formación común, ya que estas competencias forman parte del perfil profesional.
- Consideramos que **Medicina Estética y Medicina del Deporte** deben ser reconocidas y acreditadas oficialmente por el Sistema Nacional de Salud como un Área de Capacitación Específica.

Instamos a las autoridades competentes a que definan los siguientes aspectos relativos a la implantación de las ACEs:



- Criterios de acceso.
 - Número de ACEs y criterios de creación de las mismas.
 - Posibilidad de hacer la ACE en un hospital diferente al que se ha realizado la Residencia y cómo se regularía esto.
 - Posibilidad de realizar un rotatorio externo fuera de España.
 - Número de tutores y perfil de los mismos dedicados a la docencia de la ACE.
 - Valoración de la actividad docente de los residentes.

ACE de Medicina de Urgencias y Emergencias para médicas de familia e internistas

Para adaptar la situación de las médicas de MFYC y Medicina Interna, que ya ejercen en Urgencias, se deberá tener en cuenta el tiempo que han ejercido en dicha área:

- **En caso de ser superior a un período mínimo**, no se necesitaría especialización a mayores.
- **En caso de no cumplir con este periodo mínimo**, creemos necesario una subespecialización.

Sobre la temporalidad y duración de la Formación Sanitaria Especializada

Con respecto a la duración de los períodos formativos, exigimos que queden siempre definidos, independientemente del sistema de formación, previamente a la aplicación del programa que corresponda.

Estos períodos de formación deberán responder a las necesidades reales de formación de los residentes, sin tener necesariamente que homogeneizarse con programas europeos de más larga duración. Siempre cumpliendo los requisitos mínimos para el reconocimiento de la especialización a nivel europeo.

Sobre la reespecialización y las rotaciones externas

Defendemos la necesidad de garantizar que las plazas de reespecialización se oferten en una convocatoria a nivel estatal, especificando los criterios de acceso.

Defendemos que las competencias que se han adquirido durante la residencia sean convalidadas en la reespecialización en segunda especialidad.

Defendemos la existencia de un número máximo de plazas de reespecialización, con el fin de facilitar el acceso al MIR a los estudiantes que eligen plaza por primera vez ⁸.

Sobre la metodología docente, las tutoras y la evaluación en la residencia

A. Sobre los tutores

Creemos en la figura de los Tutores de residentes y reconocemos la valía de ellos, por lo que reivindicamos que se destinen los recursos necesarios para garantizar la calidad de su labor y la evaluación de la misma.

Consideramos que es necesaria la profesionalización de la docencia, requiriéndose formación específica y homogénea en el estado.

Defendemos que durante la residencia se tenga un tutor principal; o un tutor en período troncal y otro en el período específico según la especialidad escogida en el caso de tener un sistema troncal; además, se tendrá un tutor referente de cada especialidad durante las rotaciones. Dichos tutores han de tener el número de residentes idóneo para una buena tutorización, manteniendo siempre el mínimo número posible con un máximo de 5 a su cargo.

B. Sobre la evaluación

La evaluación debería realizarse por el tutor que esté supervisando el residente en ese momento de manera que, tanto tutor específico como principal, participen en la misma.

Consideramos que la evaluación del residente ha de concebirse como algo global y continuo, en clave formativa, entendido de tal modo que la misma evaluación permita adquirir o asegurar conocimientos, cuya finalidad sea incentivar y fomentar su progresión durante el proceso de residencia.

Defendemos el establecimiento de criterios homogéneos de evaluación de residentes para todas las Unidades Docentes, teniendo en cuenta las particularidades de cada una de ellas y estableciendo unos estándares de calidad en base a especialidad. Para evitar agravios comparativos y formativos entre distintos residentes.

Apostamos por métodos de evaluación dirigidos al desempeño práctico cotidiano, con especial participación del tutor docente, además de la utilización de herramientas diversas que garanticen una retroalimentación directa y continua con los tutores y con el resto de personal sanitario, como miniCEX, 360º, DOPS, CDB, portafolios, entre otros métodos respaldados por la evidencia científica.

Defendemos que en la evaluación de la residencia solo debe existir el NO APTO si es recuperable. Por último, consideramos de vital importancia el tener criterios definidos para la demostración de la no aptitud en el sistema de residencia, así como para los procesos existentes de recuperación.

Solicitamos que se realice un estudio con los datos anuales finales de “no aptos” que permita conocer la distribución de las personas declaradas como no aptas. Con esto se



podrían detectar desajustes en la igualdad de la evaluación de los residentes y así, poder actuar en aquellas unidades docentes donde la formación de alguna especialidad presente carencias ³.

C. Sobre las condiciones laborales

Abogamos por la reversión de las condiciones de precariedad laboral que actualmente sufren los residentes, apostando por una mayor inversión en el sistema de FSE y por el establecimiento de políticas dignas de formación y empleo.

El modelo de desempeño de la actividad profesional de residente no debe suponer un detrimento en la salud de los mismos ni de la calidad asistencial.

Defendemos la necesidad de encontrar un sistema que garantice con efectividad la seguridad en la atención y la calidad asistencial, regulando de forma efectiva los turnos y guardias que realizan los profesionales sanitarios durante su residencia, así como garantizar el cumplimiento de los derechos de los residentes ⁵.

Sobre los salarios

En caso de que se produjera un cambio de sistema de formación especializada (como el especificado en el apartado anterior) se debería adaptar para que no se produjera una disminución de los salarios o alteraciones en las horas totales trabajadas.

Solicitamos al Ministerio de Sanidad así como a las Consejerías de Sanidad de todo el territorio Español, que se acuerde en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la adecuación de los salarios de los residentes de todo el país, teniendo en cuenta las condiciones de vida de cada Comunidad Autónoma; así como el aumento salarial proporcional según se avance en la formación especializada.

Sobre las guardias

Consideramos que el número de horas de una guardia médica debe ser de 12 horas. Además creemos que el número de guardias médicas debe limitarse y regularse dado el elevado desgaste físico y mental que suponen. Así pues, calificamos como excesivos los siete días que establece como máximo la normativa actual (Real Decreto 1146/2006), y **exigimos que se reduzca** con el fin ya no solo de mejorar las condiciones laborales de los médicos residentes, sino también la calidad asistencial de las pacientes.

Sobre las bajas laborales

Que existan protocolos que favorezcan la reincorporación a la actividad asistencial y formativa de los residentes.

Sobre el papel del residente como docente

Siendo las aptitudes docentes uno de los tres pilares de la formación durante la FSE,



pedimos la existencia de mecanismos que faciliten la adquisición de dichas habilidades.

Consideramos que podría ser de interés regularizar, a nivel nacional, las competencias docentes que puede asumir un residente y la remuneración (o compensación) que pueda recibir por ello, para evitar abusos sobre este tipo de personal.

Instamos a la adquisición de competencias docentes durante la residencia, regulación de la docencia impartida por residentes y evaluación de la calidad de la misma, siendo la labor docente promovida y facilitada pero nunca obligatoria.

Ponemos en valor la labor docente que ejercen los profesionales residentes y demandamos su reconocimiento y retribución en el contexto de su carrera profesional, así como su puntaje en concursos públicos y procesos de promoción interna.

En cualquier caso, debería permitirse que accedan a la docencia en prácticas y en clases teóricas, y que se les forme para ello en etapa de residencia. Pedimos que se facilite la docencia universitaria de los residentes, sin llegar a ser un requerimiento indispensable para el desarrollo de su formación como especialistas ⁶.

Sobre la evaluación de aptitudes docentes

Que el reconocimiento de la labor docente del residente se realice con los métodos de evaluación adecuados, asegurando un correcto desempeño profesional en esta área.

Que la evaluación no se realice con métodos puntuales y que se tengan en cuenta la acreditación externa sobre dichas aptitudes.

Sobre la financiación del sistema de FSE

Solicitamos que la financiación del sistema de residencia esté basado en una Memoria de Impacto Normativo, tras un acuerdo con las CCAA en el Consejo Interterritorial de Sanidad. Además pedimos que se garantice la financiación suficiente para que se pueda llevar a cabo una formación de calidad ⁴.

Sobre la representación del colectivo de residentes

Defendemos la protección y promoción de la participación y representación de residentes durante su etapa formativa, especialmente en las Comisiones de Docencia y Comisiones Nacionales de Especialidad, siendo esta reconocida y apoyada por las instituciones.

Sobre el papel de la Investigación en la FSE

Siguiendo en la línea de respetar el perfil propio de cada residente, defendemos que se puedan incluir competencias relacionadas con la investigación, pudiéndose optar así a invertir una parte de su tiempo durante la especialización en esta tarea.



Solicitamos que se promueva la asistencia a los congresos de los residentes, que se facilite e incentive la realización de investigación en la FSE, y que se permita la promoción sin que haya un mínimo exigido de congresos o publicaciones ⁴.

Sobre el ejercicio de médicas sin especialidad

Las estudiantes de medicina consideran que solo deberían ejercer de especialista aquellas facultativas con la especialidad correspondiente vía MIR o mediante homologación

CEEM
Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina



Referencias

1. 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. (Disposición anulada por sentencia 2569/2016 del TS) <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/07/25/639>
2. Posicionamiento sobre Troncalidad del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, aprobado en las LXXIX Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina celebradas en la Universidad de Navarra (octubre 2016).
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
4. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183/con>
5. Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. <https://www.boe.es/eli/es/o/2017/01/19/ssi81>
6. AMEE Guide 106: Residents as teachers: Near peer learning in clinical work settings (Subha Ramani, Karen Mann, David Taylor & Harish Thampy)
7. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/la-reduccion-de-guardias-mir-a-cuatro-al-mes-se-lleva-el-no-del-gobierno-3833>
8. <https://elmedicointeractivo.com/esperamos-crear-las-minimas-areas-capacitacion-especifica-posibles/>
9. <https://secardiologia.es/multimedia/directos-online/ciclos/cardioonair-2022/13147-especialidades-y-subespecialidades-en-medicina>

