



---

**Universidad de Valladolid**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL**

**DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA**

## **TESIS DOCTORAL**

# **LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN CASTILLA Y LEÓN: DINÁMICA DE SISTEMAS**

**Autora:** M<sup>a</sup> Nieves González Natal

**Directora:** M<sup>a</sup> Jesús Pérez Curiel

**Codirector:** J. Javier Castrodeza Sanz



A Diego, Inés y Goyo



## **Agradecimientos**

A los Directores de este proyecto. A Doña M<sup>a</sup> Jesús Pérez Curiel, por aceptar la realización de esta Tesis bajo sus dirección, por animarme, aconsejar y guiarme en esta experiencia. A Don J. Javier Castrodeza Sanz, por enseñarme, tutorizarme y apoyarme en todo momento.

Deseo expresar una mención especial a Don Placido López Encinar, profesor, tutor, compañero que siempre ha sabido ver el lado positivo de las circunstancias.

A la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud, de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, por su colaboración.

A mis amigos y mi familia por la paciencia y comprensión que han tenido.





---

# Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

## LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN CASTILLA Y LEÓN: DINÁMICA DE SISTEMAS

M<sup>a</sup> Nieves González Natal

### RESUMEN

La profesión médica se inicia en la facultad y se continúa en las instituciones sanitarias. La formación sanitaria especializada por el sistema de residencia supone un autoaprendizaje tutelado con aumento progresivo de la responsabilidad para obtener unas competencias adecuadas a la especialidad con título oficial.

La investigación que a continuación se desarrolla consta de cinco apartados: estudio del marco normativo, exposición metodología y contenidos de la formación que recibe el residente, descripción de las características sociodemográficas y preferencias de los residentes de Castilla y León (periodo de 2001 a 2012), prospección de los de residentes

que finalizan la especialidad y análisis de la relación laboral y sus incidencias.

El **estudio normativo nacional** analiza las características de las Unidades Docentes, de los tutores, los programas oficiales de las 39 especialidades objeto de estudio, la Comisión de Docencia como órgano colegiado, el sistema de evaluación, la oferta de plazas para el periodo de 2001 a 2012, los requisitos de acceso, los deberes y obligaciones de los médicos internos residentes. Con el fin de ayudar a la visualización del estudio se han elaborado mapas conceptuales para facilitar su lectura y comprensión.

En el **estudio normativo autonómico** se desarrollan y complementan la composición y funciones de los órganos docentes: las Comisiones de Docencia, las funciones de los Jefe de Estudio, las funciones del tutor y de otras figuras docentes, el procedimiento de Rotaciones Externas, la evaluación y control de la calidad docente, el plan formativo transversal común y el procedimiento de acreditación y reacreditación.

La **exposición pedagógica** de la formación recoge los principios de aprendizaje (contextual, constructivista, colaborativo y autodirigido), los procesos de aprendizaje basado en el desempeño, aprendizaje activo y lo que se persigue conseguir con el aprendizaje (habilidades, actitudes, conocimientos). Del comparativo de los 39 programas docentes se desprende un 25,64% de ellos definen los objetivos de las rotaciones previstas. Las actitudes genéricas hacen referencia al aprendizaje, responsabilidad, mente crítica, relación con pacientes y equipo, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, gestión clínica y bioética. El contenido común más destacable es la Investigación (84,62%). La actividad formativa más recomendada es la Sesión Clínica. Los niveles de responsabilidad se definen en el 56,41% de los programas estudiados. Con respecto al contexto formativo de Castilla y León se articulan 11 Unidades

Docentes adscritas a gerencias de Atención Primaria y 11 centros hospitalarios acreditados pertenecientes a gerencias de Atención Especializada. La oferta de plazas de Castilla y León nos coloca en el quinto lugar de 2001 a 2012. Se adapta para tutores el decálogo de las buenas prácticas de Zabalza M. A. Se definen las responsabilidades legales de los tutores según el Código Civil.

Las **características de los residentes** se obtienen del aplicativo informático SIREF<sup>®</sup> (sistema informático de registro de especialistas en formación) para el periodo de 2001 a 2012. Consta de 4470 registros con 45 variables. En el análisis de resultados destaca la feminización en la medicina, el aumento de la edad media en tres colectivos: los hombres, los extranjeros y los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. El aumento de residentes de América latina desde 2005. Dentro de la evaluación anual de especialidades quirúrgicas y servicios centrales tienen una menor proporción de Excelentes. Entre las diez especialidades elegidas con las puntuaciones más altas están Neurología, Cardiología, Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología, Pediatría y sus Áreas específicas y Cirugía Plástica Estética y Reparadora. Los centros hospitalarios más cotizados son el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el Hospital Universitario Río Hortega y el Complejo Asistencial Universitario de León. Se analizan los factores que definen la elección de plazas descritos en la literatura.

La **prospección de las poblaciones** de residentes se elabora con el programa VensimPLE<sup>®</sup>. El mecanismo para obtenerlo es la Dinámica de Sistemas del modelo formativo. Esta se articula en tres fases (conceptualización, formulación y simulación). Para la conceptualización del modelo formativo se elabora un diagrama de Forrester los factores que interactúan. La formulación es una traducción matemática. Y prospección se elabora con la simulación para los años 2013-2015. Las pérdidas

estimaciones son elevadas en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (16%-19%).

En la **relación laboral** se plantean las incidencias profesionales que acontecen en el mundo del trabajo y se hace una revisión de la jurisprudencia de las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León y el Tribunal Supremo con ayuda del WESTLAW®. La incidencia más relevante es la de la renuncia voluntaria de la plaza, porque no está prevista en la normativa. Además es posible observar en la jurisprudencia regional la rescisión de contrato por evaluación anual negativa y en la nacional la actuación no autorizada por el tutor.



---

# Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN  
CASTILLA Y LEÓN: DINÁMICA DE SISTEMAS

M<sup>a</sup> Nieves González Natal

## ABSTRACT

The medical profession starts in university and continues in health institutions. The medical training system is based on self-learning with a gradual increase of responsibility to adequate competences to obtain an official title.

The research has five sections: normative study, training resident methodology, socio-demographic characteristics and preferences of Castilla y León residents (period 2001-2012), prospection for trained residents and analysis of labor relationship.

The **national normative** analyzes characteristics of training units, trainees, 39 specialties official programs, the Teaching Commission as a qualified body, evaluation system, offer places for 2001 to 2012, access requirements, duties and obligations of resident physicians. For order to help visualize the study concept maps have been developed to facilitate reading and understanding.

The **regional normative** develops and complements composition and functions of teaching structure: Teaching Commissions, functions of Studies Director, functions of trainer and other teaching personal, External Rotations procedure, evaluation and teaching quality control, the common cross-training plan and accreditation and reaccreditation procedure.

The **pedagogical exposure** includes learning principles (contextual, constructivist, collaborative and self-directed) learning processes based on performance, active learning. Objectives of learning are skills, attitudes and knowledge. Goals of rotations are indicated by 25,64% of the studied programs. The subjects of the generic attitudes are responsibility, critical mind regarding patients and equipment, disease prevention and health promotion, clinical management and bioethics. The Research (84,62%) is the most subject of the common cross-training matter. The most recommended educational activity is the Clinic sessions. The responsibility levels are defined in 56,41% of studied programs. The Castilla y Leon teaching structure is 11 Primary Care units and 11 hospitals. Castilla y Leon ranks fifth place offering training places during 2001-2012. There is an adaptation of Zabala's good practices Decalogue. There is a description of legal responsibilities of trainers with Civil Code.

The resident **characteristics** are obtained from SIREF<sup>®</sup> computer application (registration computer system training specialists) for the period 2001-2012. There has got 4470 registers with 45 variables. In the

analysis of results the high level of feminization in medicine, increasing the average age into three groups: men, foreigners and Family and Community Medicine residents. The Latin American residents are increasing since 2005. The Surgical and Central Service specialty annual results have lower proportion of Excellent. The preference specialties are Neurology, Cardiology, Dermatology and Venereology Medical-Surgical, Pediatric, Plastic surgery. The preference hospitals are Salamanca Hospital, Clinic University Valladolid Hospital, Rio Hortega University Hospital and León Hospital. There is a literature factor choice description.

The resident population prospecting is made with VensimPLE<sup>®</sup> program. The mechanism to obtain it is the system dynamics model training. This is divided into three phases (conceptualization, formulation and simulation). The training model conceptualization has the interacting factors. The formulation is a mathematical translation. And prospecting simulation is made for the years 2013 to 2015. The loss estimates are high in the specialty of Family and Community Medicine (16% -19%).

There is a **professional relations** jurisprudence of the Court of Justice of Castilla y León and the Supreme Court with WESTLAW<sup>®</sup> program. The voluntary giving up of the place has got the most relevant incidence because of it is not provided in the regulations. The most important matter about regional law is the end of the contract due to negative annual evaluation. And about national law is the unauthorized action for the tutor.



# **ÍNDICE DE DOCUMENTOS**



## Índice de documentos

<b>1</b>	<b>Introducción</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>27</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>Marco legislativo de regulación de Formación Especializada de Médicos en Castilla y León</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>Evolución Histórica</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Normativa nacional</b>	<b>33</b>
3.2.1	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.	34
3.2.2	Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias	37
3.2.3	Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.	58
3.2.4	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	73
3.2.5	Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las Comisiones de Docencia, a la figura del Jefe de Estudios de Formación Especializada y al nombramiento del tutor	101
3.2.6	Las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada y sus modificaciones posteriores	106
3.2.7	Convocatorias a las pruebas de acceso a la Formación Sanitaria Especializada para médicos: requisitos y ejercicio.	108
3.2.8	Oferta de plazas a través de las convocatorias a las pruebas de acceso a la Formación Sanitaria Especializada para médicos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud	113
3.2.9	Publicaciones de los programas de las especialidades para médicos por sistema de residencia.	116
<b>3.3</b>	<b>Normativa autonómica</b>	<b>117</b>
3.3.1	Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema Sanitario de Castilla León	117
3.3.2	Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León	117
3.3.3	Orden SAN/561/2010, de 31 de marzo, por la que se regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León	142
3.3.4	Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo, por la que se regula la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León	145

3.3.5 Orden SAN/914/2010, de 17 de junio por la que se regula el Plan Formativo Transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León	147
3.3.6 Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León	148
<b>4 Marco teórico de la Formación Especializada de Médicos en Castilla y León</b>	<b>150</b>
4.1 Principios del aprendizaje y la formación	151
4.2 Los resultados del aprendizaje de la formación sanitaria especializada	155
4.3 Los procesos del aprendizaje de la formación sanitaria especializada	162
4.3.1 Características de un aprendizaje eficaz y satisfactorio	169
4.3.2 Formas de aprendizaje: metodología docente	176
4.3.3 Programas de las especialidades médicas	194
4.3.4 Evaluación del aprendizaje	225
4.4 Contexto dónde se realiza la formación	232
4.4.1 La Ordenación del Salud de Castilla y León	232
4.4.2 Centros Acreditados para la Formación Sanitaria Especializada	236
4.4.3 Oferta de plazas para la Médicos Internos Residentes en Castilla y León entre los años 2001 y 2012	240
4.4.4 Tutores de médicos internos residentes: características	244
4.4.5 Responsabilidades legales de los tutores	250
<b>5 Material y Métodos</b>	<b>252</b>
5.1 Materiales	252
5.1.1 Material para el análisis de variables	252
5.1.2 Material para la dinámica de sistemas	260
5.1.3 Material para el estudio legislativo y de jurisprudencia de la relación laboral especial	260
5.2 Métodos	260
5.2.1 Análisis de las variables registradas	260
5.2.2 Dinámica de sistemas con prospección	263
5.2.3 Análisis legislativo y de jurisprudencia de la relación laboral especial	263
<b>6 Resultados</b>	<b>264</b>
6.1 Análisis de las variables registradas	264
6.1.1 Características sociodemográficas de los MIRCyL	264
6.1.2 MIRCyL registrados durante los años 2001 a 2012	277
6.1.3 Descripción de la situación actual de los MIRCyL, y evaluación anual. Años 2001-2012	281
6.1.4 Descripción y evolución en las preferencias de los MIRCyL al elegir especialidades de Formación Sanitaria Especializada. Años 2001 a 2012	287
6.2 Dinámica de sistemas con prospección	309
6.2.1 Conceptualización del modelo del sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León	310
6.2.2 Formulación del modelo del Sistema de la Formación Sanitaria especializada para médicos internos residentes en el ámbito de Castilla y León	314
6.2.3 Prospección del modelo del sistema de la Formación especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León	319

<b>6.3</b>	<b>Análisis legislativo y de jurisprudencia de la relación laboral especial</b>	<b>321</b>
6.3.1	Trayectoria de la relación laboral especial: incidencias	321
6.3.2	Jurisprudencia de la relación laboral especial de los médicos internos residentes	324
<b>7</b>	<b>Discusión</b>	<b>334</b>
<b>7.1</b>	<b>Discusión de la exposición pedagógica</b>	<b>334</b>
<b>7.2</b>	<b>Discusión de las variables analizadas.</b>	<b>337</b>
7.2.1	Características sociodemográficas de los MIRCyL	338
7.2.2	MIRCyL registrados durante los años 2001 a 2012.	340
7.2.3	Situación de los MIRCyL y su evaluación	340
7.2.4	Preferencias de los MIRCyL	342
<b>7.3</b>	<b>Discusión de la dinámica de sistemas con prospección</b>	<b>353</b>
<b>7.4</b>	<b>Discusión del análisis legislativo y jurisprudencia de la relación laboral especial</b>	<b>356</b>
7.4.1	Trayectoria de la relación laboral especial: soluciones	356
7.4.2	Discusión de los resultados de búsquedas de sentencias	358
<b>8</b>	<b>Conclusiones, limitaciones, fortalezas y propuestas de futuro</b>	<b>364</b>
<b>8.1</b>	<b>Conclusiones del estudio</b>	<b>364</b>
<b>8.2</b>	<b>Limitaciones y fortalezas del estudio</b>	<b>365</b>
<b>8.3</b>	<b>Propuestas de futuro</b>	<b>367</b>
<b>9</b>	<b>Glosario</b>	<b>368</b>
<b>10</b>	<b>Anexos</b>	<b>371</b>
10.1	Anexo I orden de elección de plazas	371
10.2	Anexo II evolución de la cotización por especialidad y año	372
<b>11</b>	<b>Índice de ilustraciones</b>	<b>385</b>
<b>12</b>	<b>Índice de tablas</b>	<b>393</b>
<b>13</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>395</b>



# 1 Introducción

La **formación de los médicos internos residentes** es la formación que se adquiere después de concluir los estudios universitarios, según figura en la Directiva 2005/36/CE, del 7 de septiembre de 2005<sup>1</sup>. Los objetivos de la formación de médicos internos residentes son:

- Para el discente es la obtención del Título de Médico Especialista.
- Para la sociedad es obtener profesionales competentes para el mundo laboral sanitario actual.

La educación médica ha sido una materia de gran **interés social** pues se encuentra entre las demandas de los ciudadanos el tener una buena asistencia sanitaria (Rozman C., 1997)<sup>2</sup> La atención sanitaria se basa en el "capital humano", como lo indica la Organización Mundial de la Salud en el informe de Salud del mundo del año 2006 "Colaboremos por la salud"<sup>3</sup>. La formación de médicos internos residentes ha supuesto una valiosa aportación a la mejora y desarrollo del Sistema Nacional de Salud (Urkaregi A., Pijoán J.I., Morán J. M., 2001)<sup>4</sup> (Álvarez Sánchez J. A., Carrasco Asenjo M., Pérez Iglesias F., Vicent García M. D., Salamanca Escobedo J. M., 2003)<sup>5</sup>

El presupuesto sanitario en recursos humanos viene a ser un 70% (García Goñi M., 2001)<sup>6</sup> del gasto sanitario. La ordenación y el alcance de la intervención pública sobre los recursos humanos, particularmente sobre los profesionales, son muy intensos. Sin embargo, la mayor parte de las **decisiones son compartidas** por las Administraciones centrales y autonómica, entre distintos departamentos de la Administración (educación y sanidad) (Barber Pérez P., González López-Valcárcel B., 2008)<sup>7</sup>.

La práctica de la medicina está en **continuo cambio**: tecnológicos, sociales, económicos, científicos, epidemiológicos, competitividad,..etc. El profesional sanitario precisa una formación permanente para ejercer su actividad con eficacia y con competencias adaptadas a las necesidades sociales y sanitarias actuales (Salinas Sánchez A. S., Hernández Millán I., Virsesa Rodríguez J. A., Segura Martín M., Lorenzo Romero J. G., Gimenez Bachs J. M. et al., 2005)<sup>8</sup>. Una adecuada adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes en el periodo de formación es fundamental para garantizar el ejercicio de la profesión médica (Millán Núñez Cortés J., Gutiérrez Fuentes J. A, 2012)<sup>9</sup>.

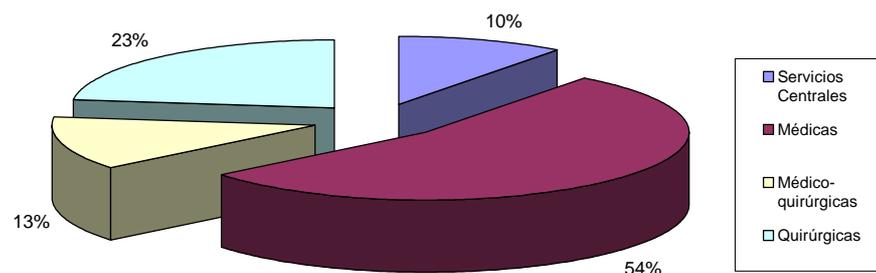
La formación del médico interno residente supone un salto definitivo a la práctica clínica habitual (Quirós López R., 2009)<sup>10</sup>. Los objetivos formativos precisan de la ejecución de tareas guiadas por un tutor. Los médicos internos residentes adquieren una **relación contractual** con la estructura sanitaria. La relación laboral del residente tiene doble finalidad formativa y asistencial.

El desarrollo normativo de la formación sanitaria especializada está desarrollándose a nivel autonómico. En 2008 la Administración Central delega competencias a las Comunidades Autónomas<sup>11</sup>. La **Comunidad de Castilla y León** fue la primera en adoptar normativa autonómica en relación con la formación sanitaria especializada.

Las **especialidades médicas** que se disponen en nuestro país en la actualidad son 44: Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología, Cardiología, Neurocirugía, Cirugía Oral y Máxilofacial, Cirugía Pediátrica, Neurología, Oftalmología, Endocrinología y Nutrición, Pediatría y sus Áreas Específicas, Cirugía Cardiovascular, Aparato Digestivo, Angiología y Cirugía Vascular, Obstetricia y Ginecología, Otorrinolaringología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Radiodiagnóstico, Urología, Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Anestesiología y Reanimación, Cirugía Torácica, Reumatología, Oncología

Médica, Medicina Interna, Neumología, Nefrología, Psiquiatría, Hematología y Hemoterapia, Medicina Intensiva, Oncología Radioterápica, Medicina Física y Rehabilitación, Alergología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Geriatria, Neurofisiología Clínica, Inmunología, Análisis Clínicos, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología y Parasitología, Farmacología Clínica, Medicina del Trabajo y Bioquímica Clínica. Cuatro de las especialidades no son exclusivamente de la licenciatura de Medicina: Inmunología, Análisis Clínicos, Microbiología y Parasitología y Bioquímica Clínica. La especialidad de Farmacología Clínica no está disponible en la Comunidad de Castilla y León.

El conjunto de especialidades de Formación Sanitaria Especializada de los Médicos accesible a los licenciados o Graduados en Medicina, en exclusividad, en la Comunidad de Castilla y León es de **39 especialidades** que se agrupan en cuatro bloques.

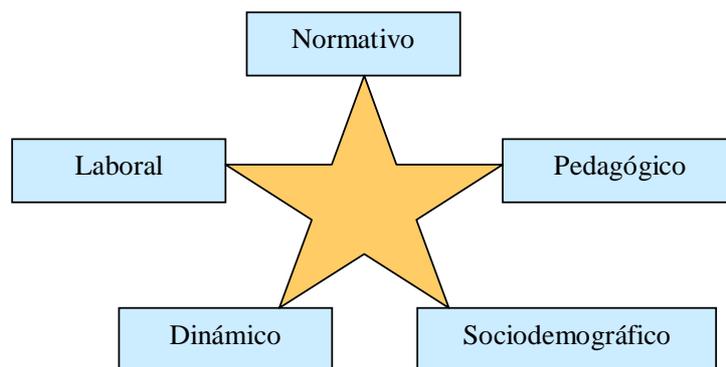


**Ilustración 1.- Proporción de especialidades de Formación Sanitaria Especializada exclusiva de médicos internos residentes en Castilla y León.**

**Elaboración propia**

La duración de estas especialidades en el 67% de ellas es de *cuatro años* y en el 33% restante es de *cinco años*. Las especialidades que duran cinco años son: las especialidades quirúrgicas, la Urología, la Cardiología, la Medicina Interna, la Oncología Médica y la Medicina Intensiva.

Para conseguir un mayor acercamiento al tema se han planteado un estudio orientado a **cinco dimensiones**, gráficamente son las siguientes:



**Ilustración 2.- Cinco dimensiones del estudio. Elaboración propia**

- Dimensión normativa: por un lado en el ámbito nacional y por otro en el ámbito de Castilla y León.
- Dimensión pedagógica: se analizan los objetivos de la formación, el contenido de los programas formativos, las competencias que se tienen que desarrollar, la metodología de enseñanza y los resultados de la evaluación.
- Dimensión sociodemográfica: se analizan el perfil del residente por género, edad, nacionalidad y preferencias de los adjudicatarios (cotización de especialidades).

- Dimensión dinámica: se estudian los factores que influyen en la población de los médicos internos residentes, su interacción y se proyecta una prospección ajustada unas premisas de trabajo.
- Dimensión laboral: se estudian la relación laboral de los médicos internos residentes, los posibles indecentes que se pueden plantear y las soluciones a los mismos.

Para responder a estos cinco enfoques se han realizado una búsqueda bibliográfica que nos ha permitido elaborar **mapas conceptuales** al final de cada epígrafe para favorecer la comprensión del tema.



## 2 Objetivos

Los objetivos de la investigación se clasifican en general y específicos.

### 2.1 Objetivo General

Conocer el comportamiento de la formación de los médicos internos residentes que realizan su actividad en las instituciones Sanitarias de Castilla y León a lo largo del periodo comprendido entre el año 2001 y el año 2012.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Analizar el marco normativo y teórico de la formación sanitaria especializada para el periodo de estudio.
- Describir las características sociodemográfica de los médicos internos residentes.
- Conocer la cotización de las especialidades: preferencias de los médicos internos residentes a lo largo del periodo de estudio.
- Realizar una prospección de la población de médicos internos residentes utilizando como herramienta la Dinámica de Sistemas.
- Estudiar las incidencias relativas a la relación laboral. Plantear las soluciones. Analizar la jurisprudencia más relevante relativa a los médicos internos residentes.



## 3 Marco legislativo de regulación de Formación Especializada de Médicos en Castilla y León

La Formación Sanitaria Especializada de los médicos de la Comunidad de Castilla y León viene desarrollándose desde hace más de cincuenta años, durante este tiempo la formación se ha adaptado a los tiempos en los que se desarrolla. El marco legal se ha dividido en tres apartados: Evolución histórica, normativa nacional (vigente) y normativa autonómica (vigente).

### 3.1 Evolución Histórica

Hasta el 1955 el título de Licenciado en Medicina habilita para la total práctica profesional de la Medicina y Cirugía (Fernández Pastrana J M. 1988) <sup>12</sup>, no existía regulación general del derecho de los médicos a títulos especialistas. Eran especialistas *quienes ocupaban plazas* en instituciones o centros sanitarios de carácter especializado (sobre todo cuando las plazas se hubieran ganado por oposición), quienes hubieran *cursado un periodo de Formación Especializada postgraduada* en Facultades de Medicina o en Centros de especialización oficiales, pero incluso quienes se autotitulasen y ejercieran una especialidad sin ningún de los anteriores requisitos de formación, de modo que la experiencia no reglada era la formación. Es con la Ley de 20 de julio de 1955<sup>13</sup> con la que se pretende oficializar el título. Desaparece entonces el derecho a la autotitulación, aunque no el ejercicio de la especialidad. La obtención del título se realiza a través de la Administración por el Ministerio con competencias de Educación a propuesta de la Facultad o Universidad

correspondiente. Los licenciados en medicina podían especializarse realizando estudios y prácticas de tres formas posibles:

- En los servicios de las Cátedras de las *Facultades de Medicina* para la propia disciplina de la que son titulares.
- En los *Institutos y Escuelas de Especialización médica* reconocidos por el Ministerio de Educación anteriores a la ley 20 de julio de 1955.
- En los *Centros Clínicos* regidos por catedráticos universitarios, siempre que sean reconocidos como Institutos de especialización médica, de conformidad con la normativa vigente.

Además de la realización de los estudios era necesario superar un examen al finalizar dichos estudios en la Universidad correspondiente al Centro en que se cursara, ante un Tribunal integrado por catedráticos especialistas en la materia. Solo se excluían de este procedimiento los que hubieran obtenido por oposición una plaza médica especializada.

La Ley de 20 de julio de 1955 se completa con el Reglamento publicado en el Decreto de 23 de diciembre de 1957<sup>14</sup>. Por dicho reglamento el título se convierte en requisito exigible para ocupar cargo de médico especialista en cualquier establecimiento e institución público o privado.

En enero de 1967, se publicó en el Boletín Oficial del Estado la primera convocatoria conjunta de plazas para la formación de médicos internos residentes en hospitales de la Seguridad Social. Se ofertaban un total de 86 plazas en centros de Madrid y Barcelona<sup>15</sup>.

Simultáneamente a este sistema formativo se va desarrollando el sistema especial para la formación de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 28 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, sobre Médicos Internos y Residentes<sup>16</sup>; la Orden de 9 de diciembre de 1977, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que regula la formación de posgraduados en las instituciones de la seguridad social, Administración Institucional y otros Centros hospitalarios<sup>17</sup>, etc... ). Lo destacable de este sistema formativo es que estaba desvinculado de la Formación Especializada que evalúa la universidad. El programa formativo de dicho sistema de especialización y el control de su desarrollo le corresponde a la Comisión Central de Docencia dentro de la Administración central y a las Comisiones de Docencia de cada Institución Sanitaria. Este sistema formativo está dirigido hacia lo laboral más que hacia lo docente. La formación se adquiere mediante el trabajo en el servicio de una Institución Sanitaria. Se accede a este sistema mediante convocatoria general nacional con un único baremo de valoración de méritos de los aspirantes y un examen mediante cuestionario o texto, que representa el 75% de los puntos de la convocatoria. Tras finalizar la formación no se obtiene el título de médico especialista, en su lugar se otorgaba un "certificado de la formación recibida" que acredita haber adquirido "los conocimientos y responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente". Este "certificado" equivale al "título" de médico especialistas, pero no se exige como requisito para acceder a plazas de Médico de la Seguridad Social, aunque se consideraba un mérito.

En 1977 nos encontramos con dos sistemas formativos: uno teórico ligado a la *Universidad* que proporciona un "título" y otro ligado a una *Institución sanitaria* que proporciona un "certificado". El segundo de los sistemas era el más apreciado por las ventajas económicas y laborales. Puesto que con el segundo sistema el médico firmaba un contrato con una

institución sanitaria. Realiza una actividad laboral, con fines formativos, retribuida.

En 1978 la Administración a través del Ministerio con competencias en materia sanitaria en el contexto del nuevo régimen democrático va a reunificar los dos sistemas en un único sistema de Formación Especializada con el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio<sup>18</sup>, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Con este Real Decreto se crea para cada especialidad médica una Comisión Nacional de la especialidad como órgano colegiado que define el contenido, teórico y práctico del programa formativo, así como su duración.

La Constitución Española de 1978<sup>19</sup>, en el artículo 36, dice:

*“La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos.”*

Por otra parte en el artículo 43 de la Constitución Española, se apunta

*“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

*2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

*3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”*

En febrero de 1981 se publica la Orden<sup>20</sup> por la que define un sistema transitorio para obtención de título que será de aplicación a aquellos que ha iniciado sus estudios antes del 1 de enero 1980. A pesar del intento de fusión de los dos sistemas de formación sanitaria especializada en un único sistema en 1978 con el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio,<sup>21</sup> siguen conviviendo ambos sistemas unos seis años más.

No es hasta 1984 con el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero,<sup>22</sup> por el que regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista cuando se desarrolla un *único sistema de especialización*. En esta norma que asienta el sistema de formación médica especializada de acuerdo a unos programas oficiales. A partir de esta norma y basándose en la disposición final cuarta de la Ley 14/1970, de 4 de agosto,<sup>23</sup> General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa se deroga la Ley de Especialidades Médicas de 20 de julio de 1955 y cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero.

La Ley 14/1986, de 25 de abril,<sup>24</sup> General de Sanidad menciona el ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada y de perfeccionamiento.

## **3.2 Normativa nacional**

Las normas vigentes en la formación médica especializada de carácter nacional se exponen teniendo en cuenta primero el rango de la norma y segundo el orden cronológico de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

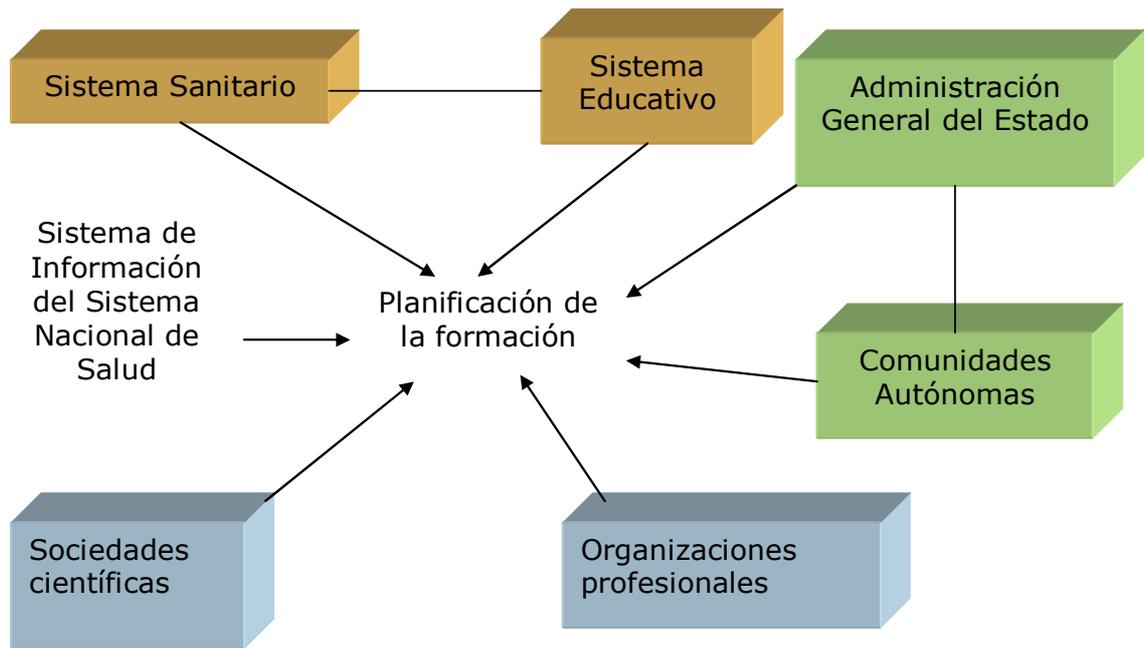
### **3.2.1 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.**

Las alusiones que en esta Ley<sup>25</sup> se hacen a la formación sanitaria especializada se pueden observar en los artículos: 34, 35, 37 y 60.

#### **3.2.1.1 Artículo 34. Principios Generales, de la Sección 1ª Planificación y Formación de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud del Capítulo III De los profesionales, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.**

Los principios referidos a la planificación de la formación de los profesionales de la Sanidad y son:

1. La colaboración permanente entre los órganos de las Administraciones públicas competentes en materia de Educación, Sanidad, Trabajo y Asuntos Sociales, las Universidades, las Sociedades Científicas y las Organizaciones Profesionales y Sindicales.
2. La disposición de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.
3. La revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario, para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.
4. La actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.



**Ilustración 3.- Instrumentos necesarios para la planificación de la formación (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Elaboración propia.**

### **3.2.1.2 Artículo 35. Comisión de Recursos Humanos de la Sección 1ª Planificación y Formación de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud del Capítulo III De los profesionales, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo**

Se definen las funciones de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud que son:

1. Desarrollar las actividades de *planificación*, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud
2. Definir los criterios básicos de *evaluación de las competencias* de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.

3. Analizar las *necesidades formativas*. Tendrá en cuenta aspectos cuantitativos y cualitativos, para adecuar las convocatorias de formación y así dar respuesta a las demandas futuras de la atención sanitaria. Son instrumentos necesarios para la planificación de la formación:

- La coordinación entre el sistema sanitario y el educativo.
- La cooperación con las Comunidades Autónomas.
- La asesoría técnica de las Sociedades Científicas y de las organizaciones profesionales.
- El Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

### **3.2.1.3                      Artículo 37. Formación de postgrado de la Sección 1ª Planificación y Formación de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud del Capítulo III De los profesionales, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo**

En este Artículo se establece que la Comisión de Recursos Humanos supervisará los programas de formación de postgrado especializada, propuestos por las Comisiones Nacionales correspondientes, así como el número de profesionales necesarios en cada convocatoria. Para la determinación de este número deberán tenerse en cuenta los informes de las Comunidades Autónomas en relación a sus necesidades de personal especializado.

### **3.2.1.4 Artículo 60. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de la Sección 1ª Acciones en Materia de Calidad del Capítulo VI De la Calidad, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo**

Se crea la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio con competencias en Sanidad, a la que le corresponde la elaboración y el mantenimiento de los elementos de la infraestructura de la calidad. El Ministerio con competencias en Sanidad y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas fomentarán la evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios mediante auditorías por parte de instituciones públicas o empresas privadas que garanticen una evaluación independiente.

### **3.2.2 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**

Esta Ley<sup>26</sup> regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

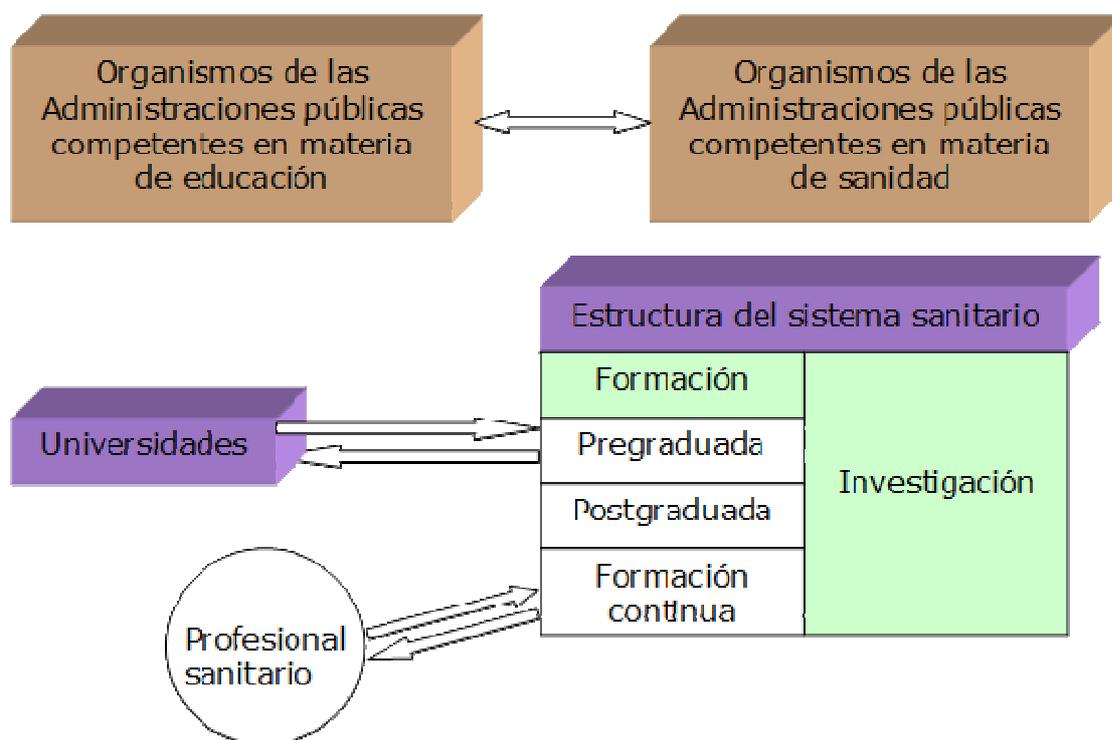
**3.2.2.1                      Artículo 12. Principios rectores del  
Capítulo I Normas generales del Título II de la  
formación de los profesionales sanitario, de la Ley  
44/2003, de 21 de noviembre**

Los principios rectores de la formación de los profesionales sanitarios son:

1. La colaboración permanente entre los organismos de las Administraciones públicas competentes en materia de Educación y de Sanidad.
2. La concertación de las universidades y de los centros docentes de formación profesional y las instituciones y centros sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.
3. La disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.
4. La consideración de los centros y servicios sanitarios, también, como centros de investigación científica y de formación de los profesionales, en la medida que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines.
5. La revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.
6. La actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, de los profesionales sanitarios, como un derecho y un deber de éstos. Para ello, las instituciones y

centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada.

7. El establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del propio sistema de formación.



**Ilustración 4.- Principios rectores de la formación de los profesionales sanitarios (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

### **3.2.2.2 Artículo 15. Carácter y objeto de la formación especializada de la Sección 1ª Objetivos y definiciones del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

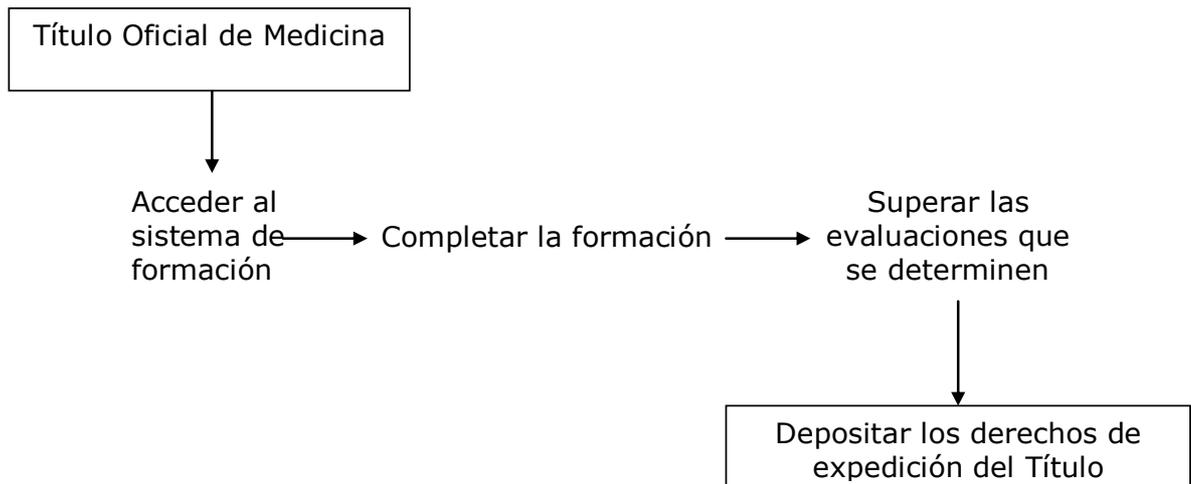
Se dice que:

1. La Formación Especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial.
2. La Formación Especializada en Ciencias de la Salud tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

### **3.2.2.3                    Artículo 15. Títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud de la Sección 1ª Objetivos y definiciones del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud serán expedidos por el Ministerio competente en materia de Educación. Para la obtención del título de Médico especialista se requiere:

- Estar en posesión del título de Licenciado (actualmente de Grado).
- Acceder al sistema de formación así como completar éste en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan.
- Superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.



**Ilustración 5.- Requisitos para la obtención del título de médico especialista (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

### **3.2.2.4 Artículo 20. Sistema de formación de especialistas de la Sección 2ª de la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

La Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud implicará tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate.

La formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados. En todo caso, los centros o unidades en los que se desarrolle la formación deberán estar acreditados conforme al Ministerio con competencias en Sanidad y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas.

La formación mediante residencia se atenderá a los siguientes criterios:

- Los médicos internos residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo. La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.
- La duración de la residencia, puede ser 4 ó 5 años en la actualidad, será la fijada en el programa formativo de la especialidad y se señalará conforme a lo que dispongan, en su caso, las normas comunitarias.
- La actividad profesional de los médicos internos residentes será planificada por los órganos de dirección conjuntamente con las Comisiones de Docencia de los Centros Sanitarios de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias de la Institución.
- Los médicos internos residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa formativo, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.
- Las actividades de los médicos internos residentes, que deberán figurar en el Libro de Residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del período de formación.
- Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación. El Gobierno, atendiendo a las características específicas de la actividad formativa y de la actividad asistencial que se desarrolla en los centros sanitarios.



**Ilustración 6.- Criterios a los que atiende la formación mediante residencia (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años.

El Gobierno, al establecer los títulos de especialista en Ciencias de la Salud, determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que, en su caso, se integran.

### **3.2.2.5 Artículo 21. Programas de formación de la Sección 2ª de la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

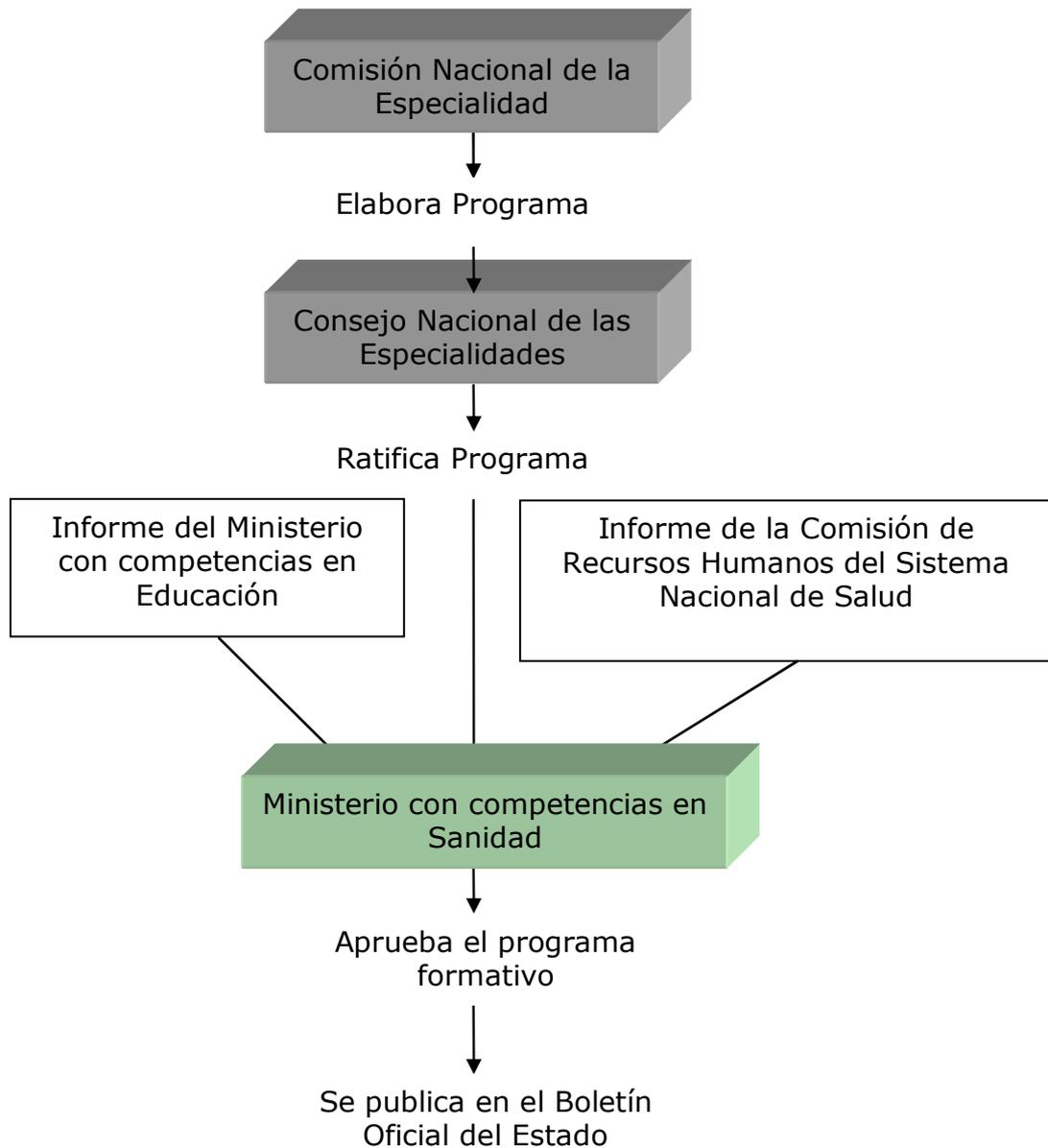
Los Programas Formativos de las Especialidades deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos así como las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al Título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el Programa Formativo.

Los Programas de Formación serán elaborados por las diferentes Comisiones Nacionales de las Especialidades.

Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio con competencias en Educación, serán aprobados por el Ministerio con competencias en Sanidad.

Los programas de formación serán periódicamente revisados y actualizados. Una vez aprobados, los programas de formación se publicarán en el Boletín Oficial del Estado para general conocimiento.

Lo previsto en este artículo, en referencia a la troncalidad, es que cuando se trate de especialidades del mismo tronco, el programa del período de Formación Común se elaborará por una Comisión específica compuesta por representantes de las Comisiones Nacionales de las Especialidades correspondientes.



**Ilustración 7.- Desarrollo de los programas de Formación Especializada (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

De las 39 especialidades a estudiar se organizan en los siguientes bloques de referencia:

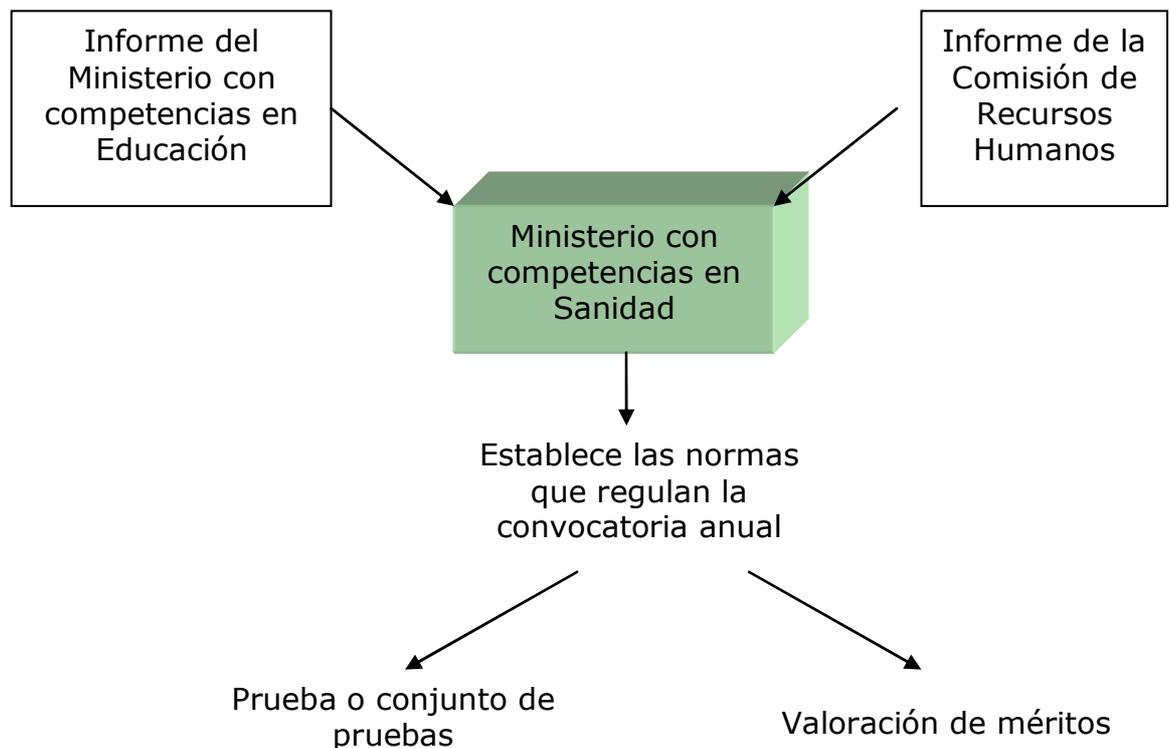
- Las **especialidades quirúrgicas** son Cirugía Plástica Estética y Reparadora<sup>27</sup>, Neurocirugía<sup>28</sup>, Cirugía Oral y Máxilofacial<sup>29</sup>, Cirugía Pediátrica<sup>30</sup>, Cirugía Cardiovascular<sup>31</sup>, Angiología y Cirugía Vasculard<sup>32</sup>, Cirugía General y del Aparato Digestivo<sup>33</sup>, Cirugía Ortopédica y Traumatológica<sup>34</sup> y Cirugía Torácica<sup>35</sup>.
- Las **especialidades médico-quirúrgicas** son Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología<sup>36</sup>, Oftalmología<sup>37</sup>, Obstetricia y Ginecología<sup>38</sup>, Otorrinolaringología<sup>39</sup> y Urología<sup>40</sup>.
- Las **especialidades médicas** son Cardiología<sup>41</sup>, Neurología<sup>42</sup>, Endocrinología y Nutrición<sup>43</sup>, Pediatría y sus Áreas Específicas<sup>44</sup>, Aparato Digestivo<sup>45</sup>, Reumatología<sup>46</sup>, Oncología Médica<sup>47</sup>, Medicina Interna<sup>48</sup>, Neumología<sup>49</sup>, Nefrología<sup>50</sup>, Psiquiatría<sup>51</sup>, Hematología y Hemoterapia<sup>52</sup>, Medicina Intensiva<sup>53</sup>, Oncología Radioterápica<sup>54</sup>, Medicina Física y Rehabilitación<sup>55</sup>, Alergología<sup>56</sup>, Anestesiología y Reanimación<sup>57</sup>, Medicina Familiar y Comunitaria<sup>58</sup>, Medicina Preventiva y Salud Pública<sup>59</sup>, Medicina del Trabajo<sup>60</sup> y Geriatria<sup>61</sup>.
- Las **especialidades de Servicios Centrales** son Radiodiagnóstico<sup>62</sup>, Anatomía Patológica<sup>63</sup>, Medicina Nuclear<sup>64</sup> y Neurofisiología Clínica<sup>65</sup>.

### **3.2.2.6 Artículo 22. Acceso a la formación especializada de la Sección 2ª de la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

El acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional.

El Ministerio con competencias en Sanidad, previo informe del Ministerio con competencias en Educación y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, establece las normas que regulan la convocatoria anual que, en todo caso, consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que evalúe:

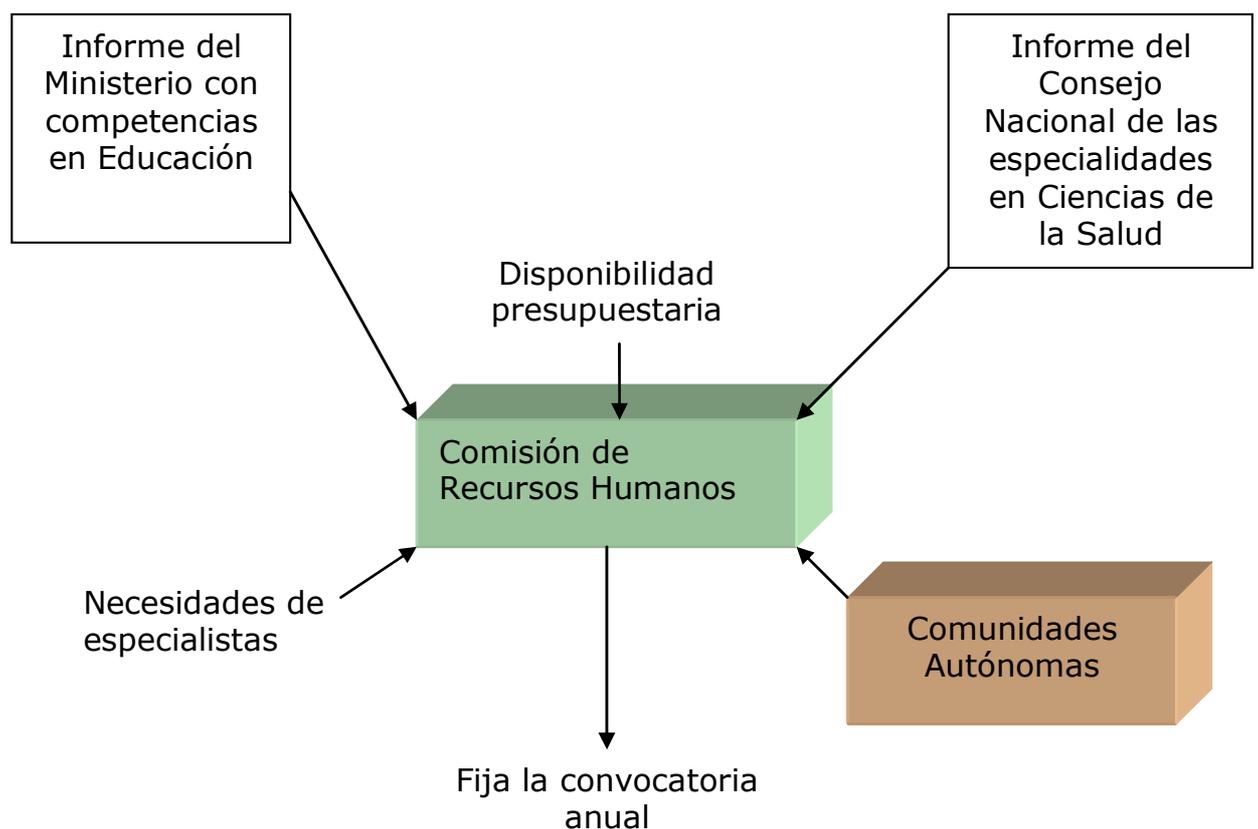
- Conocimientos teóricos y prácticos.
- Habilidades clínicas y comunicativas.
- Valoración de los méritos académicos de los aspirantes.



**Ilustración 8.- Establecimiento de normas que regulan la convocatoria actual (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

Las pruebas serán específicas para las distintas titulaciones académicas que puedan acceder a las diferentes especialidades. Asimismo, podrán establecerse pruebas específicas por especialidades troncales.

Reglamentariamente se determinará el sistema de adjudicación de todas las plazas ofertadas en la convocatoria anual, que se efectuará de acuerdo al orden decreciente de la puntuación obtenida por cada aspirante, con las peculiaridades que se establezcan respecto a las plazas de centros de titularidad privada.



**Ilustración 9.- Oferta de plazas de la convocatoria actual (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

**3.2.2.7                      Artículo 23. Formación de una nueva especialización de la Sección 2ª De la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

Esta Ley prevé la formación de una nueva especialidad a partir de otra especialidad que comparte tronco. Los Especialistas en Ciencias de la Salud con, al menos, dos años de ejercicio profesional como tales, podrán obtener un nuevo título de especialista, en especialidad del mismo tronco que la que posean, por el procedimiento que se determine reglamentariamente, que en todo caso contendrá una prueba para la evaluación de la competencia del aspirante en el campo de la nueva especialidad. El periodo de acceso se ha reducido de cinco a dos años por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril<sup>66</sup>.

El período de formación en la nueva especialidad y el programa a desarrollar durante el mismo se definirá mediante la adaptación del programa formativo general al currículum formativo y profesional del interesado.

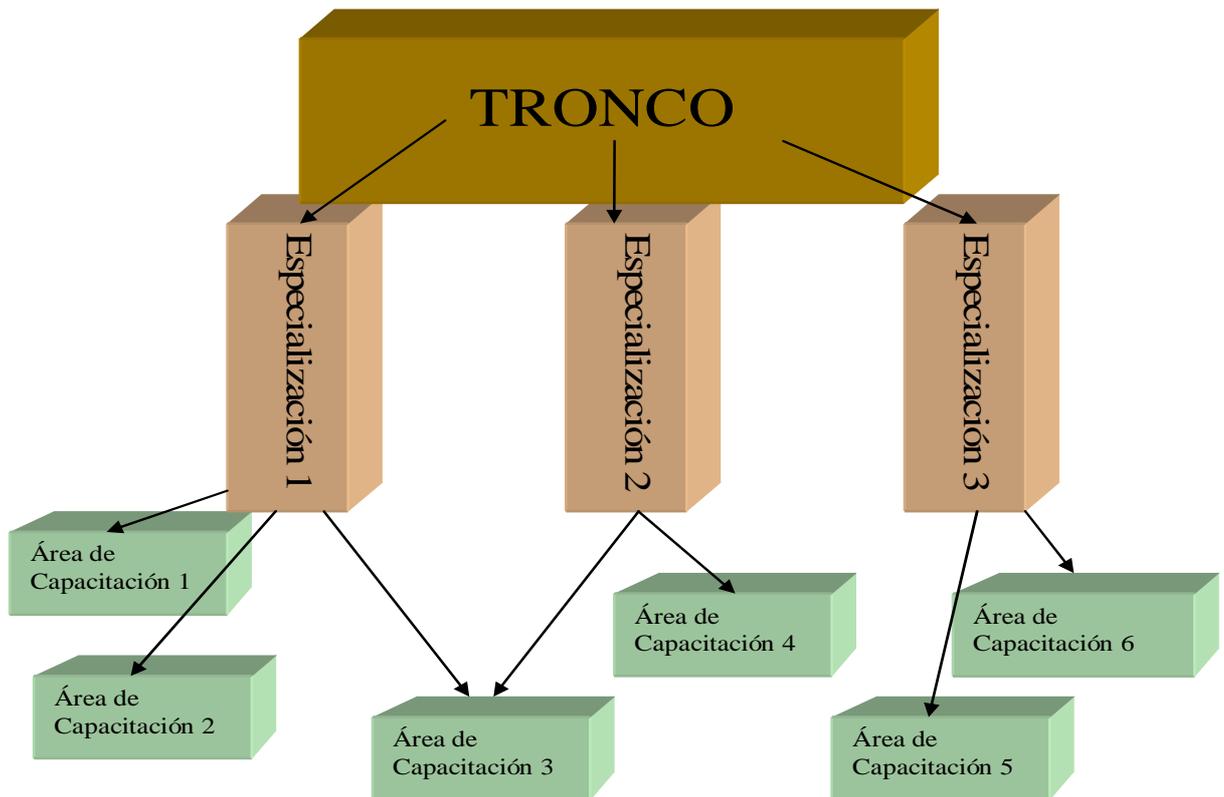
No se podrá acceder al tercer y sucesivos títulos de especialista por este procedimiento hasta transcurridos, al menos, ocho años desde la obtención del anterior.

**3.2.2.8                      Artículo 21. Áreas de Capacitación Específica de la Sección 2ª De la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

El Gobierno podrá establecer Áreas de Capacitación Específica dentro de una o varias Especialidades en Ciencias de la Salud.

El Diploma de Área de Capacitación Específica tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado. Se expedirá por el Ministerio con competencias en Sanidad y su posesión será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con capacitación específica en el área. Podrá ser valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización en centros o establecimientos públicos y privados.

Reglamentariamente se establecerán los supuestos y requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan acceder al Diploma de Área de Capacitación Específica.



**Ilustración 10.- Estructura general de las especialidades (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

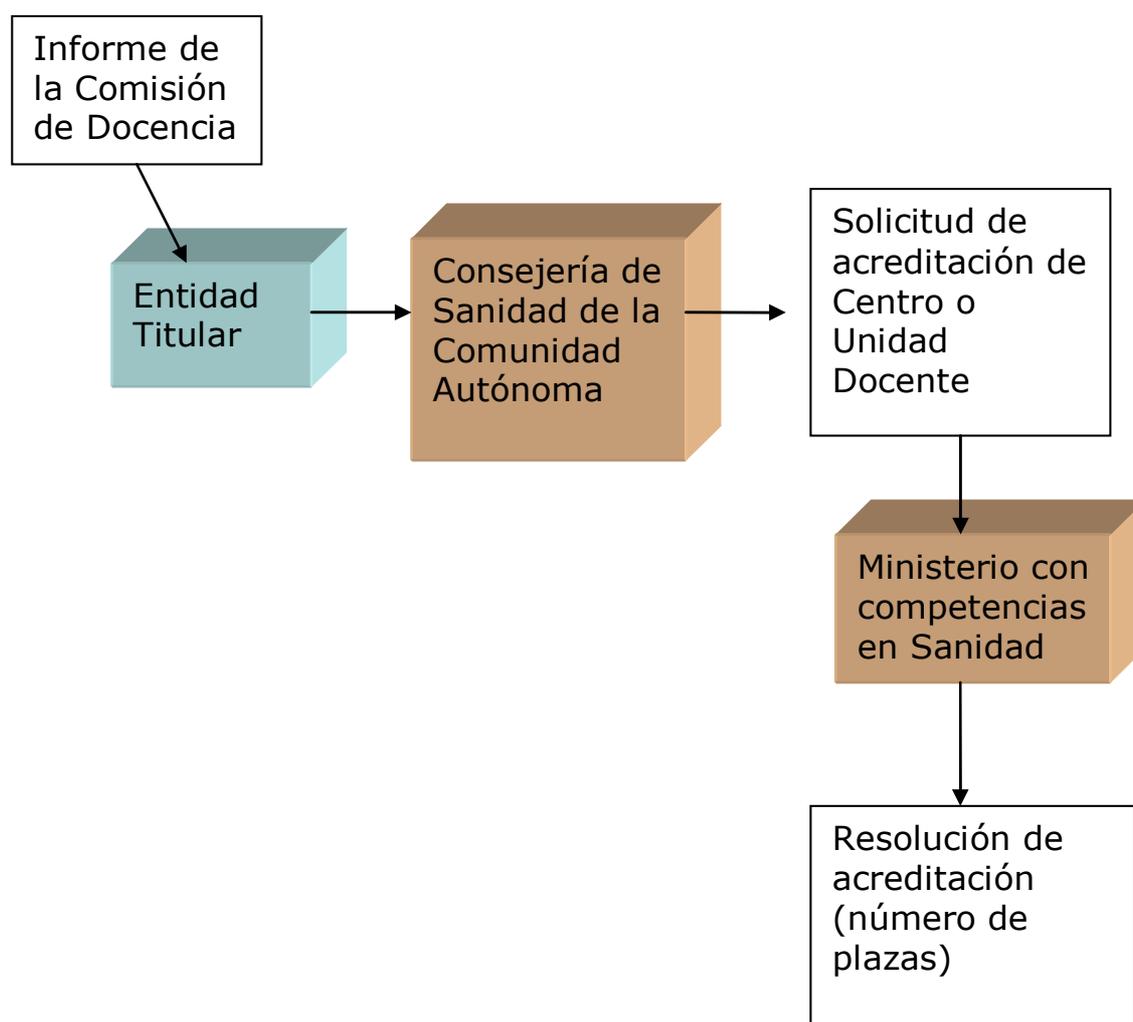
### **3.2.2.9 Artículo 26. Acreditación de centros y Unidades Docentes, de la Sección 3ª Estructura de Apoyo a la formación, del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

Este artículo se ha modificado con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

El Ministerio con competencias en Sanidad y el competente en materia de Educación, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, mediante Orden que se publicará en el Boletín Oficial del Estado, establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud.

Le corresponde al órgano directivo competente en materia de calidad del Ministerio con competencias en Sanidad coordinar las auditorías de los centros y unidades acreditados, para evaluar en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del Plan Anual de Auditorias Docentes, el funcionamiento y la calidad del sistema de formación.

Le corresponde al órgano directivo competente en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio con competencias en Sanidad, a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la Comisión de Docencia de éste y de la Consejería competente en materia sanitaria de la comunidad autónoma, resolver sobre las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes. La acreditación especificará, en todo caso, el número de plazas docentes acreditadas.



**Ilustración 11.- Procedimiento de solicitud de acreditación de Centro o Unidad Docente (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

La revocación, total o parcial, de la acreditación concedida se realizará, en su caso, por el mismo procedimiento, oído el centro afectado y su Comisión de Docencia.

### **3.2.2.10 Artículo 27. Comisiones de Docencia, de la Sección 3ª Estructura de Apoyo a la formación, del**

### **Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

En cada centro sanitario o, en su caso, Unidades Docentes, acreditadas para la formación de especialistas existe una Comisión de Docencia cuya misión es la de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas.

La Comisión de Docencia tiene también las funciones de:

- Facilitar la integración de las actividades formativas y de los médicos internos residentes con la actividad asistencial y ordinaria del Centro o Unidad Docente.
- Planificar su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de éste.

#### **3.2.2.11 Artículo 28. Comisiones Nacionales de la especialidad, de la Sección 3ª Estructura de Apoyo a la formación, del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

Por cada una de las Especialidades en Ciencias de la Salud, y como órgano asesor del Ministerio con competencia en Educación y del Ministerio con competencia en Sanidad en el campo de la correspondiente especialidad, se constituirá una Comisión Nacional designada por el Ministerio con competencias en Sanidad con la siguiente composición:

- Dos vocales propuestos por el Ministerio con competencias en Educación, uno, al menos, de los cuales debe ostentar la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.
- Cuatro vocales de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- Dos vocales en representación de las entidades y Sociedades Científicas de ámbito estatal legalmente constituidas en el ámbito de la especialidad.
- Dos vocales en representación de los Especialistas en Formación, elegidos por éstos en la forma que se determine reglamentariamente.
- Un vocal en representación de la organización Colegial correspondiente. Si la especialidad puede ser cursada por distintos titulados, la designación del representante se efectúa de común acuerdo por las corporaciones correspondientes.

Reglamentariamente se determinarán las funciones de las Comisiones Nacionales de Especialidades, que en todo caso desarrollarán, dentro de los criterios comunes que, a su vez, determine el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, las siguientes:

- La elaboración del programa formativo de la especialidad.
- El establecimiento de los criterios de evaluación de los Especialistas en Formación.
- El establecimiento de los criterios para la evaluación en el supuesto de nueva especialización a partir de un tronco común.
- La propuesta de creación de Áreas de Capacitación Específica.

- El establecimiento de criterios para la evaluación de Unidades Docentes y Formativas.
- El informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales, especialmente los que se refieran a la acreditación y a la acreditación avanzada de profesionales en áreas funcionales específicas dentro del campo de la especialidad.
- La participación en el diseño de los planes integrales dentro del ámbito de la correspondiente especialidad.
- Las que se señalan expresamente en esta ley o se determinen en las disposiciones reglamentarias dictadas en su desarrollo.



**Ilustración 12.- Composición de las Comisiones Nacionales de Especialidad (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

**3.2.2.12 Artículo 30. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud de la Sección 3ª Estructura de Apoyo a la formación, del Capítulo III Formación especializada en Ciencias de la Salud, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre**

El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud tiene la siguiente composición:

- Los Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad en Ciencias de la Salud.
- Dos especialistas por cada uno de los títulos universitarios que tengan acceso directo a alguna especialidad elegido, para un período de dos años: uno por los miembros de las Comisiones Nacionales que ostenten el título de que se trate, y otro por la Organización Colegial de entre dichos miembros.
- Dos representantes del Ministerio con competencias en Educación.
- Dos representantes del Ministerio con competencias en Sanidad.
- Dos representantes de las Comunidades Autónomas designados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Corresponde al Consejo la coordinación de la actuación de las Comisiones Nacionales de Especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico al Ministerio con competencias en Sanidad.



**Ilustración 13.- Composición del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.**

### **3.2.3 Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.**

Este Real Decreto<sup>67</sup> tiene como objeto la regulación de la relación laboral de los médicos internos residentes.

### **3.2.3.1 Artículo 3. Duración del contrato del Capítulo II Del contrato, del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre**

El contrato se suscribe entre el residente, en condición de trabajador, y la entidad titular de la Unidad Docente acreditada para impartir la formación, en su condición de empleador o empresario.

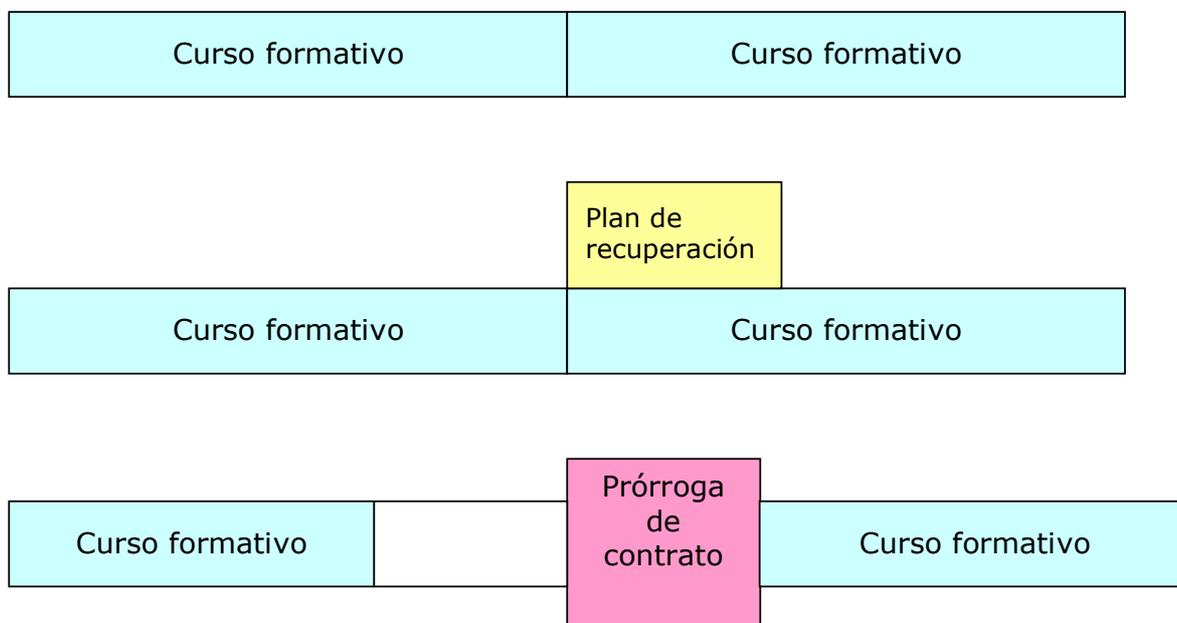
La duración del contrato es de un año, renovable por períodos iguales durante el tiempo que dure su programa de formación, siempre que, al final de cada año, el residente haya sido evaluado positivamente por el Comité de Evaluación de la especialidad correspondiente.

Cuando el residente obtenga una evaluación anual negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, pero el Comité de Evaluación considere que puede alcanzarlos mediante un Plan de recuperación específica y programada, el contrato se prorrogará por el período de duración de dicho plan, que deberá realizarse dentro de los tres primeros meses del siguiente año lectivo conjuntamente con las actividades propias de éste, quedando supeditada la prórroga por los restantes nueve meses al resultado de la evaluación de la recuperación.

Esta prórroga de recuperación será también autorizada, finalizado el último año de residencia, si el Comité de Evaluación considera posible la recuperación mediante dicho plan.

Cuando la evaluación negativa se deba a la imposibilidad de la prestación de servicios superior al 25 por ciento de la jornada anual como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales, se autorizará una Prórroga del contrato por el tiempo necesario para completar el período formativo o su repetición completa, previo informe

de la Comisión de Docencia correspondiente. La propuesta de repetición será resuelta por el Ministerio en materia de Sanidad.



**Ilustración 14.- Explicativo de la Prórroga de contrato y de el Plan de recuperación específica y programa, en relación con la renovación de contrato por periodos iguales (Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre) Elaboración propia.**

### **3.2.3.2 Artículo 4. Derechos y deberes del Capítulo II Del contrato, del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre,**

Los derechos de los médicos internos residentes que hacen referencia a su formación son:

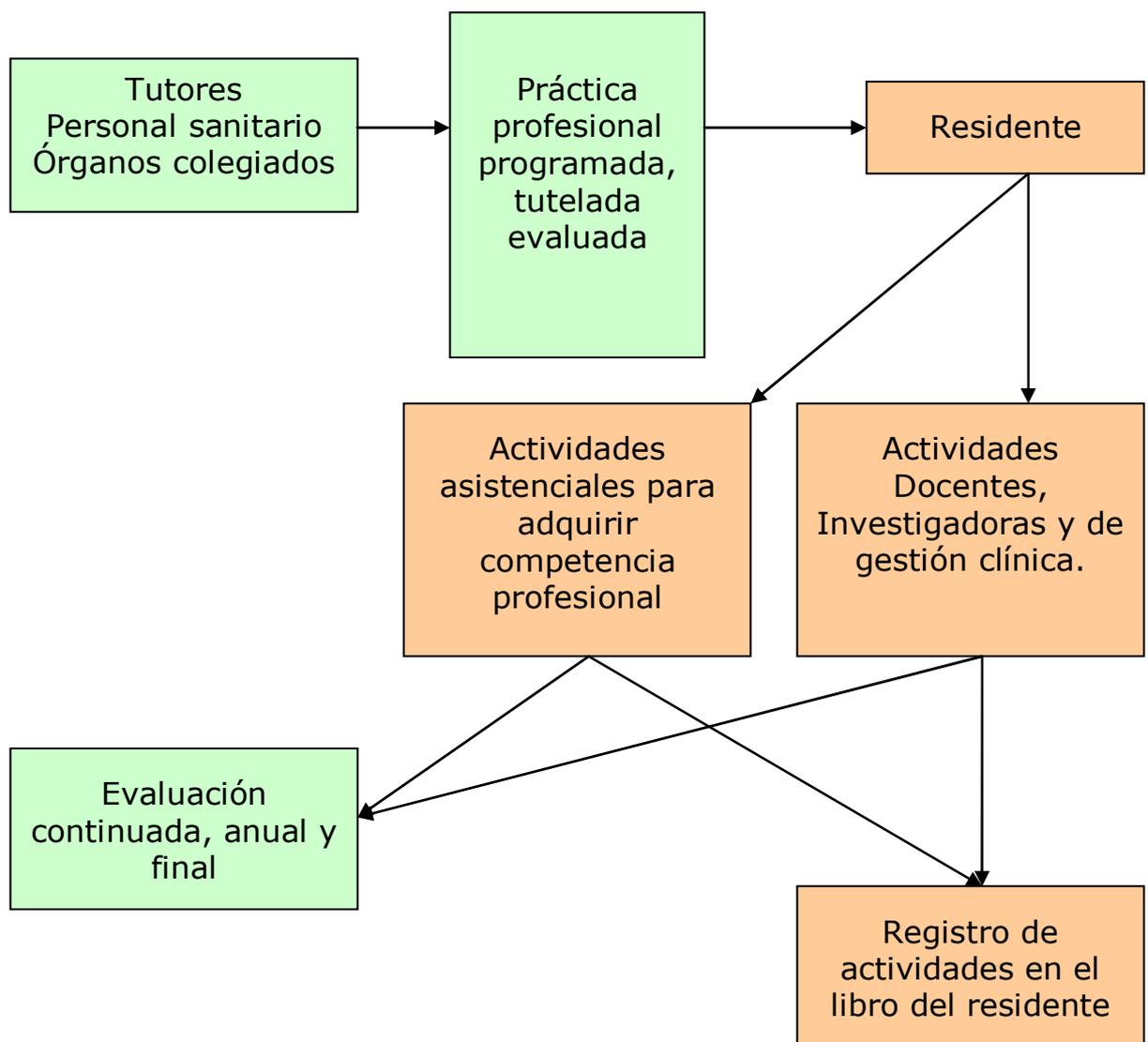
- A conocer el programa de formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales.
- A la designación de un tutor que le asiste durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.

- A recibir, a través de una práctica profesional programada, tutelada y evaluada, una formación teórico-práctica que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del centro.
- A conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad en la que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello pueda suponer la denegación de asistencia o el abandono de su puesto.
- A participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica en las que intervenga la unidad acreditada.
- Al registro de sus actividades en el libro del residente.
- A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.

Los deberes de los médicos internos residentes que hacen referencia a su formación son:

- Realizar todo el programa de formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad en los términos establecidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (artículo 20.3.a de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre).
- Formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente, se encargan del buen funcionamiento del centro y del desarrollo del programa de formación de la especialidad correspondiente.

- Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria.



**Ilustración 15.- Derechos y deberes de los médicos internos residentes relacionados con su formación (Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre).**

**Elaboración propia.**

La jornada laboral asegurará el cumplimiento de los programas formativos. Dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada centro, se procurará disponer la jornada de los médicos internos residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación.

Dado el carácter esencialmente formativo de esta relación laboral y los rápidos avances de las Ciencias de la Salud, si el tiempo de la suspensión del contrato resultara superior a dos años, el residente se incorporará en la parte del programa de formación que acuerde la Comisión de Docencia de la especialidad, aunque ello suponga la repetición de algún período evaluado ya positivamente.

### **3.2.3.3                      Artículo 11. Extinción del contrato del Capítulo II Del contrato, del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre**

El contrato se extinguirá por las siguientes causas:

- a) Por haber obtenido una evaluación anual positiva en el último año de formación y por lo tanto, finalizar el programa de la especialidad correspondiente, sin que proceda indemnización por fin de contrato.
- b) Por haber obtenido una evaluación anual negativa, sin que proceda indemnización por fin de contrato.
- c) Por haber obtenido una evaluación final negativa, con independencia de que el residente solicite su revisión, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

- d) Por renuncia voluntaria del residente, de forma explícita o tácita, entendiéndose así cuando se haya autorizado la repetición completa del período formativo y el residente no se incorporara a su inicio o cuando no se incorporara al plan específico de recuperación acordado por el Comité de evaluación, sin causa justificada en ambos casos.
- e) Porque la autoridad competente retire a la Unidad Docente la acreditación para la formación de especialistas o por las causas previstas en el Estatuto de los Trabajadores<sup>68</sup>.
- f) Por superación de un periodo de seis meses de suspensión del contrato motivada por fuerza mayor temporal o causas económicas, técnicas organizativas o de producción.
- g) Por despido disciplinario debido a faltas graves.
- h) Por jubilación del trabajador.
- i) Por muerte, gran invalidez o invalidez permanente total o absoluta del residente.
- j) Por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar definitivamente su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género.

#### **3.2.3.4 Artículo 13. Clases de faltas del Capítulo III Régimen disciplinario del residente, del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre**

El personal en formación por el sistema de residencia incurrirá en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa. Dadas las características especiales de esta relación laboral, la tipificación de las

faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario de los Servicios de Salud la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud<sup>69</sup> además de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León<sup>70</sup>.

Las faltas disciplinarias pueden ser leves, graves o muy graves. Son faltas **muy graves** según el punto 2 del Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre:

a) El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.

b) Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual éstos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.

c) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.

d) El abandono del servicio.

e) La falta de asistencia durante más de cinco días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada.

f) El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.

g) La desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones, salvo que constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.

h) La notoria falta de rendimiento que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.

i) La negativa a participar activamente en las medidas especiales adoptadas por las Administraciones Públicas o Servicios de Salud cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

j) El incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales establecidos en caso de huelga.

k) La realización de actuaciones manifiestamente ilegales en el desempeño de sus funciones, cuando causen perjuicio grave a la Administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos.

l) El incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.

m) La prevalencia de la condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros, y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones.

n) Los actos dirigidos a impedir o coartar el libre ejercicio de los derechos fundamentales, las libertades públicas y los derechos sindicales.

ñ) La realización de actos encaminados a coartar el libre ejercicio del derecho de huelga o a impedir el adecuado funcionamiento de los servicios esenciales durante la misma.

o) La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones.

p) El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.

q) La exigencia de cualquier tipo de compensación por los servicios prestados a los usuarios de los Servicios de Salud.

r) La utilización de los locales, instalaciones o equipamiento de las instituciones, centros o Servicios de Salud para la realización de actividades o funciones ajenas a dichos servicios.

s) La inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta muy grave, así como la cooperación con un acto sin el cual una falta muy grave no se habría cometido.

t) El exceso arbitrario en el uso de autoridad que cause perjuicio grave al personal subordinado o al servicio.

u) La negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

Tendrán consideración de **faltas graves** según el punto 3 del Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre:

- a) La falta de obediencia debida a los superiores.
- b) El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones.
- c) El incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios cuando no constituya falta muy grave.
- d) La grave desconsideración con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- e) El acoso sexual, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo.
- f) Los daños o el deterioro en las instalaciones, equipamiento, instrumental o documentación, cuando se produzcan por negligencia inexcusable.
- g) La falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento de los servicios y no constituya falta muy grave.
- h) El incumplimiento de los plazos u otras disposiciones de procedimiento en materia de incompatibilidades, cuando no suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- i) El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes.
- j) Las acciones u omisiones dirigidas a evadir los sistemas de control de horarios o a impedir que sean detectados los incumplimientos injustificados de la jornada de trabajo.

k) La falta injustificada de asistencia durante más de tres días continuados, o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, cuando no constituyan falta muy grave.

l) La aceptación de cualquier tipo de contraprestación por los servicios prestados a los usuarios de los Servicios de Salud.

m) La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

n) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas muy graves, así como la inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta grave y la cooperación con un acto sin el cual una falta grave no se habría cometido.

Según el punto 2 del Artículo 94. Faltas y prescripción de la Ley2/2007, de 7 de marzo, se añaden además cinco faltas graves:

1. La consignación de datos falsos en documentos establecidos por la Administración sanitaria, en especial, en aquellos que se refieran a la participación de los profesionales en procedimientos de concurrencia competitiva o de reconocimiento de derechos a su favor.
2. La utilización indebida de recetas por el personal licenciado sanitario y licenciado con título de especialista en Ciencias de la Salud del Servicio de Salud de Castilla y León.

3. Las conductas que, habiendo dado lugar a una condena penal firme por delito doloso, causen perjuicios al servicio público sanitario, o un daño a la administración, a los usuarios o a los compañeros.
4. La realización de actos y el mantenimiento de comportamientos frecuentes que, de forma reiterada y sistemática, busquen premeditadamente socavar la dignidad de la persona y perjudicarla moralmente, sometiéndola a un entorno de trabajo discriminatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.
5. El incumplimiento de la programación funcional del centro o institución sanitaria que comporte perjuicio para los usuarios por causa imputable al empleado.

Tendrán consideración de **faltas leves** según el punto 4 del Artículo 72. Clases y prescripción de las faltas de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre:

- a) El incumplimiento injustificado del horario o jornada de trabajo, cuando no constituya falta grave.
- b) La falta de asistencia injustificada cuando no constituya falta grave o muy grave.
- c) La incorrección con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- d) El descuido o negligencia en el cumplimiento de sus funciones cuando no afecte a los Servicios de Salud, Administración o usuarios.
- e) El descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.

f) El incumplimiento de sus deberes u obligaciones, cuando no constituya falta grave o muy grave.

g) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas graves

A efectos disciplinarios no se computarán como faltas de asistencia las ausencias debidas a huelga legal por el tiempo de duración de la misma, el ejercicio de actividades de representación legal de los trabajadores, accidente de trabajo, maternidad, riesgo durante el embarazo y la lactancia, enfermedades causadas por embarazo, parto o lactancia, paternidad, licencias y vacaciones, enfermedad o accidente no laboral cuando la baja haya sido acordada por los servicios sanitarios oficiales y tenga una duración de más de veinte días consecutivos, ni las motivadas por la situación física o psicológica derivada de violencia de género, acreditada por los servicios sociales de atención o Servicios de Salud, según proceda.

Las sanciones que corresponden a las faltas disciplinarias señaladas serán las siguientes:

1. Por faltas leves: apercibimiento.
2. Por faltas graves: suspensión de empleo y sueldo hasta un máximo de dos meses.
3. Por faltas muy graves: despido.

La competencia para la imposición de sanciones disciplinarias corresponde al órgano competente de la institución sanitaria de la que dependa la unidad de docencia.

Con carácter previo a la imposición de la sanción, el responsable de la gestión de personal del centro comunicará por escrito al residente la fecha

y los hechos que se consideran incluidos en alguno de los supuestos de incumplimiento previstos en las normas de aplicación y su posible calificación. Cuando se trate de faltas graves o muy graves dará también traslado de este escrito a la Comisión de Docencia.

	<b>Faltas</b>		
	<b>Muy Grave</b>	<b>Grave</b>	<b>Leve</b>
<b>Asistencia</b>	Falta > 5 días o acumulación 7 faltas en 2 meses. Abandono del servicio	Falta injustificada > 3 días o acumulación 5 faltas en 2 meses. Evadir los sistemas de control horario	Falta de asistencia injustificada
<b>Superior</b>	Desobediencia notoria y manifiesta	Grave desconsideración Falta de obediencia	Incorrección
<b>Cumplimiento de sus funciones o Normas</b>	Notorio incumplimiento	Incumplimiento	Descuido o negligencia
<b>Redimiento</b>	Notoria falta de rendimiento	Falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento	Incumplimiento injustificado del horario o jornada
<b>Seguridad, salud y prevención del riesgo</b>	Negligencia expresa o negligencia en cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad, salud y prevención de riesgos	Negligencia o descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad, salud y prevención de riesgos	Descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud
<b>Acoso sexual</b>	Agresión con chantaje	Entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante	Incorrección
<b>Incumplimiento</b>	Medidas especiales Servicio esenciales (huelga) Incompatibilidad (mantenido)	Jornada de trabajo (>20 horas/mes) Programa funcional Incompatibilidad (no mantenido)	Deberes y Obligaciones
<b>Instalaciones</b>	Utilización para actividades o funciones ajenas	Daño o deterioro por negligencia inexcusable	Negligencia en el uso de las instalaciones
<b>Encubrimiento, consentimiento, cooperación o inducción</b>	En inducción directa en faltas muy graves	En faltas muy graves	En faltas graves
<b>Autoridad</b>	Exceso arbitrario en el uso de autoridad, grave agresión	Abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones	Incorrección con subordinados, compañeros o usuarios

**Tabla 1.- Comparativa de faltas disciplinarias recogidas en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por remisión al artículo 72 de la Ley 55/2003, de 6 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud y en el artículo 94 de la Ley 2/2007, de 7 marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Elaboración Propia.**

### **3.2.4 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**

Este Real Decreto desarrolla la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias con un doble objetivo, por un lado, avanzar en la implantación del modelo general de Formación Sanitaria Especializada diseñado por la mencionada Ley y, por otro, potenciar las estructuras docentes, incidiendo en aquellos aspectos básicos que, tanto desde el punto de vista organizativos como desde el punto de vista docente-asistencial, inciden en el proceso de aprendizaje de los especialistas en formación.

#### **3.2.4.1 Artículo 4. Concepto del Capítulo II de las Unidades Docentes, del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

La Unidad Docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada de especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades.

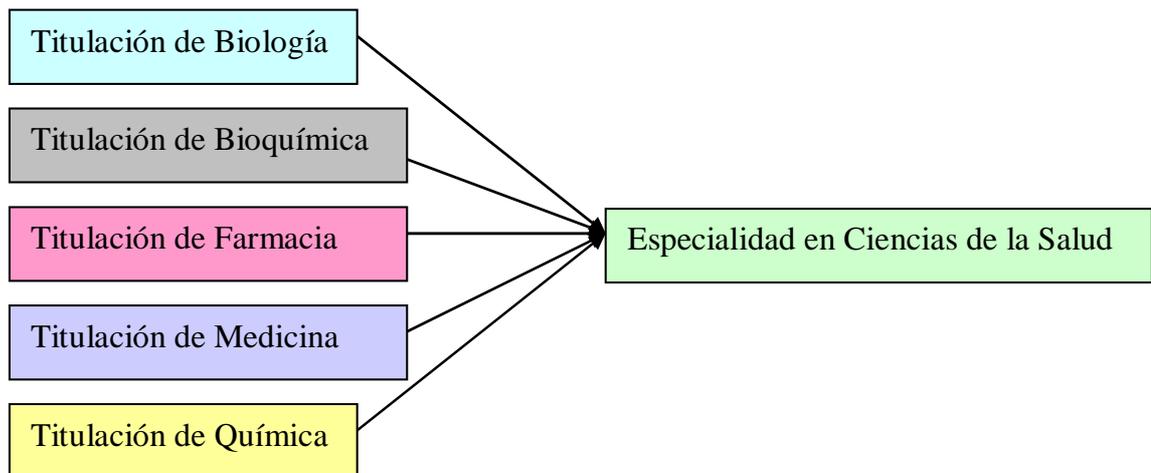
El programa formativo se seguirá en la misma Unidad Docente acreditada en la que el residente haya obtenido plaza en formación.

### **3.2.4.2 Artículo 7. Unidades Docentes multidisciplinares y multiprofesionales del Capítulo II de las Unidades Docentes, del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

Las Unidades Docentes multidisciplinares son aquellas en las que se forman en una única especialidad y el acceso a estas Unidades puede hacerse desde de diferentes titulaciones.

Las especialidades que cumplen estas características son:

- *Análisis Clínicos* para los títulos universitarios de Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.
- *Bioquímica Clínica* para los títulos universitarios de Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.
- *Inmunología* para los títulos universitarios de Biología, Bioquímica, Farmacia o Medicina.
- *Microbiología y Parasitología* para los títulos universitarios de Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina o Química.
- *Radiofarmacia* para los títulos universitarios de Biología, Bioquímica, Farmacia o Química.

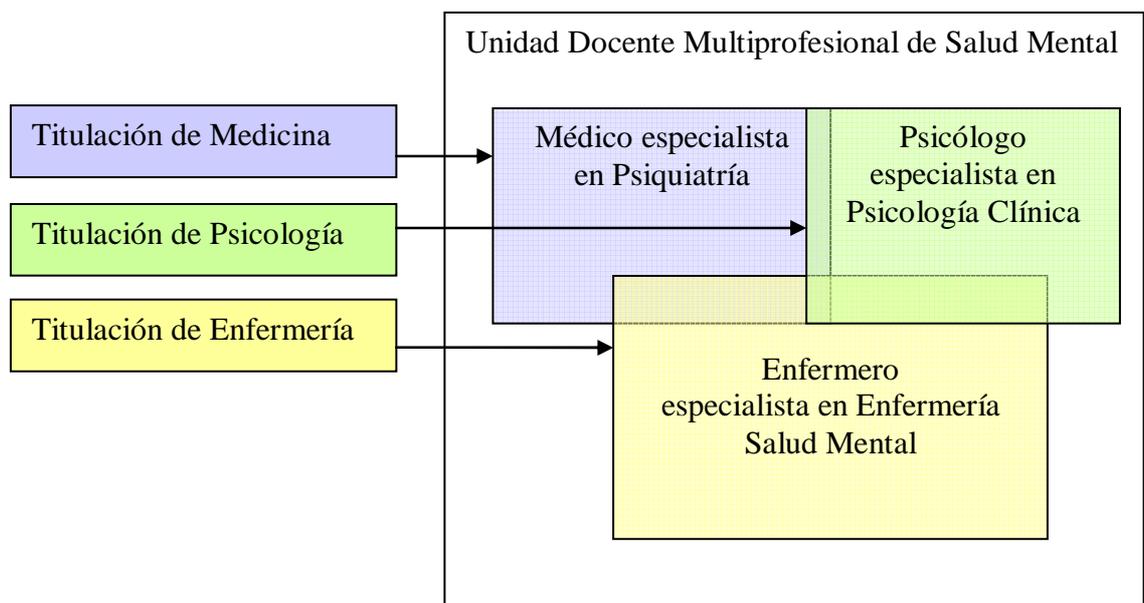


**Ilustración 16.- Concepto de Unidades Docentes Multidisciplinares (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.**

Las Unidades Docentes multiprofesionales son aquellas que forman a especialistas de diferentes titulaciones universitarias en diversas especialidades que tienen la particularidad de tener campos asistenciales afines. Los tipos de Unidades Docentes multiprofesionales que recoge esta norma son:

- *Unidades Docentes multiprofesionales (UDM) de Salud Mental* en las que se formarán médicos especialistas en Psiquiatría, psicólogos especialistas en Psicología Clínica y enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental.
- *Unidad Docente multiprofesional (UDM) de Pediatría* en las que se formarán médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas y enfermeros especialistas en Enfermería Pediátrica.

- *Unidad Docente multiprofesional (UDM) de Atención Familiar y Comunitaria* en las que se formarán médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.
- *Unidad Docente multiprofesional (UDM) de Salud Laboral* en las que se formarán médicos especialistas en Medicina del Trabajo y enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo.
- *Unidad Docente multiprofesional (UDM) de Geriátrica* en las que se formarán médicos especialistas en Geriátrica y enfermeros especialistas en Enfermería Geriátrica.
- *Unidad Docente multiprofesional (UDM) de Obstetricia y Ginecología* en las que se formarán médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología y enfermeros especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).



**Ilustración 17.- Ejemplo de Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.**

La incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialidades en Ciencias de la Salud podrá determinar la creación de Unidades Docentes de carácter troncal.

### **3.2.4.3 Artículo 8. Concepto del Capítulo III Órganos de carácter colegiado: Comisiones de Docencia del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

Las Comisiones de Docencia son los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

Asimismo, corresponde a las Comisiones de Docencia facilitar la integración de las actividades formativas y de los médicos internos residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro, planificando su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección de este.

Los órganos de dirección de los distintos centros, los responsables de los dispositivos en los que se imparta la formación y las Comisiones de Docencia estarán obligados a informarse mutuamente sobre las actividades laborales y formativas de los médicos internos residentes, a fin de decidir conjuntamente su adecuada integración con la actividad asistencial del centro o dispositivo de que se trate.

En las Comisiones de Docencia existirá, en todo caso, representación de los tutores de la formación y de los médicos internos residentes. La presidencia de las Comisiones de Docencia la ostentará el Jefe de Estudios de Formación Especializada al que corresponderá la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la

docencia especializada. Los criterios generales de composición y funciones vienen desarrollados en la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero<sup>71</sup>.

#### **3.2.4.4 Artículo 11. El tutor. Concepto, funciones y nombramiento del Capítulo IV Órganos de carácter unipersonal, del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

El tutor es el profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.

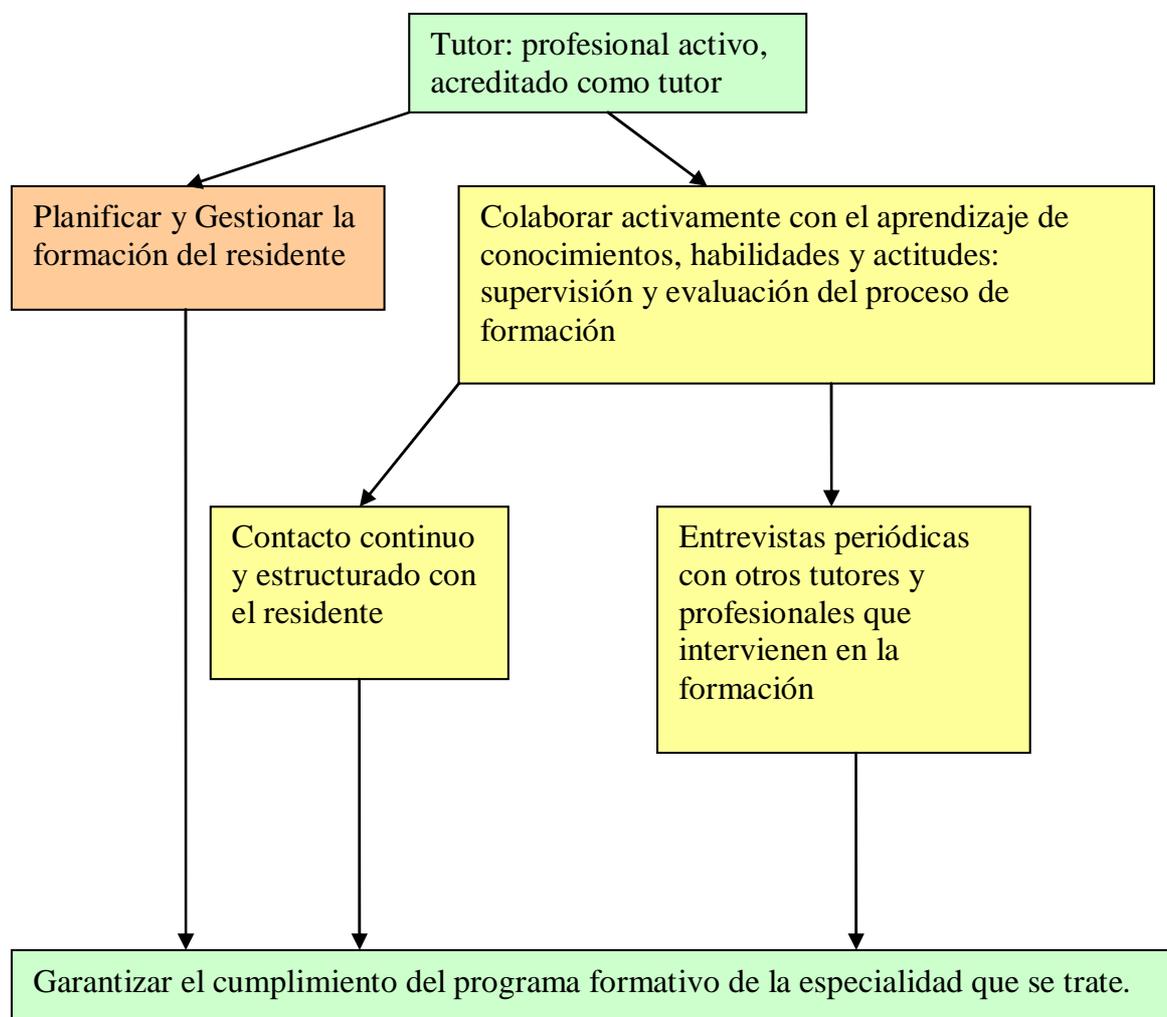
El perfil profesional del tutor se adecuará a las características profesionales definidas por el programa formativo de la correspondiente especialidad.

El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con este un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la Unidad Docente en el que se desarrolle el proceso formativo.

Asimismo, el tutor, con la finalidad de seguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.

Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando

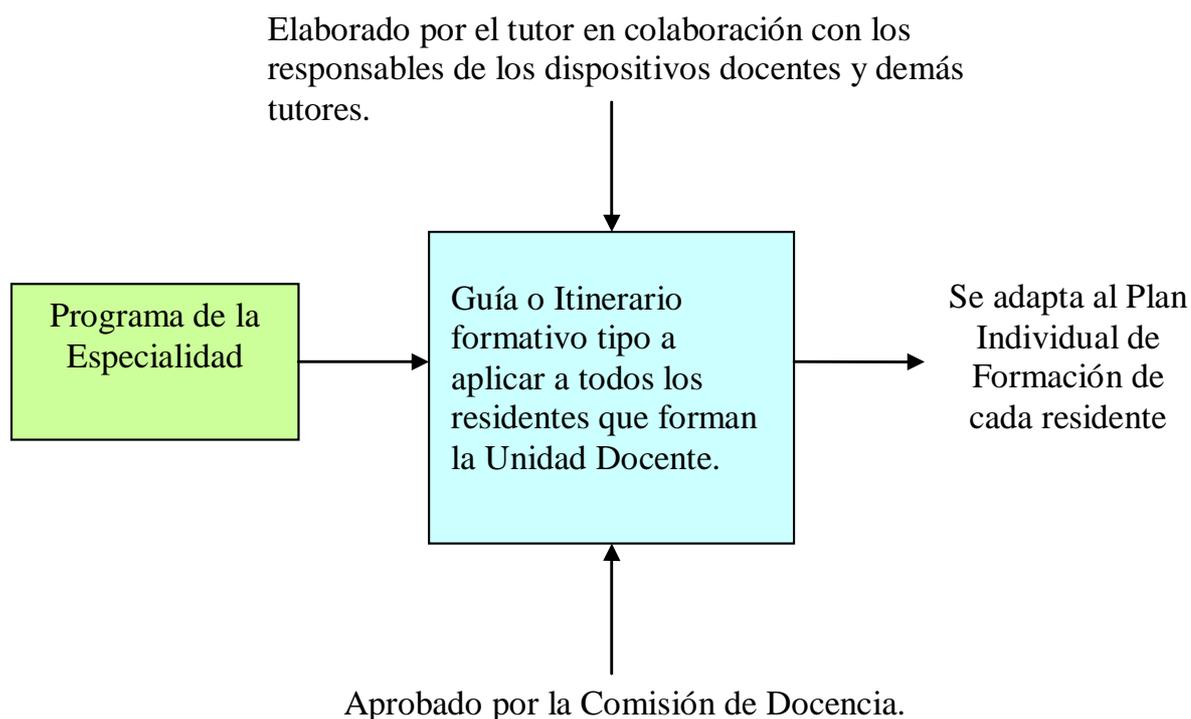
proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.



**Ilustración 18.- Funciones más relevantes de los tutores (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.**

Los tutores de cada especialidad propondrán la guía o itinerario formativo tipo de la misma, que aprobará la Comisión de Docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La mencionada guía, que será aplicable a todos los médicos internos residentes de la

especialidad que se formen en la Unidad Docente de que se trate, se entenderá sin perjuicio de su adaptación al Plan Individual de Formación de cada residente, elaborado por el tutor en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás tutores de médicos internos residentes que se formen en el Centro o Unidad Docente.



**Ilustración 19.- Desarrollo de la Guía o Itinerario Tipo (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.**

El tutor, que salvo causa justificada o situaciones específicas derivadas de la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de especialistas, será el mismo durante todo el período formativo, tendrá asignados hasta un máximo de cinco médicos internos residentes.

Las Administraciones Sanitarias, a fin de facilitar la mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes, favorecerán que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y

aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

#### **3.2.4.5 Artículo 14, del Capítulo V deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente, del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

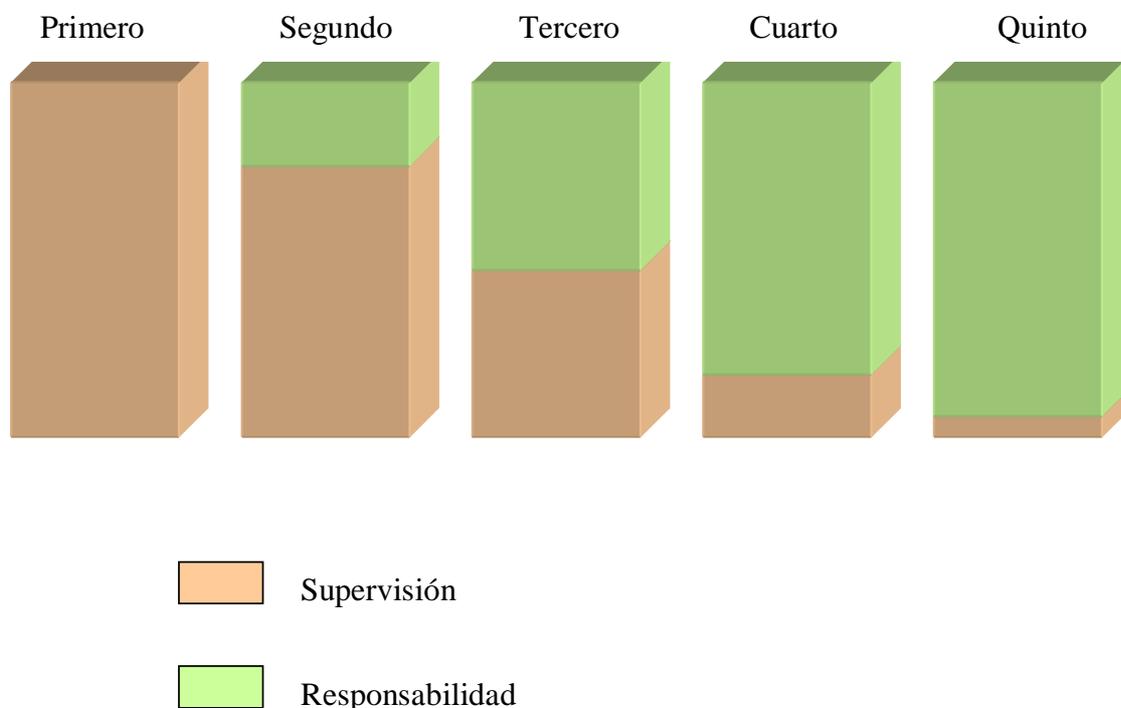
Los profesionales que presten servicios en las unidades asistenciales que formen médicos internos residentes están obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los médicos internos residentes.

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

Los médicos internos residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del Centro o Unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

La supervisión de médicos internos residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del Centro o Unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas,

bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los médicos internos residentes de primer año.



**Ilustración 20.- Evolución de la supervisión y la responsabilidad a lo largo del periodo formativo de la residencia. Elaboración propia.**

La supervisión decreciente de los médicos internos residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo.

A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir, tanto a este como a los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del Centro o Unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los médicos internos residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias.

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

Las Comisiones de Docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los médicos internos residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquier otra que se considere de interés. Dichos protocolos se elevarán a los Órganos de Dirección del correspondiente Centro o Unidad para que el Jefe de Estudios de Formación Especializada consensúe con ellos su aplicación y revisión periódica.

#### **3.2.4.6                      Capítulo VI Evaluación, del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

En el punto 2 de la Disposición transitoria primera plazos de adaptación normativa se dice que en cuanto a la evaluación no serán de plena aplicación a los médicos internos residentes hasta que no se publiquen mediante Resolución las directrices a las que se refiere el Artículo 28. Documentación relativa a las evaluaciones.

Por lo tanto lo que se indica relativo al procedimiento de evaluación de los médicos internos residentes en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, no está vigente en la actualidad. Aunque se dan unas pinceladas de cómo será la evaluación en un futuro. No se pueden aplicar todo el articulado relativo a la evaluación.

### **3.2.4.7 Artículo 28. Documentación relativa a las evaluaciones del Capítulo IV Evaluaciones, del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**

El Ministerio con competencias en Sanidad, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de la Salud y teniendo en cuenta las previsiones de este Real Decreto y los criterios de evaluación que determinen las Comisiones Nacionales de la Especialidad, aprobará las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones. Dichas directrices serán de aplicación a todas las Unidades Docentes acreditadas para impartir formación especializada.

Los médicos internos residentes que hayan obtenido plaza en formación en convocatorias anteriores a la fecha en la que se aprueben dichas directrices seguirán siendo evaluados según lo previsto en los apartados octavo, noveno, décimo y undécimo de la Orden de 22 de junio de 1995<sup>72</sup>, el procedimiento de evaluación de los especialistas en formación y la disposición adicional quinta del 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.

Anualmente el Ministerio con competencias en materia de Sanidad difunde unas Instrucciones para la evaluación de médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, psicólogos, radiofísicos y diplomados en enfermería en las que detalla el procedimiento de evaluación.

En la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995 se establece que la evaluación de los médicos internos residentes ha de ser continuada, anual y final.

La **evaluación continuada** es competencia de “los tutores y por los Jefes de las Unidades por las que el Especialista en Formación haya rotado”. En la actualidad es competencia de los tutores, tutores de apoyo y colaboradores docentes de los dispositivos por los que rota el residente. En el artículo 17 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, la denomina *evaluación formativa*.

La documentación necesaria para la evaluación continuada son el Libro del residente en formación y la ficha de evaluación continuada.

A. - El Libro del especialista en formación o libro del residente se define como un instrumento que debe reflejar “la participación del residente en actividades asistenciales, docentes y de investigación” y “datos de interés curricular” del residente. Cada una de las actividades desarrolladas debe ser visada por el responsable directo de la misma que, al mismo tiempo, debe incorporar las observaciones que considere oportunas en relación con las “aptitudes y conducta profesional” del especialista en formación. Las anotaciones del citado Libro serán visadas al menos mensualmente, por los responsables directos de la dirección de la actividad reseñada, que en relación a las aptitudes y conducta profesional del especialista en formación, resulten procedentes.

B.- La ficha de evaluación continuada tiene por finalidad contabilizar el grado en que se han alcanzado los objetivos de aprendizaje marcados en los programas de formación de cada especialidad. En ellas se “reflejará la evaluación del especialista en formación”, debe recoger una cuantificación de los criterios objetivos de evaluación. Las fichas una vez cumplimentadas serán remitidas a la Secretaria de la Comisión de Docencia, para su custodia en el expediente del residente.

Tanto la ficha de evaluación y el Libro del Especialista en Formación han sido elaborados conjuntamente por el Ministerio con competencias en Sanidad y el Ministerio con competencias en Educación.

Las fichas de evaluación continuada valoran por una parte los conocimientos y habilidades de los médicos internos residentes en formación y por otra las actitudes de los médicos internos residentes en formación.

Las fichas de evaluación continuada se cumplimenta para cada una de las rotaciones que realizan los médicos internos residentes. Se define la rotación como la estancia formativa en un dispositivo con unos objetivos formativos. Los campos que recoge esta ficha son los siguientes:

<p><b>A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES</b> NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS</p> <p><b>B.- ACTITUDES</b> MOTIVACIÓN DEDICACIÓN INICIATIVA PUNTUALIDAD/ASISTENCIA NIVEL DE RESPONSABILIDAD RELACIONES PACIENTE/TRABAJADOR/FAMILIA RELACIONES EQUIPO DE TRABAJO</p>
--

**Tabla 2.- Contenido de la ficha de evaluación continuada. Procedimiento que desarrolla la Orden 22 de junio de 1995.**

Para cada apartado de los señalados se califica con un número que equivale a la siguiente clasificación:

0: NO APTO: muy por debajo de la media de los médicos internos residentes del servicio.

1: SUFICIENTE: nivel medio del servicio.

2: DESTACADO: superior al nivel medio.

3: EXCELENTE: muy por encima del nivel medio.

La calificación correspondiente a la evaluación continuada se obtendrá de la siguiente manera: en primer lugar se calculará la media aritmética correspondiente a los parámetros referentes a conocimientos y habilidades (A) a continuación se calculará la media aritmética correspondiente a las actividades (B). La nota final ponderada se obtiene aplicando la siguiente fórmula:

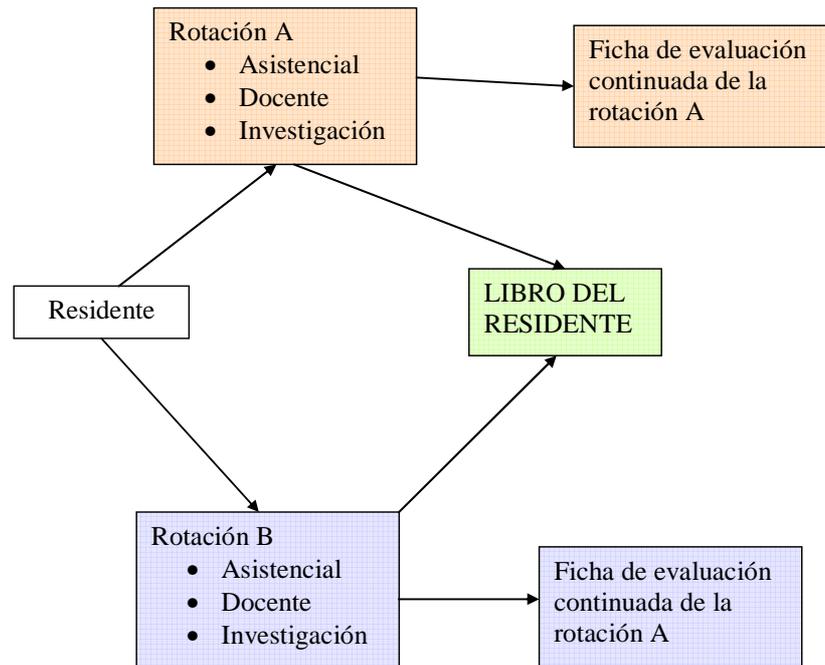
$$(A * 70 + B * 30) / 100$$

Los libros de evaluación del residente son de tres tipos:

- El denominado Libro de Familiar y Comunitaria<sup>73</sup> es utilizado por los médicos internos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: recoge el cronograma individual del proceso de formación compuesto por: *autoaprendizaje* (material usado), *aprendizaje de campo* (estancia formativa, atención continuada, seminarios y talleres, actividades docentes/investigadoras, entrevistas con el tutor, otras actividades de interés). Además se dispone de una *guía de competencias* que recoge todas las propuestas por el programa de la especialidad. Está elaborado para que el residente reflexione sobre los ítems contenidos y para que

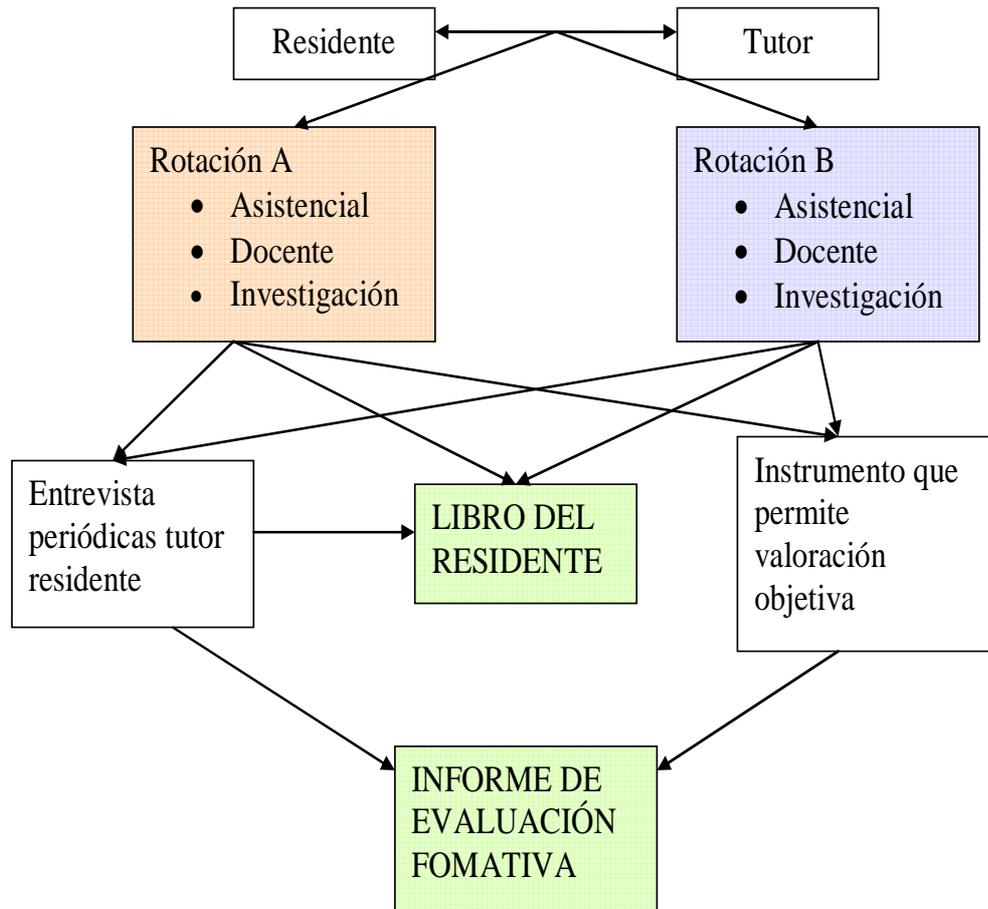
reevalúe la adquisición de las competencias denominadas esenciales.

- El denominado Libro de Medicina Preventiva y Salud Pública<sup>74</sup> es usado por los médicos internos residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública: contiene el *calendario* efectivo de las rotaciones, guardias, actividad docente, sesiones, ponencias, asistencias a actividad como oyente, actividad investigadora (comunicaciones, publicaciones, tesis, becas de investigación. Líneas de investigación a las que se haya incorporado, premios científicos, miembro de Comités o Sociedades Científicas) y la evaluación del curso de salud pública.
- El denominado Libro de Evaluación del Especialista en Formación<sup>75</sup> es usado por el resto de médicos especialista: se divide en actividades: *actividad asistencial* (calendario efectivo de rotaciones, intervenciones realizadas para los médicos con labor quirúrgica, seguimientos en planta para los médicos internos residentes con labor médica, consultas externas, interconsultas, técnicas especiales, guardias generales, guardias de la especialidad), *actividad docente* (sesiones, ponencia, asistencias a actividad como oyente) y *actividad investigadora* (comunicaciones, publicaciones, tesis doctorales, becas de investigación, líneas de investigación a las que se haya incorporado, miembro de Comités o Sociedades Científicas).



**Ilustración 21.- Evaluación continuada, de la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995. Elaboración propia.**

Aunque lo relativo a la evaluación precisa el desarrollo de unas directrices futuras, se contempla en el Artículo 18 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, el Libro del Residente como el registro individual de actividades con datos cuantitativos y cualitativos que ha de ser tenido en cuenta en la evaluación del proceso formativo. Además lo considera el *instrumento de autoaprendizaje* que favorece la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.



**Ilustración 22.- Evaluación formativa prevista en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. Elaboración propia.**

La evaluación formativa según el Artículo 17 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, sujeta a directrices, recoge:

- a) Entrevistas periódicas de tutor y residente, de carácter estructurado y pactado, favorecen la autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación. Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar la incorporación al proceso de medidas de mejora.

Las entrevistas se registrarán en el Libro del Residente y en los Informes de evaluación formativa que el tutor cumplimentará.

b) Instrumentos que permitan una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación.

La **evaluación anual** es competencia del Comité Evaluador. Siempre ha de hacerse y su cuantificación se incluye en los “criterios objetivos” que establecen los dos Ministerios implicados. En esta evaluación deben considerarse:

- Fichas de evaluación continuada y libro del residente: equivalente, por criterios de operatividad, a la evaluación de cada una de las rotaciones realizadas.
- Rotaciones Externas no previstas: sus características son idénticas a las de las rotaciones habituales por lo que su tratamiento evaluativo es igual al de éstas. Las Rotaciones Externas han de cumplir una serie de requisitos que indican en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. A continuación se indican los requisitos exigidos comparados con las condiciones previas que se exigían en la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995:

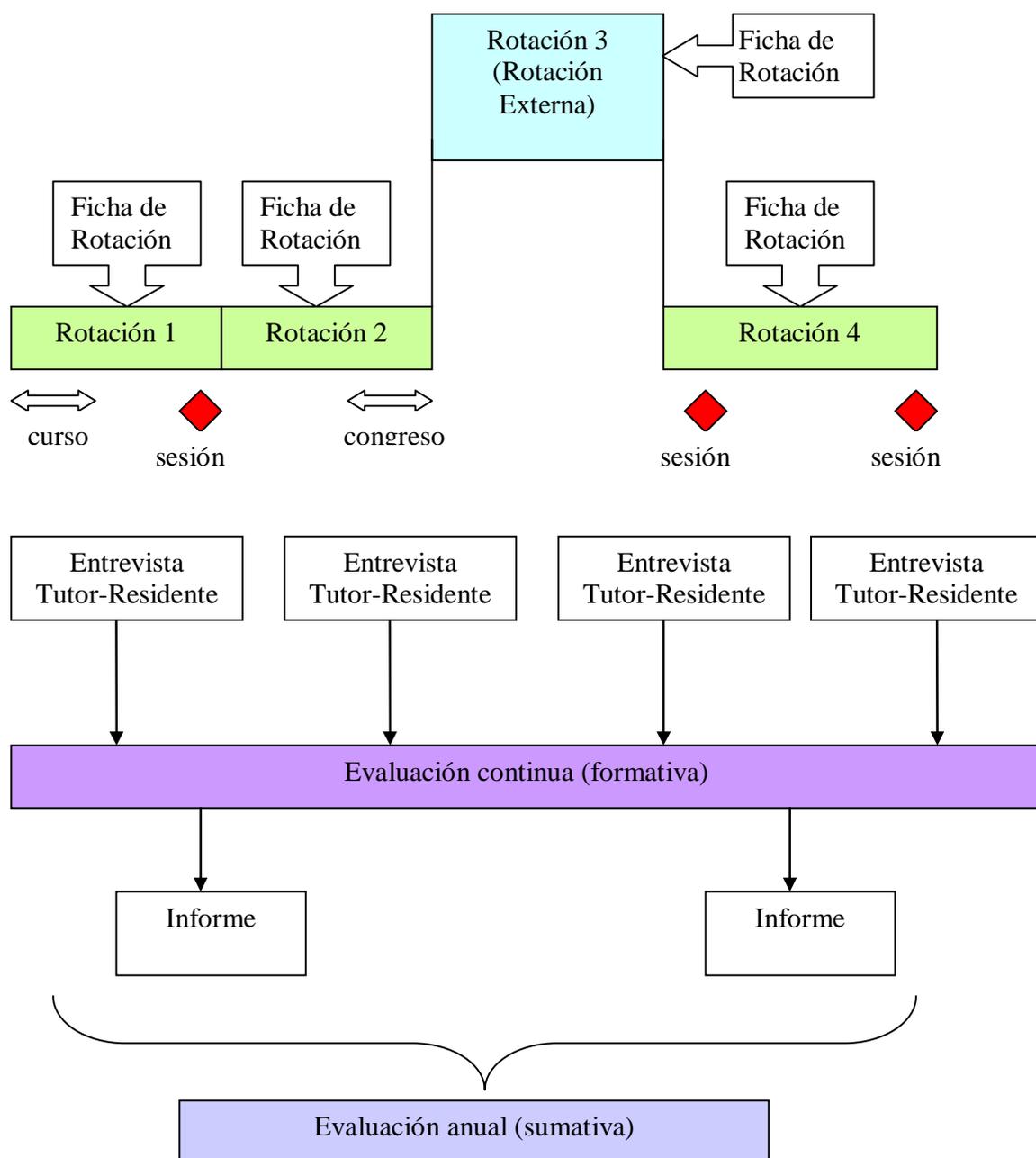
(1) Ser *propuestas por el tutor* a la Comisión de Docencia (en la Orden de 22 de junio de 1995 se proponían al Jefe de Estudios), con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro necesarias según el programa. Con el Artículo 21 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, se añade que estas rotaciones han de ser necesarias o complementarias del programa docente.

- (2) Ser *autorizadas por el Órgano competente* de la Comunidad Autónoma correspondiente. Anteriormente eran autorizadas por la Dirección General de Ordenación Profesional. Para su autorización se requiere un informe previo de las Comisiones de Docencia de origen de continuar abonando al médico interno residente en la totalidad de las retribuciones, incluidas las derivada de los módulos de Atención Continuada (guardias).
- (3) *No superar los cuatro meses continuados* dentro de cada periodo de evaluación. En la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995 no se podía superar, para un mismo centro o unidad, los seis meses. El tiempo máximo de todas las rotaciones externas no puede exceder los 12 meses para el periodo formativo de un médico interno residente. El periodo anual va comprendido de mediados-finales de mayo a mediados-finales de mayo siguiente. Se realizarán, preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio. En la Orden Ministerial de 22 de junio 1995, se señalaba que estos centros estuvieran en la misma Comunidad Autónoma y sólo con carácter excepcional podían autorizarse para centros no acreditados o de países extranjeros.
- (4) Figurar, debidamente visadas, en el *libro del residente*, debiendo el Centro o la Unidad donde las actividades se desarrollaron emitir la correspondiente ficha de evaluación. La Rotación Externa precisa una evaluación igual que otra rotación prevista en el periodo formativo. Lo que supone que se ha de realizar una *ficha de evaluación continuada*. El residente se hace responsable del traslado de dicha ficha a la Secretaría de la Comisión de Docencia de origen para su evaluación en

tiempo y forma. Esta responsabilidad no figura de modo expreso en la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995.

- Participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas relacionadas con el programa formativo y previamente autorizadas por la Comisión de Docencia. Según el Procedimiento de Evaluación de los Especialistas en Formación que desarrolla la Orden Ministerial de 22 de junio 1995 las actividades complementarias se evalúan del modo siguiente (entre paréntesis se indican estas actividades):
  - NO APTO (0): muy por debajo de la media de los médicos internos residentes del servicio.
  - SUFICIENTE (0.1): nivel medio de servicio.
  - DESTACADO (0.2): superior al nivel medio.
  - EXCELENTE (0.3): muy por encima del nivel medio.
  
- Informe del Jefe Asistencial de la Unidad Acreditada a que pertenece el especialista en formación. La calificación de los informes de los Jefes Asistenciales se puntúa de la misma manera que el apartado de participación a cursos, congresos, seminarios o reuniones

Seguidamente se muestra un esquema de las evaluaciones que se realizan en relación con las actividades que realiza el médico residente en un año formativo.



**Ilustración 23.- Actividades que desarrollan los médicos internos residentes integradas con los sistemas de evaluación, según el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero (sujeto de desarrollo de directrices por parte del Ministerio con competencias en Sanidad). Elaboración propia.**

La calificación anual será la media aritmética de las calificaciones de las Rotaciones realizadas durante el curso, a la que se sumará la calificación de las Actividades Complementarias y la del Informe del Jefe de Unidad.

Para la conversión de la escala numérica en la calificación definitiva se procederá a desprestigiar los decimales de la forma siguiente:

0-1	=	<b>0</b>	(No apto)
1-2	=	<b>1</b>	(Suficiente)
2-3	=	<b>2</b>	(Destacado)
3-3.6	=	<b>3</b>	(Excelente)

Los resultados de la evaluación anual pueden ser evaluación anual positiva o negativa.

La **evaluación anual positiva** puede ser *Suficiente, Destacado o Excelente*. También puede obtenerse la calificación de *Apto* en aquellos supuestos en los que se reconozca un curso completo en un procedimiento de Reconocimiento de Servicios Formativos previos o en un procedimiento de Cambio de Especialidad.

La **evaluación anual negativa** será en todo caso *No Apto*. El Comité de Evaluación puede optar por tres posibilidades:

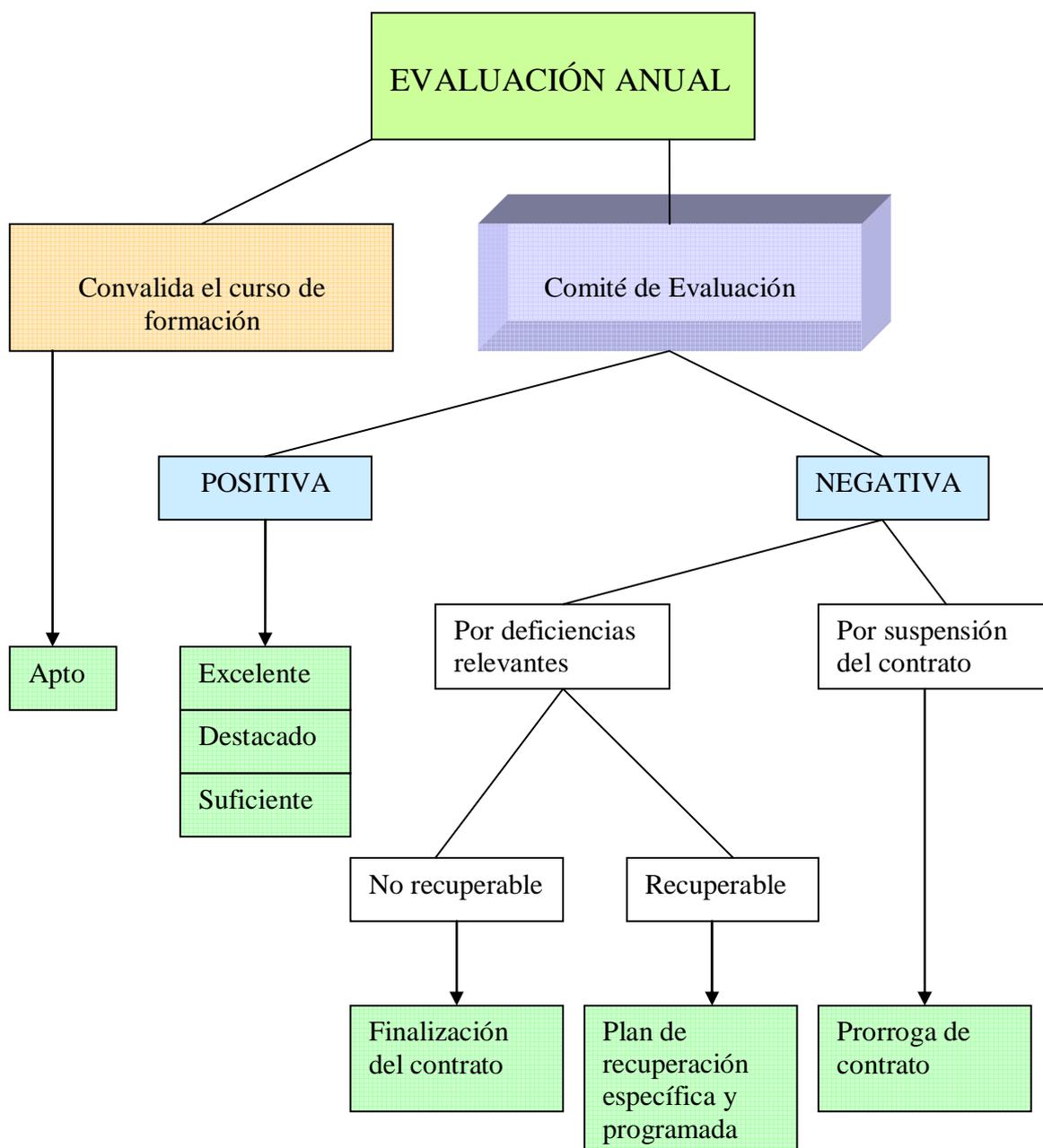
- *No Apto por deficiencias relevantes no recuperables*. Esta evaluación, que supone la extinción del contrato de trabajo, se producirá como consecuencia de reiteradas faltas de asistencia no justificadas, notoria falta de aprovechamiento o insuficiente aprendizaje que a juicio de los órganos docentes no permitan recuperación.
- *No Apto por deficiencias relevantes recuperables*. Esta evaluación se produce cuando el residente no alcance los objetivos formativos fijados; pero el Comité de Evaluación considere que puede alcanzarlos mediante un Plan de recuperación específica y programada.

- *No Apto por haber quedado suspendido el contrato de trabajo por un tiempo superior al 25% del tiempo de formación del curso de que se trate.* En estos casos se autorizara la Prorroga de contrato por el tiempo necesario para completar el periodo formativo o su repetición completa.

La calificación otorgada se reflejará en una ficha de evaluación anual, en el Acta de la sesión del Comité de Evaluación. La ficha ha de ser visada por el Jefe de Estudios y cotejada con el Libro del Residente. La calificación obtenida por el médico interno residente se ha de notificar al interesado, a la Comisión de Docencia y a la Gerencia del Centro en el que está adscrito el médico interno residente.

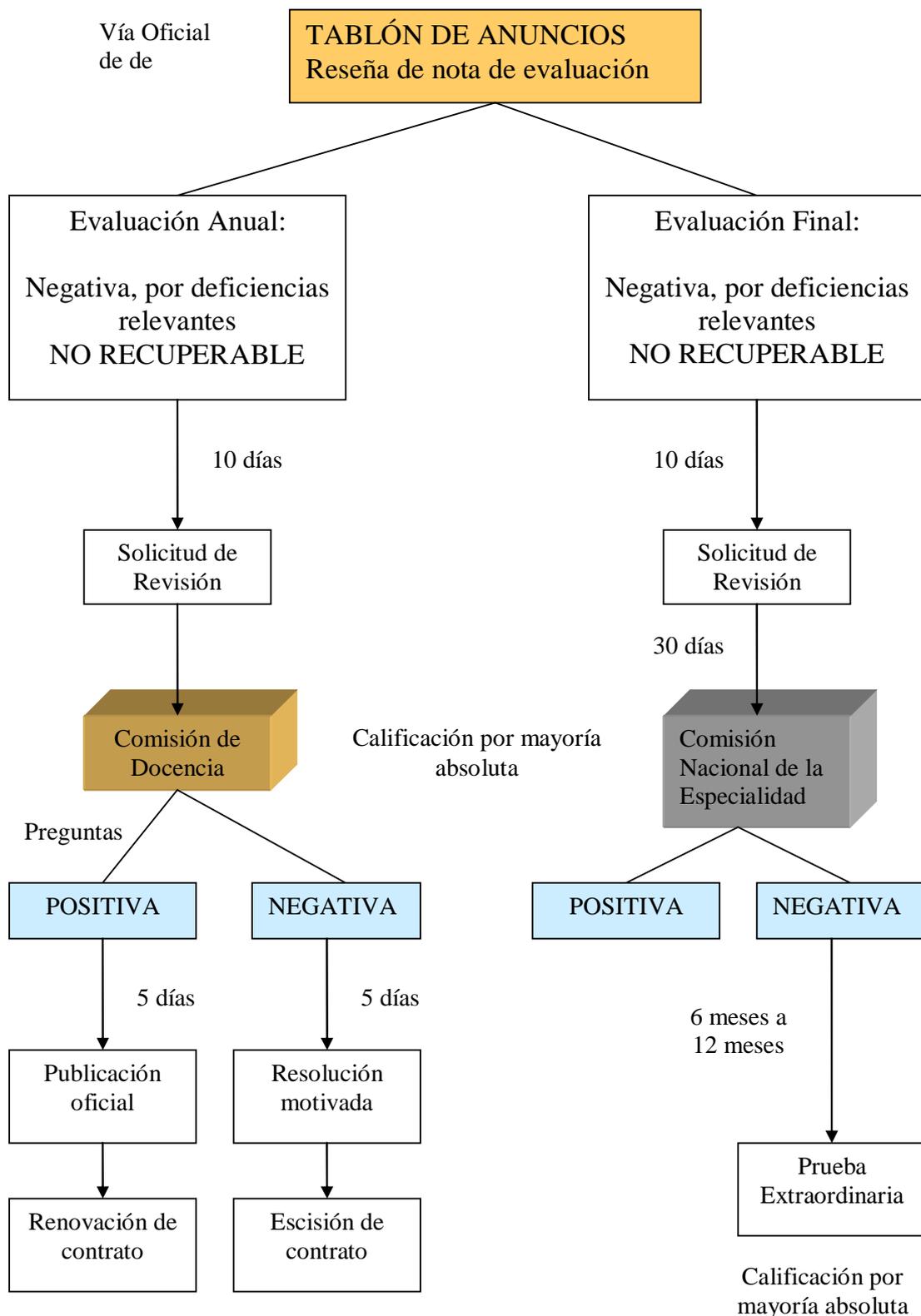
Las notas otorgadas a los médicos internos residentes se han comunicar al Registro Nacional de Especialistas en Formación del Ministerio con competencias en Sanidad. De modo que con una periodicidad anual se comunica al Ministerio para mantener actualizado dicho Registro.

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, tiene previsto que la evaluación de todo el periodo formativo de los médicos internos residentes se lleva a cabo por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente. De modo que la evaluación llevada a cabo por el Comité de Evaluación para el último de los años del periodo formativo se una propuesta. Además se remitirá el correspondiente libro del residente, que una vez visado con la calificación otorgada será devuelto al interesado.



**Ilustración 24.- Evaluación anual (sumativa) de los médicos en Formación Especializada, según el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre. Elaboración propia.**

Según el Artículo 20 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, a la espera de su desarrollo con unas directrices, para la evaluación anual se utilizarán además los Informes de las Unidades Asistenciales integradas en la Unidad Docente.



**Ilustración 25.- Revisión de la evaluación negativa, según el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre. Elaboración propia.**

El Procedimiento de revisión de la evaluación anual y de la final negativa viene regulado en la disposición adicional quinta procedimiento de revisión de las evaluaciones del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre.

Cuando la evaluación anual o la evaluación final sean negativas y el Comité de Evaluación considere que no procede recuperación, y por lo tanto, sólo cabe la extinción de contrato, los afectados pueden solicitar su revisión. También se puede solicitar la revisión de la evaluación final positiva cuando la calificación se considere desfavorable.

Para la *revisión anual negativa no recuperable* el interesado tiene que solicitarlo a la Comisión de Docencia en el plazo de 10 días siguientes a su publicación (la vía Oficial de conocimiento de su nota es el Tablón de Anuncios del Centro o Unidad). Al acto de la revisión el residente puede acudir acompañado por su tutor. Los miembros de la Comisión de Docencia formularán las preguntas que consideren convenientes y la calificación, que resultará definitiva, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros. Pueden resultar dos circunstancias.

- Si la evaluación anual es positiva (cabría incluir la evaluación negativa recuperable aunque no la menciona la norma) se procederá a la publicación en el plazo de 5 días desde la revisión.
- Si la evaluación anual es negativa (se entiende que es no recuperable, en los mismos términos que se dio inicialmente) en el plazo de 5 días, la Comisión se lo notificará al médico interno residente mediante Resolución motivada y al Gerente del Centro para que proceda a la extinción del contrato.

Para la *revisión final negativa, no recuperable*, en el plazo de 10 días desde su publicación, el interesado puede solicitar su revisión ante la

Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente. Recibida la solicitud la Comisión fijará una fecha para la realización de una prueba dentro de los 30 días posteriores de la recepción de la solicitud, tras la cual decidirá la calificación por mayoría absoluta de sus miembros.

Si se mantiene la evaluación final negativa (se entiende en los mismo términos que la otorgada previamente), el interesado tiene derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma Comisión, entre los 6 meses y el año como máximo a contar desde la prueba anterior. La Comisión está obligada a notificar al interesado la fecha de la prueba con un mes de antelación. La calificación se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva.

*La revisión de la calificación de la evaluación final positiva*, cuando el interesado considere que la calificación es desfavorable, tendrá derecho a realizar una prueba ante la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, con la finalidad de mejorar la calificación inicial. El procedimiento será el mismo que para una prueba de revisión final negativa. La decisión de la Comisión será definitiva, sin posibilidad de prueba extraordinaria.

En la actualidad la Comisión Nacional de la Especialidad interviene en los casos de revisión únicamente. La previsión que hace el Artículo 26 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero y sujeto a las directrices que desarrollan la evaluación, prevé que la Comisión Nacional intervenga al final de todos los periodos formativos de los médicos internos residentes. De modo que otorgaría el resultado de la evaluación final. Las tres posibles calificaciones son: Positiva, Positiva Destacada y Negativa. Si la evaluación final fuera Positiva o Positiva Destacada el residente podría solicitar su revisión a la Comisión Nacional de la Especialidad de que se trate, para optar a las calificaciones siguientes mediante la realización de una prueba:

- Destacado con mención
- Destacado con mención especial

En el Artículo 26 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, se dice que la finalidad de esta prueba es evaluar el nivel de competencias adquirido por el residente durante el periodo de formación. Las calificaciones otorgadas por la Comisión Nacional tendrán un carácter definitivo sin posibilidad de Prueba Extraordinaria. Los aspirantes que no obtengan alguna de las calificaciones antes mencionadas mantendrán la inicialmente otorgada por el Comité de Evaluación.

### **3.2.5 Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las Comisiones de Docencia, a la figura del Jefe de Estudios de Formación Especializada y al nombramiento del tutor**

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 10 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, se publica esta Orden<sup>76</sup> en la que se detallan las funciones de las Comisiones de Docencia.

### **3.2.5.1 Apartado I Criterios comunes relativos a las funciones de las Comisiones de Docencia, del ANEXO, de la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero**

Las funciones de las Comisiones de Docencia son:

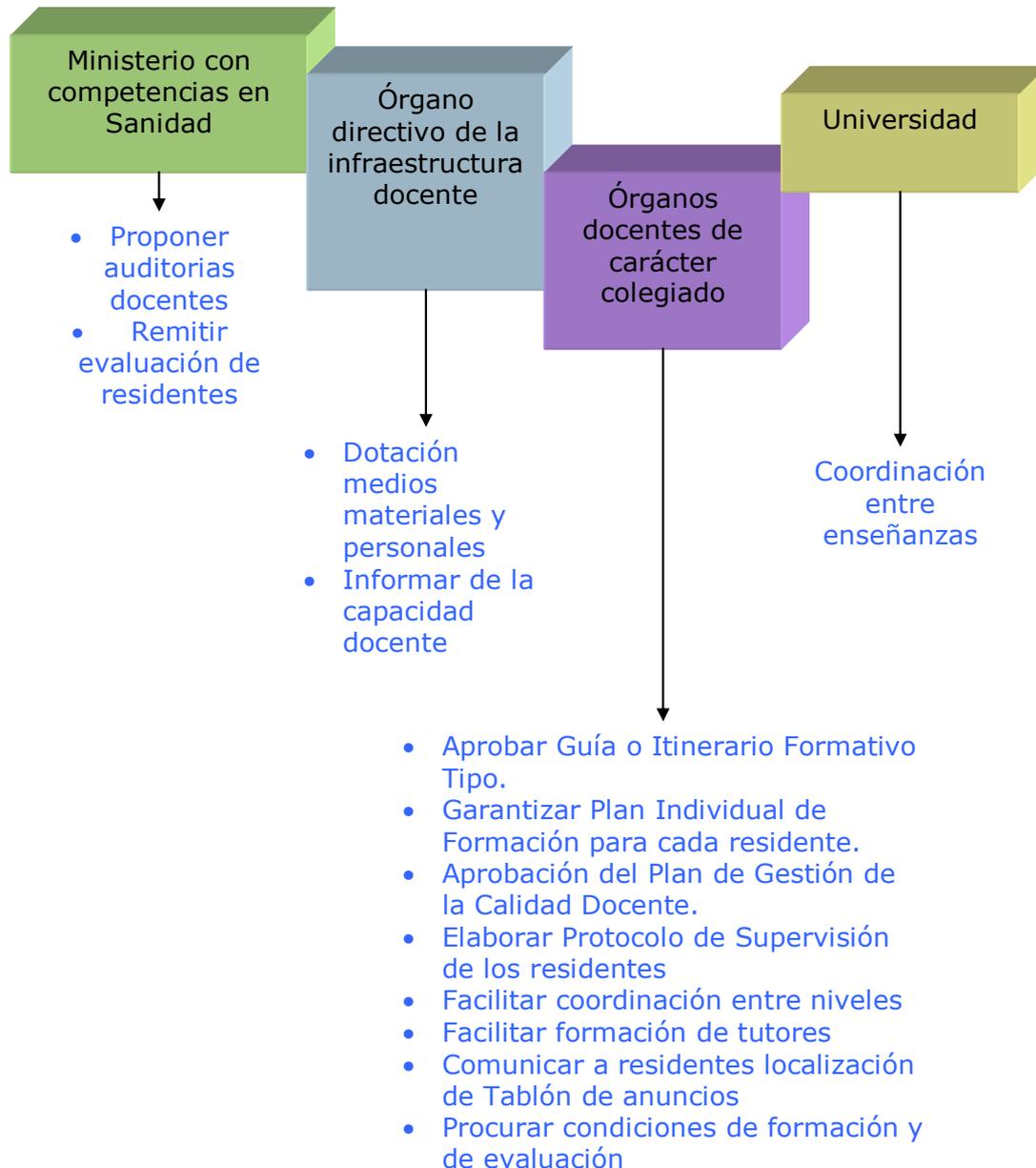
- b) Aprobar a propuesta de los correspondientes tutores, una Guía o Itinerario Formativo Tipo de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito. Dicha guía, que garantizará el cumplimiento de los objetivos y contenidos del programa oficial de la especialidad, se adaptará a las características específicas de cada Centro o Unidad.
- c) Garantizar que cada uno de los médicos internos residentes de las especialidades que se formen en su Centro o Unidad, cuenten con el correspondiente Plan Individual de Formación, verificando en colaboración con los tutores de la especialidad de que se trate, su adecuación a la guía formativa o itinerario tipo antes citado.
- d) Aprobar el Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro o Unidad Docente, supervisando su cumplimiento, a cuyos efectos les será facilitada cuanta información sea necesaria por los responsables de las unidades asistenciales y por los correspondientes órganos de dirección y gestión.
- e) Elaborar el protocolo de supervisión de los médicos internos residentes en los términos establecidos en la legislación vigente.
- f) Facilitar la adecuada coordinación docente entre niveles asistenciales.

- g) Proponer a los órganos competentes en la materia la realización de auditorías docentes.
- h) Aprobar y fomentar la participación de los médicos internos residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas, relacionados con el programa, previo informe de la unidad de apoyo a la formación/investigación que en cada caso corresponda, oído el tutor y el responsable de la unidad asistencial de que se trate.
- i) Facilitar la formación continuada de los tutores en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- j) Participar en la acreditación y reacreditación de tutores en los términos que establezca cada comunidad autónoma.
- k) Informar, al menos anualmente, a los correspondientes órganos de dirección sobre la capacidad docente del Centro o Unidad.
- l) Remitir al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su Presidente, las evaluaciones finales y anuales, así como los resultados de sus revisiones y los períodos de recuperación que en su caso correspondan, en los términos previstos en la legislación vigente. Asimismo, las Comisiones de Docencia notificarán al Registro Nacional de Especialistas en Formación las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración período formativo, según las Instrucciones que dicte el mencionado Registro Nacional de Especialistas en Formación.
- m) Comunicar por escrito a los médicos internos residentes el lugar donde se ubicará el o los tablón/es oficial/es de anuncios de la Comisión de Docencia en el que se insertarán los Avisos y Resoluciones de la misma. La existencia de dichos tablonos de

anuncios se entiende sin perjuicio de la utilización de otros medios añadidos, incluidos los telemáticos, que faciliten la divulgación de los citados avisos y resoluciones.

- n) Procurar que en los dispositivos del Centro o Unidad se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los médicos internos residentes, así como para llevar a cabo la evaluación formativa de las actividades de los mismos, procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales en los términos previstos en la legislación vigente.
- o) Procurar que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el Centro o Unidad Docente, exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado y postgrado y la Formación Especializada en Ciencias de la Salud.
- p) Proponer a los correspondientes órganos de dirección que adopten las medidas necesarias para que se dote a las Comisiones de Docencia y a los tutores de los medios materiales y personales que sean necesarios para la adecuada realización de sus funciones.
- q) Cuantas funciones les asignen las Comunidades Autónomas, o les atribuyan las disposiciones reguladoras de la Formación Sanitaria Especializada. Además de las que se reflejan en esta Orden, en la Comunidad de Castilla y León se han incorporado nueve funciones más que vienen definidas en el Artículo 8 del Decreto 75/2009, de 15 de octubre.

En el siguiente gráfico se esquematizan las funciones de la Comisión de Docencia que se recogen en la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero.



**Ilustración 26.- Funciones de la Comisión de Docencia, según la Orden SCO/581/2008. Elaboración propia.**

### **3.2.6 Las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada y sus modificaciones posteriores**

La Orden del 27 de junio de 1989<sup>77</sup> es una de las normas reguladoras que establecen las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada.

La oferta de plazas será elaborada por la Comisión entre el Ministerio con competencias en Sanidad y el Ministerio con competencias en Educación, atendiendo a la capacidad docente acreditada, las necesidades sociales de especialistas y las del Sistema Nacional de Salud, las disponibilidades presupuestarias y los compromisos adquiridos en convenios y tratados internacionales suscritos por el Estado Español.

El sistema de selección consistirá en una prueba de carácter estatal en la que los aspirantes recibirán una puntuación total individual obtenida de la suma de la que alcancen en la práctica de un ejercicio de contestaciones múltiples, que se rendirá ante las mesas de examen que se constituirán simultáneamente en localidades de las Comunidades Autónomas, y de la asignada a sus méritos académicos.

La adjudicación de las plazas, cuya provisión se convoque, se efectuara siguiendo el orden decreciente de mayor a menor puntuación total individual, reconocida a cada aspirante en la relación definitiva de resultados, conforme a la solicitud presentada con carácter prioritario por el interesado. Los aspirantes a los que se hubiese adjudicado plaza deberán tomar posesión de la misma o formalizar la correspondiente matrícula en los plazos que, a tal efecto, se señalen si no lo hicieran perderán sus derechos, pudiendo concurrir a otras convocatorias en

igualdad de condiciones que el resto de los aspirantes las plazas que puedan resultar vacantes en cada convocatoria por renuncia tácita o expresa de los adjudicatarios, no serán nuevamente provistas.

Las ordenes que han modificado la mencionada Orden de acceso son: Orden de 18 de junio de 1993<sup>78</sup>, Orden de 11 de julio de 2000<sup>79</sup>, Orden PRE/829/2003, de 4 de abril<sup>80</sup>, el apartado 1.e) de la disposición transitoria quinta del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero y la Orden SAS/2158/2010, de 28 de julio<sup>81</sup>. Las aportaciones que hacen estas normas a la Orden de 27 de junio de 1989 son:

La Orden de junio de 1993 que regula la tramitación de reconocimiento de periodos formativos previos de médicos.

La Orden SAS/2158/2010, de 28 de julio, estableció los siguientes cambios:

- Se modificó el peso del baremo académico. Se ha reducido del 25% al 10% y el examen ha aumentado del 75% al 90% de la nota final máxima. Se realizó porque había mucha heterogeneidad en los expedientes académicos (nacionales licenciados, comunitarios y extracomunitarios) y créditos (españoles y europeos).
- La ostentación del título universitario o reconocimiento u homologación a la fecha en que finaliza el plazo de presentación de solicitud, en lugar de la fecha de celebración del ejercicio. Se elimina la aceptación de "admitido condicional".
- El cupo de plazas para médicos no comunitarios no podrán superar el 10%. El cupo se ha mantenido en 10% para las convocatorias de 2001 hasta la convocatoria de 2011. En la convocatoria de 2012 es de un 7%.

- Se crea la posibilidad de realizar un segundo llamamiento para asignar plazas no cubiertas de las titulaciones que se determinen. Para el caso de súbditos extranjeros pueden incrementarse la adjudicación de plazas, como máximo al 15% para médicos.

### **3.2.7 Convocatorias a las pruebas de acceso a la Formación Sanitaria Especializada para médicos: requisitos y ejercicio.**

Las convocatorias (año 2002<sup>82</sup>, año 2003<sup>83</sup>, año 2004<sup>84</sup>, año 2005<sup>85</sup>, año 2006<sup>8687</sup>, año 2007<sup>88</sup>, año 2008<sup>89</sup>, año 2009<sup>90</sup>, año 2010<sup>91</sup>, año 2011<sup>9293</sup>, año 2012<sup>94</sup>, año 2013<sup>95</sup>) de la pruebas de acceso a la formación sanitaria especializada han publicado, en su mayoría, a través de una Orden en el Boletín Oficial del Estado.

La convocatoria de acceso en el año 2001 (publicada en el año 2000) estaba dividida en dos: una para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (publicada en agosto del 2000<sup>96</sup>) y otra para el resto de especialidades Médicas (publicada en diciembre del 2000<sup>97</sup>). A partir de esta fecha la convocatoria es única y se publica en el último trimestre del año (octubre, noviembre, diciembre). El ejercicio de la prueba se desarrolla a principios del año siguiente. La adjudicación se realiza en el primer trimestre del año siguiente a la publicación. El acceso tiene lugar habitualmente en el mes de mayo del siguiente año a la publicación.

Los requisitos de los candidatos a la Formación Sanitaria Especializada para médicos que se han solicitado a lo largo del periodo de estudio son:

- 1) **Nacionalidad:** se identifican cinco grupos posibles:

- a) Ser español o nacional de cualquier Estado miembro de la Unión Europea o personas incluidas en el ámbito de aplicación de los Tratados internacionales celebrados por la Comunidad Europea y ratificados por España, en los que sea de aplicación la libre circulación de trabajadores. Asimismo, podrán participar en esta convocatoria el cónyuge o la pareja con la que se mantenga una unión análoga a la conyugal inscrita en un registro público. Igualmente podrán participar los descendientes directos de los ciudadanos comunitarios.
  
  - b) Los ciudadanos de otros Estados miembros de la Unión Europea o de Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, de la Confederación Suiza o del Principado de Andorra.
  
  - c) Los solicitantes que son o cónyuge o pareja de un español o, ciudadano comunitario con el que mantenga una unión análoga a la conyugal inscrita en un registro público establecido a esos efectos en un Estado miembro de la Unión Europea o de otro estado parte en el Acuerdo Económico Europeo.
  
  - d) Los nacionales de terceros países no incluidos en los dos apartados anteriores, que son titulares de una autorización para residir en España en la ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero y en su Reglamento, aprobado por Real Decreto 557/2011, de 20 de abril.
  
  - e) Los nacionales de países que no sean miembros de la Unión Europea o Espacio Económico Europeo, pero que tienen firmado y en vigor Convenio de Cooperación Cultural con España.
- 2) **Título Universitario:** estar en posesión del título universitario de la Licenciatura en Medicina o en Medicina y Cirugía o bien estar en condiciones de obtenerlo por haberlo solicitado en la forma establecida por la legislación vigente. En el caso de títulos extranjeros se exigirá

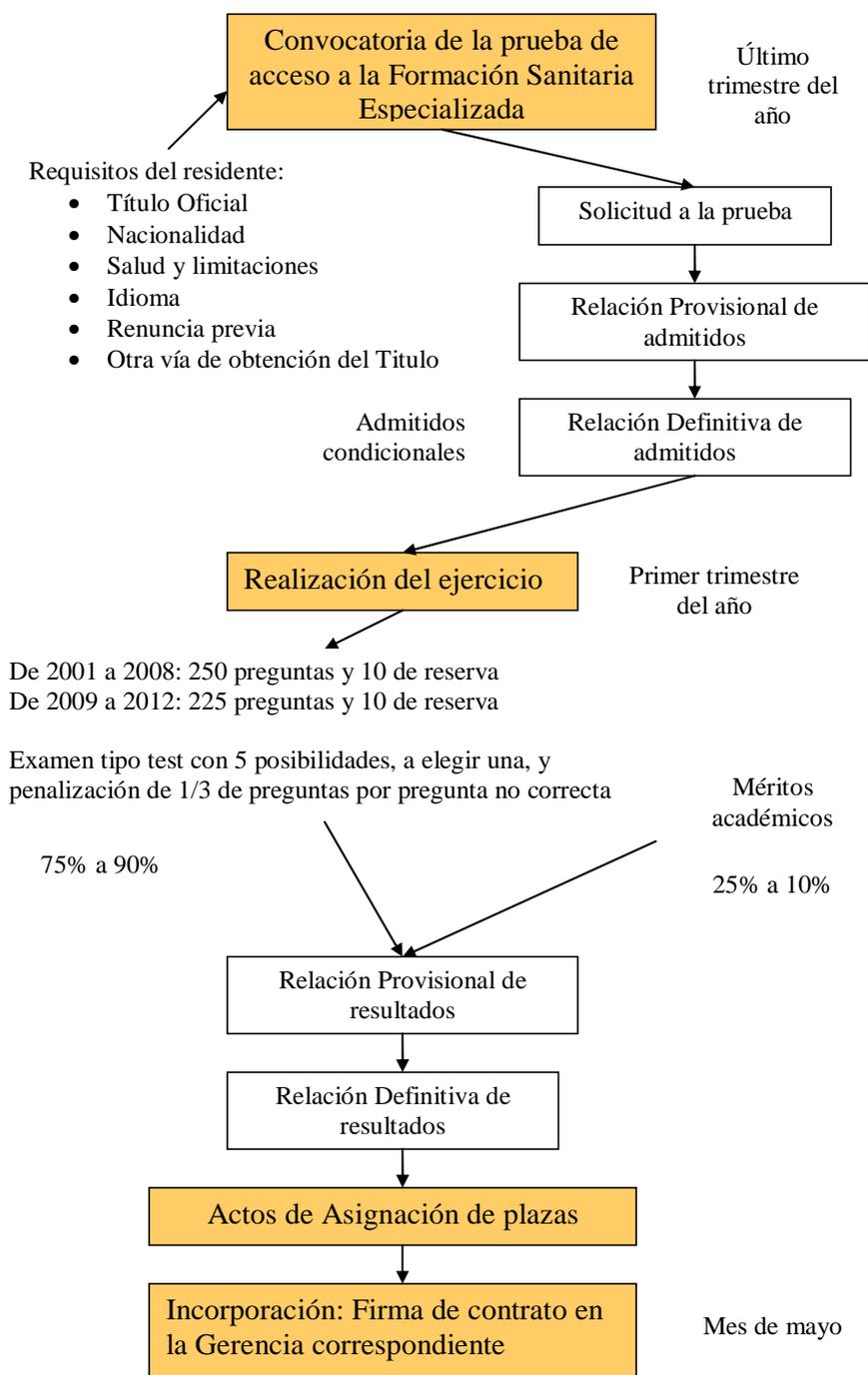
que hayan sido expresamente reconocidos u homologados por el Ministerio con competencias en Educación. *El requisito mencionado en este apartado deberá reunirse antes de la fecha de celebración del ejercicio.* A partir de la convocatoria publicada en 2011 se modifica el plazo de presentación. Este requisito deberá reunirse antes de que termine el plazo de presentación de solicitudes.

- 3) **Salud y limitaciones de los solicitantes:** No padecer enfermedad ni estar afectado por limitación física o psíquica que sea incompatible con el desarrollo de las actividades profesionales que exige cada programa formativo, a cuyos efectos deberá superarse el examen médico que han de someterse a los adjudicatarios tras la toma de posesión y antes de la firma del contrato. De no superar este examen la adjudicación se entenderá sin efecto.
- 4) **Idioma:** A partir de la convocatoria de 2007 los aspirantes nacionales de estados cuya lengua oficial no sea el castellano, solo serán admitidos si acreditan un conocimiento suficiente del mismo.
- 5) **Renuncia previa.** A partir de la convocatoria de 2008 los aspirantes que se encuentren realizando un periodo de Formación Especializada en plaza de residente obtenida en anteriores convocatorias de pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada, solo podrán concurrir a las presentes pruebas, si junto con su solicitud aportan renuncia previa y expresa a la plaza en formación que desempeñan.
- 6) **Otras vías de obtención del título.** A partir de la convocatoria de 2008 los aspirantes que hayan obtenido un título de especialista por cualquier procedimiento, no podrán ser adjudicatarios de plaza de la misma titulación y especialidad que la que se corresponde con dicho título, cualquiera que sea el número de plazas ofertadas de la especialidad de que se trate.

El ejercicio de contestación múltiple se define por:

- Puntuación positiva en la valoración particular del ejercicio de contestación múltiple: En la convocatoria de 2008 aparece este concepto. Significa que para poder participar en los actos de adjudicación en plaza de formación sanitaria especializada de las ofertadas en esta convocatoria, será necesario haber obtenido una valoración positiva en el ejercicio de contestaciones múltiples.
- Numero de preguntas del ejercicio de contestación múltiple: Constaba de 250 preguntas más 10 de reserva para las convocatorias que van del 2001 al 2008. A partir de la convocatoria del año 2009 se compone de 225 preguntas y 10 de reserva. Las preguntas mal contestadas restan.
- Imágenes, del mismo modo a partir de la convocatoria del año 2009, se incluyen imágenes (12 para la convocatoria del 2009, 15 para la convocatorias del 2010 y 2011, 17 para la convocatoria 2012). Estas imágenes son fotos de una parte del cuerpo, radiografías, tomografías computarizadas axiales (TAC) y electrocardiogramas. Estas imágenes se mencionan en las preguntas de elección múltiple: 25 preguntas de la convocatoria de 2009 se ligan con imágenes, 30 preguntas de las convocatorias del 2010 y 2011 y 34 de la convocatoria 2012 se ligan con imágenes.
- Punto de corte: En la convocatoria de 2012 será necesario obtener una valoración particular igual o superior al 30% de la media aritmética de las diez mejores valoraciones particulares del citado ejercicio, a estos efectos solo se tendrán en cuenta los números enteros del resultado de esta operación despreciándose los decimales.

En el siguiente gráfico se esquematizan las normas reguladoras de la prueba de acceso a la Formación Sanitaria Especializada y el desarrollo de la convocatoria a dicha prueba.



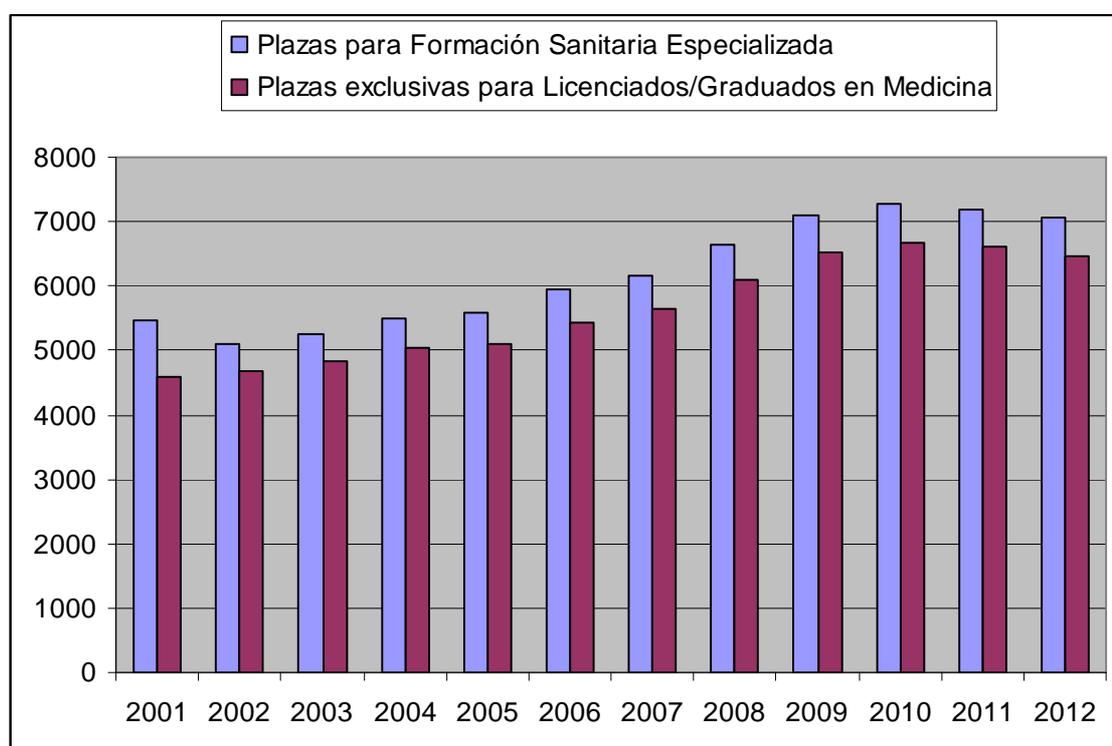
**Ilustración 27.- Normas reguladoras de la prueba de acceso a la Formación Sanitaria Especializada y desarrollo de la convocatoria de dicha prueba.**

**Elaboración propia.**

### 3.2.8 Oferta de plazas a través de las convocatorias a las pruebas de acceso a la Formación Sanitaria Especializada para médicos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud

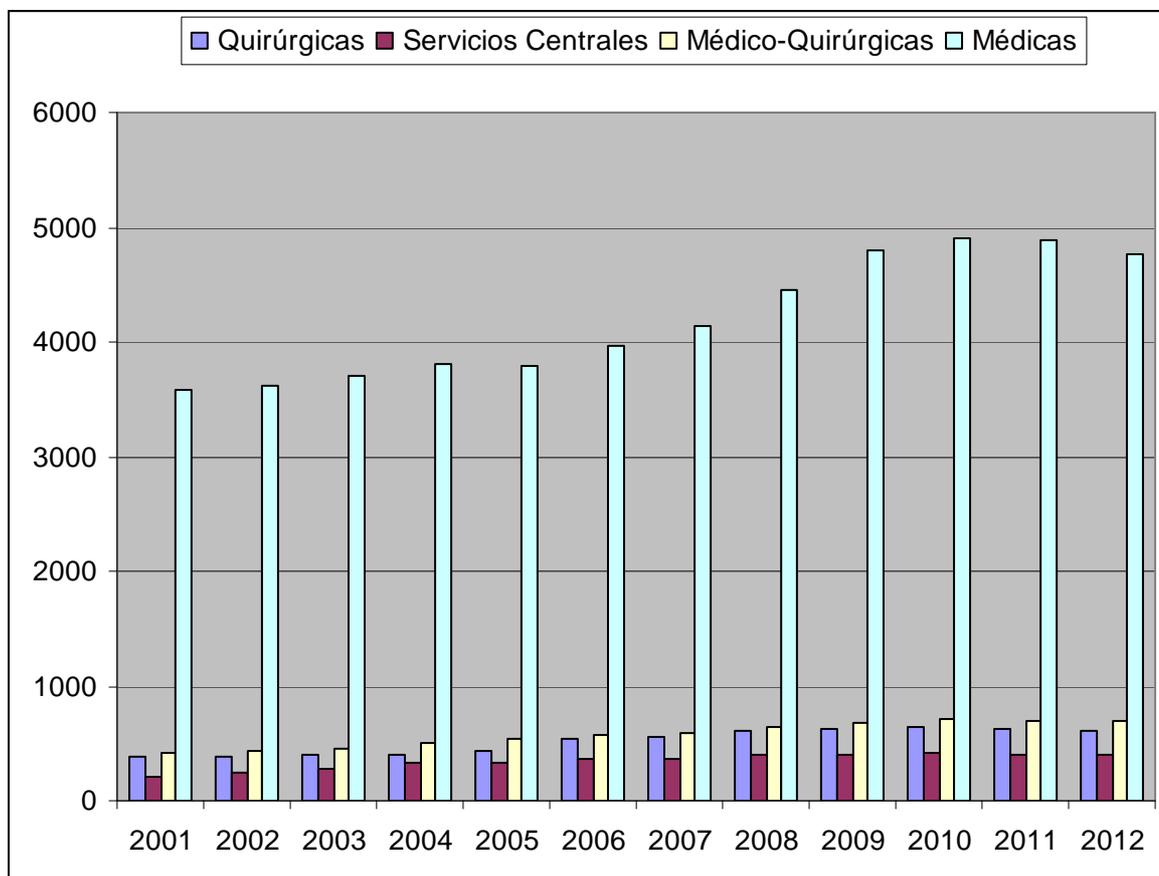
De 2001 a 2012, se han convocado en España 74.264 plazas para realizar Formación Sanitaria Especializada. De estas 67.682 (91,14%) son de las 39 especialidades exclusivas para Licenciados/Graduados en Medicina.

El número de plazas ofertadas en estos años ha sido el siguiente:



**Ilustración 28.- Distribución anual del número de plazas para Formación Sanitaria Especializada y para especialidades reservadas a Licenciados/Graduados en Medicina, año a año, años 2001-2012. Elaboración Propia.**

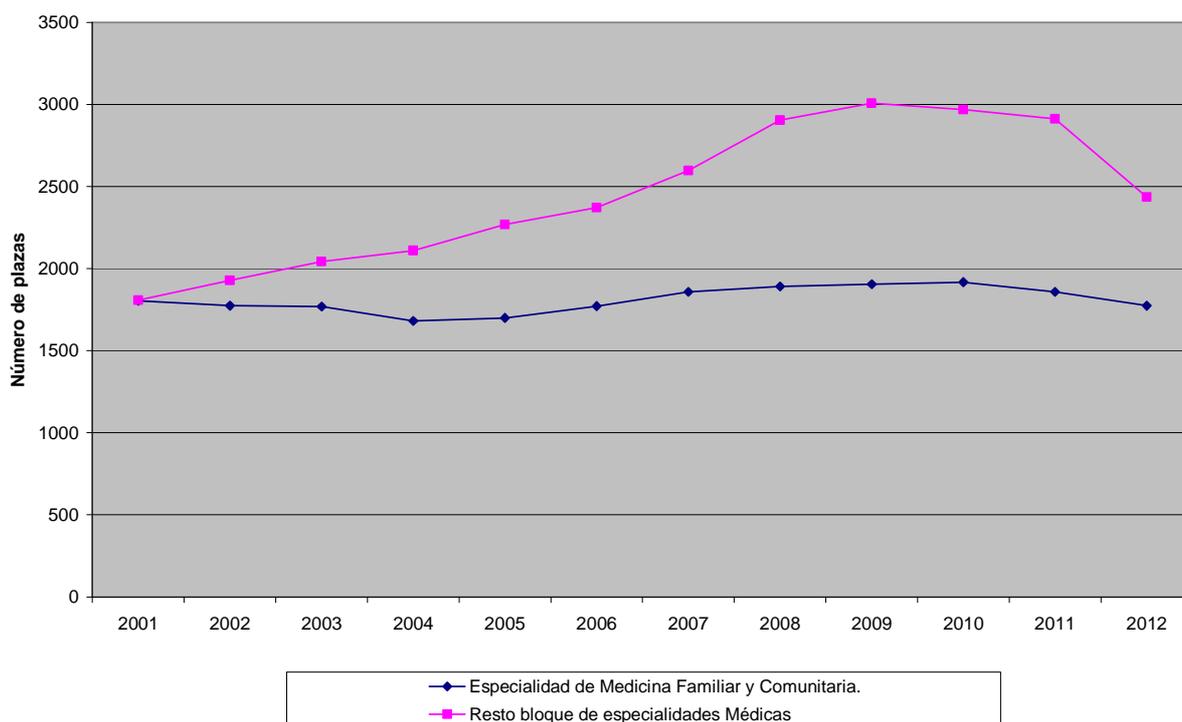
El número de las plazas reservadas para Licenciados/Graduados de Medicina por bloques de especialidades ha sido el siguiente:



**Ilustración 29.- Distribución anual del número de plazas reservadas a Licenciados/Graduados en Medicina por bloques, año a año, años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Todos los bloques de especialidades aumentan hasta el año 2010, a partir de entonces disminuyen. El 74,53% de las plazas ofertadas son del bloque de especialidades Médicas.

Se analiza la evolución de la oferta de plazas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria comparada con el resto de especialidades que constituyen el bloque de especialidades Médicas.



**Ilustración 30.- Evolución de la oferta de plazas formación sanitaria especializada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria frente al resto de especialidades de Médicas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud según el año de convocatoria. Elaboración Propia.**

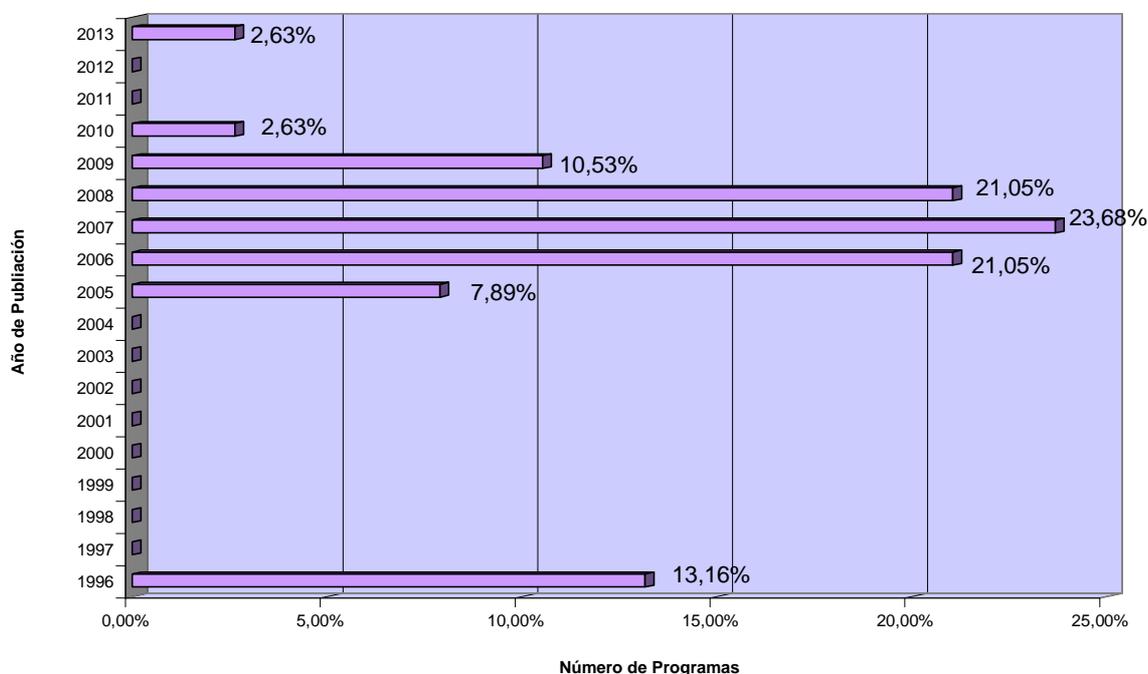
La media de plazas de familia a lo largo de los 12 años de estudio ha sido de 1809 (Desviación Estándar= 77,7) y la media de plazas ofertadas para el resto de especialidades del bloque Médico es de 2446 (Desviación Estándar= 429,32).

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha experimentado un ascenso de un 4,81% de 2001 a 2010, mientras que el resto de especialidades del bloque Médico han ascendido un 66,37% de 2001 a 2010.

De 2010 a 2012 ambas tanto la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como el resto de especialidades de este bloque disminuyen.

### 3.2.9 Publicaciones de los programas de las especialidades para médicos por sistema de residencia.

Los programas son elaborados por las Comisiones Nacionales de las especialidades correspondientes y posteriormente aprobado o bien por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio con competencias en Educación por **Resolución** (datan del año 1996) o bien por el Ministerio con competencias en Sanidad, previos informes de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio con competencias en Educación por **Orden** (datan de los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 y 2013). La distribución de los programas por año de publicación se indica en el gráfico siguiente:



**Ilustración 31.- Distribución de los Programas Formativos de Formación Sanitaria Especializada, según su año de publicación. Elaboración Propia.**

El 65,78 % de todos los programas se ha publicado en 2006, 2007 y 2008. La mayoría de los programas (86,83% de ellos) se han modificado a lo largo de 2005-2012.

### **3.3 Normativa autonómica**

#### **3.3.1 Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema Sanitario de Castilla León**

En esta ley<sup>98</sup> dice que el Sistema de Salud de Castilla y León colaborará con el proceso de **formación** pregraduada, posgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad.

#### **3.3.2 Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León**

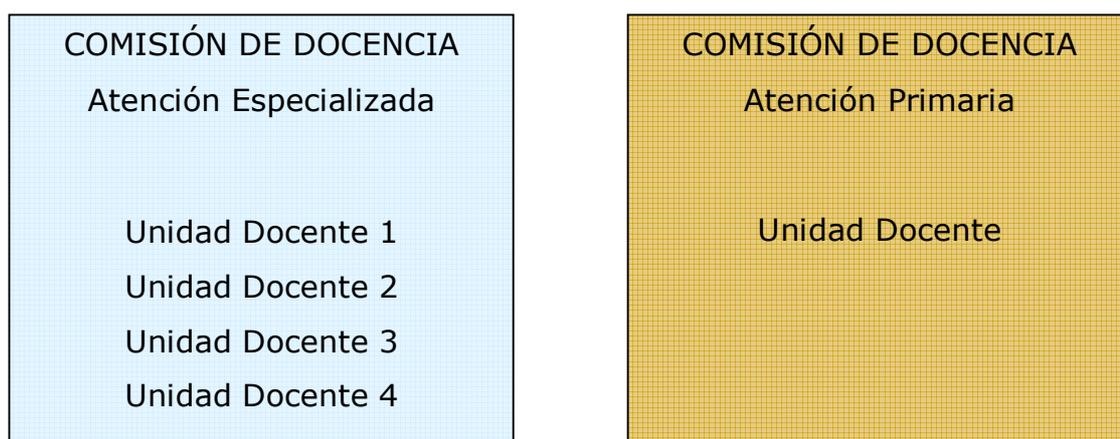
Es el primer Decreto<sup>99</sup> que regula la formación sanitaria especializada de conformidad a lo establecido al Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. Otras comunidades autónomas que han desarrollado normativas semejantes son: la Rioja (Decreto 49/4910, de 8 de octubre)<sup>100</sup>, Extremadura (Decreto 14/2011, de 4 de febrero)<sup>101</sup> y País Vasco (Decreto 34/2012, de 6 de marzo)<sup>102</sup>.

### **3.3.2.1 Capítulo III Órganos docentes de carácter colegiado, del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**

#### **3.3.2.1.1 Sección 1ª Comisión de Docencia del Capítulo III del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**

Con carácter general, las Comisiones de Docencia extenderán su ámbito de actuación a un centro sanitario docente que agrupará las Unidades Docentes de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud que se formen en su ámbito. No obstante, podrán crearse Comisiones de Docencia cuyo ámbito de actuación sea una unidad docente, en aquellos supuestos en los que resulte aconsejable por la especial naturaleza de la misma.

Las Comisiones de Docencia con más de una Unidad Docente son las que se constituyen en los Hospitales o los Complejos Hospitalarios. Las Comisiones de Docente con una sola Unidad Docente son las que se constituyen en las Gerencias de Atención Primaria para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.



**Ilustración 32.- Tipos de Comisiones de Docencia según el número de Unidades Docentes que disponen. Elaboración propia.**

La composición de las Comisiones de Docencia está compuesta por un Presidente, Vicepresidente, en su caso, un Secretario y un máximo de veinte Vocales. Estos vocales han de garantizar una representación mayoritaria del conjunto de tutores y médicos internos residentes, a cuyos efectos se tendrán en cuenta el número de titulaciones y naturaleza de las especialidades, el número de residente que se forman en cada una de ellas, así como las características del correspondiente centro o unidad. Las vocalías existentes son las siguientes:

- Vocalía de representante de tutores.
- Vocalía de representante de médicos internos residentes, han de existir el mismo número de vocalías de representantes de tutores que de médicos internos residentes.
- Vocalía de representante de la Gerencia Regional de Salud
- Vocalía de la persona designada por el órgano de dirección coordinador de la infraestructura asistencial que se trate.
- Vocalía de la persona que asuma la responsabilidad en calidad e investigación en docencia.
- Vocalía del Jefe de Estudios de Formación Especializada que represente el otro nivel asistencial. Los niveles asistenciales son dos: Atención Primaria, integrada por las dependencias de la Gerencia de Atención Primaria (Centros de Salud, Servicios de Urgencia de Atención Primaria, entre otros), y Atención Especializada, integrada por las dependencias de las Gerencias de los Hospitales o Complejos Hospitalarios (Hospitales, Centros de Especialidades, entre otros).

- En las Comisiones de Docencia de centro y en las de unidad en las que se formen enfermeros especialistas se constituirá una Subcomisión específica de especialidades de enfermería con la misión de coordinar la formación de dichos especialistas. El Presidente de esta Subcomisión, que agrupará a los tutores de dichas especialidades, será vocal nato de la Comisión de Docencia.



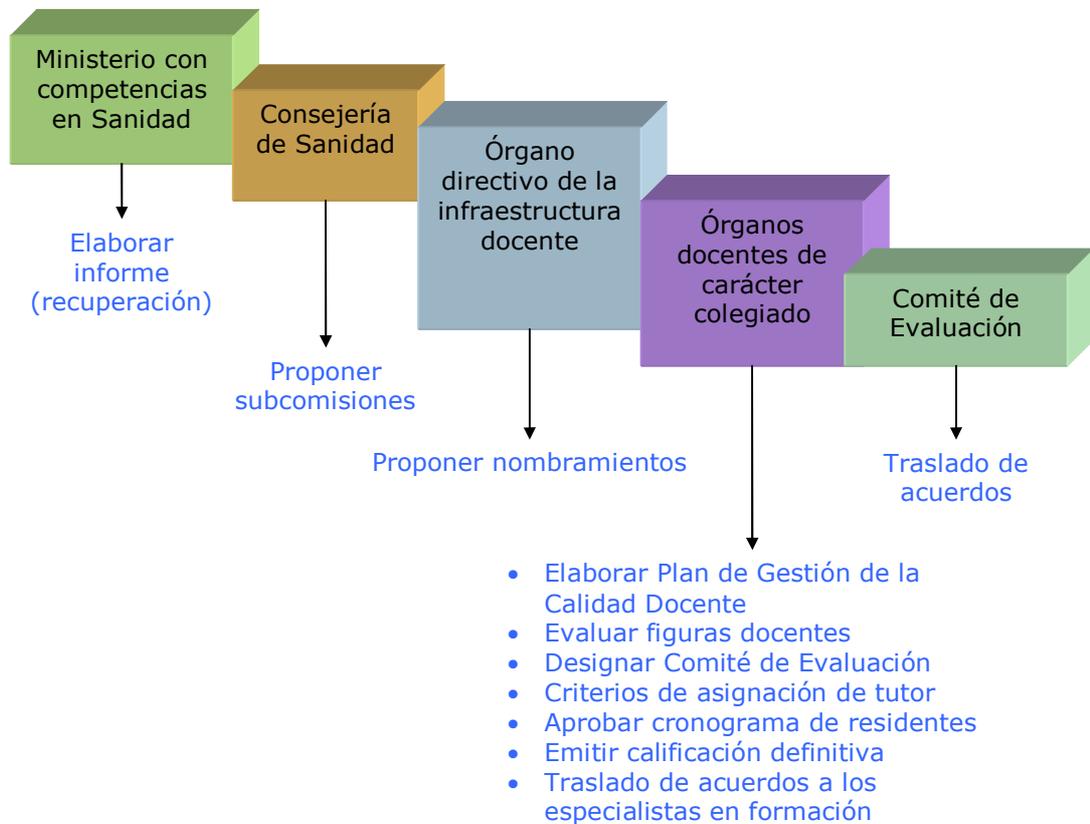
**Ilustración 33.- Composición de la Comisión de Docencia según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.**

Corresponde a la Comisión de Docencia las funciones definidas en la Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, y las asignadas por la Comunidad. En el Decreto 75/2009, de 15 de octubre, se recogen todas ellas. Aquí se señalan las exclusivas de la Comunidad:

- Elaborar el Plan de Gestión de Calidad Docente del centro o Unidad Docente.
- Aprobar los cronogramas de rotaciones de los programas de las diferentes especialidades y expresar la conformidad a las propuestas de rotaciones externas.
- Proponer, cuando proceda, la creación de Subcomisiones de Docencia.
- Realizar la propuesta de nombramiento del Jefe de Estudios de Formación Especializada, tutores, colaboradores docentes y del responsable de calidad e investigación en docencia al órgano directivo del centro, para que éste proceda a su nombramiento.
- Efectuar la evaluación anual del Jefe de Estudios de Formación Especializada, tutores y responsable de calidad e investigación en docencia.
- Establecer los criterios generales de asignación, a los especialistas en formación, de los tutores, tutores de apoyo y colaboradores docentes del Centro o Unidad.
- Designar a los profesionales de centro o unidad, con título de especialista que en cada caso corresponda, para que participen en los Comités de Evaluación.

- Elaborar informes y trasladarlos al Ministerio con competencias en Sanidad, en caso de períodos de recuperación por la repetición completa del año.
- Trasladar los acuerdos de la Comisión de Docencia al residente y al Comité de evaluación correspondiente sobre revisiones de evaluación anual.
- Emitir la calificación definitiva en caso de evaluación anual negativa no recuperable.

En el siguiente gráfico se esquematizan las funciones de la Comisión de Docencia que se recogen en el Decreto 75/2009, de 15 de octubre.



**Ilustración 34.- Funciones de la Docencia exclusivas del Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.**

### **3.3.2.1.2 Sección 3ª Comité de Evaluación del Capítulo III del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**

Se constituirá un Comité evaluación por cada una de las especialidades cuyos programas formativos se desarrollen en el Centro o Unidad Docente con el fin de realizar la evaluación anual y final de los especialistas en formación. Estos Comités de Evaluación han de estar integrados como mínimo por los siguientes miembros:

- El Jefe de Estudios de Formación Especializada, que presidirá el Comité y dirimirá, con su voto, los empates que pudieran producirse.
- El presidente de la Subcomisión que, en su caso, corresponda. Se crean estas Subcomisiones cuando así lo aconsejen las condiciones particulares, las características formativas, la distinta titulación o la diversa naturaleza o dispersión geográfica de los dispositivos que se consideren necesarios para la Formación de Especialistas.
- El tutor del residente.
- Un profesional que preste servicio en el centro y unidad de que se trate, con el título de especialista que en cada caso corresponda, designado por la Comisión de Docencia.
- El vocal de la Comisión de Docencia designado, en representación de la Gerencia Regional de Salud, por la Dirección General de Recursos Humanos.

- Además, podrá formar parte del Comité de Evaluación algún profesional con título de especialista, del mismo o de diferente nivel asistencial, que haya participado como tutor de apoyo o colaborador del residente evaluado.

En el siguiente esquema se compara la composición de los dos órganos colegiados: la Comisión de Docencia de Centro o Unidad y el Comité de Evaluación.

	Comisión de Docencia	Comité de Evaluación
<b>Jefe de estudios</b>	Jefe de Estudios	Jefe de Estudios
	Jefe de Estudios de otro nivel asistencial	
<b>Tutores</b>	Tutores (representantes)	Tutores de residentes
<b>Tutores de apoyo y colaboradores docentes</b>		Puede formar parte otro profesional, del mismo o diferente nivel asistencial
<b>Residentes</b>	Residente otro nivel asistencial	
	Residentes (representantes)	
<b>Otros profesionales</b>		Profesional que preste servicios con el título de especialista que corresponda, designado por la Comisión de Docencia
	Vocal designado por órgano de dirección	
	Vocal representante de la Gerencia Regional de Salud	Vocal representante de la Gerencia Regional de Salud
	Vocal con responsabilidad en calidad e investigación docente	
	Presidente de la subcomisión de docencia, si procede	Presidente de la subcomisión de docencia, si procede
<b>Vicepresidente</b>	Vicepresicente, si procede	Vicepresicente, si procede

**Tabla 3.- Comparativo de órganos de colegiados de la Formación Especializada para médicos, según el Decreto 75/2009, de 15 octubre. Elaboración propia.**

### **3.3.2.2 Capítulo IV Órganos docentes de carácter unipersonal, del Decreto 72/2009, de 15 de octubre**

Los Órganos docentes de carácter unipersonal son el Jefe de Estudios de Formación Especializada de Unidad o Centro y el Tutor.

#### **3.3.2.2.1 Sección 1ª Jefe de Estudios de la Formación Especializada del Capítulo IV del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**

El Jefe de Estudios de Formación Especializada es el especialista en Ciencias de la Salud que dirige las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la Formación Especializada.

Las funciones del Jefe de estudios son las que figuran en la Orden SCO/851/2008, de 22 de febrero y aquellas que asigne la Comunidad. Seguidamente se recogen todas las funciones de los Jefes de Estudio de Centro o Unidad Docente de la Comunidad de Castilla y León:

A.– Funciones de representación y coordinación con responsables asistenciales y docentes:

1. Asumir la representación de la Comisión de Docencia, formando parte de los órganos de dirección de los correspondientes centros y servicios sanitarios, con el fin de asegurar y garantizar la incardinación de la docencia en la actividad asistencial ordinaria, continuada y de urgencias de dichos centros.

2. Actuar como interlocutor entre los responsables asistenciales y docentes con la finalidad de garantizar una adecuada coordinación entre los mismos.

3. Supervisar el Plan de Gestión de Calidad Docente del Centro o Unidad.

4. Consensuar con los órganos de dirección del centro o unidad, la aplicación y revisión periódica de los protocolos de actuación para graduar la supervisión de los médicos internos residentes, una vez elaborados por la Comisión de Docencia y elevados, por ésta, a tales órganos de dirección.

5. Presidir, los correspondientes Comités de evaluación anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.

6. Promover, fomentar y definir líneas y actividades de investigación, relacionadas con las especialidades en Ciencias de la Salud en consonancia con los planes de salud de la Comunidad Autónoma y los programas I + D, relacionados con la Formación Sanitaria Especializada.

7. Coordinarse con los responsables de Formación Especializada del otro nivel asistencial y con los responsables de otros ámbitos formativos, tales como la formación continuada y pregraduada, para optimizar los recursos.

8. Coordinar la planificación de la capacidad docente del centro o unidad.

**B.- Funciones relativas a la Comisión de Docencia:**

1. Asumir la presidencia de la Comisión de Docencia, dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en la adopción de acuerdos.

2. Garantizar la correcta remisión, en tiempo y forma, de las evaluaciones y demás documentación que se deba trasladar al Registro de Especialistas en Formación del Ministerio con competencias en Sanidad.

3. Gestionar los recursos humanos y materiales asignados a la Comisión de Docencia, elaborando el plan anual de necesidades.

4. Ordenar la inserción en el tablón de anuncios de los avisos y resoluciones de la Comisión de Docencia que requieran publicación insertando la diligencia relativa a la fecha de publicación que en cada caso corresponda.

C.- Funciones relativas a los tutores y médicos internos residentes:

1. Dirigir y coordinar las actividades de los tutores y actuar como interlocutor con los responsables de todas las Unidades Docentes.

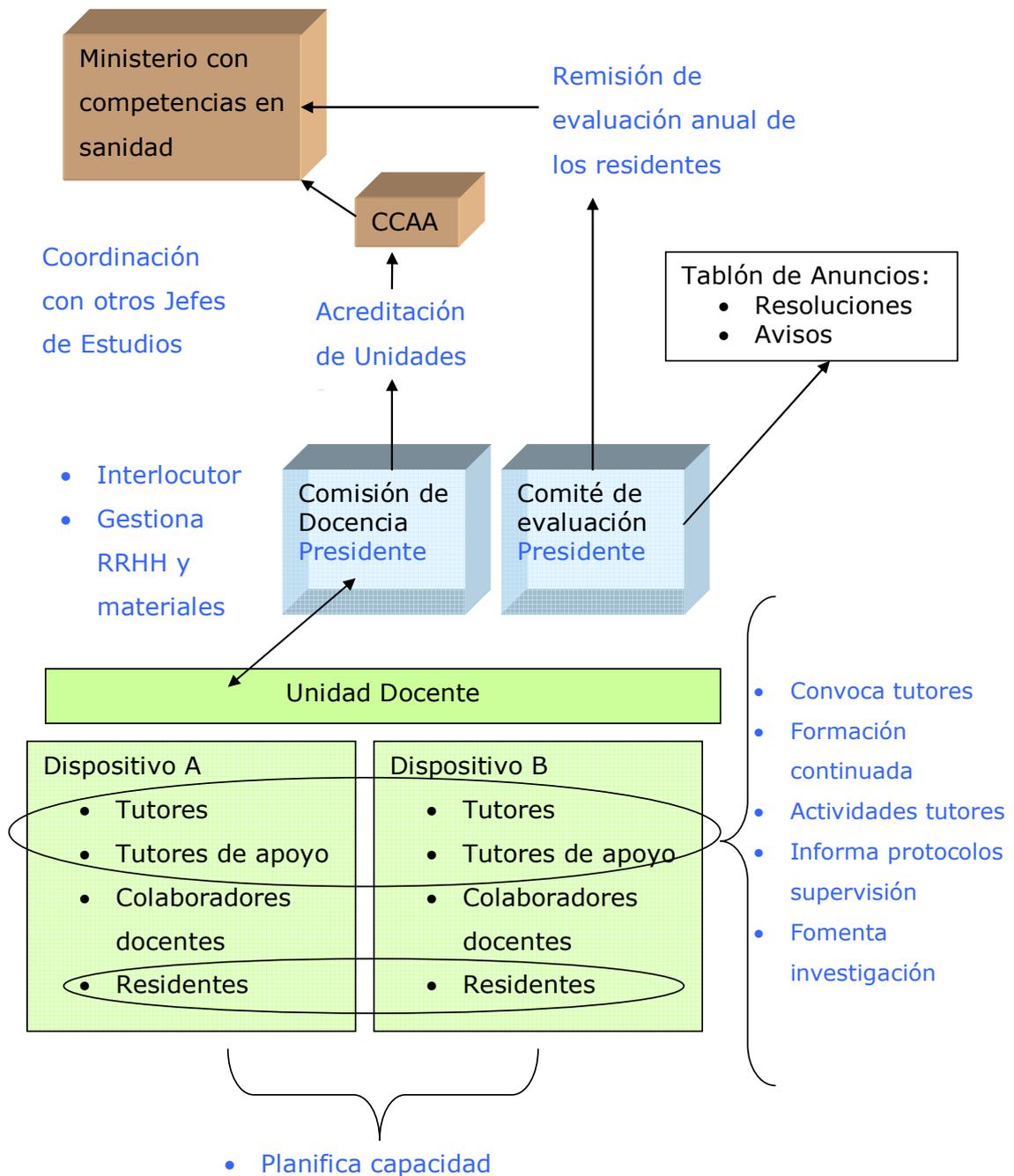
2. Informar a tutores y médicos internos residentes sobre el protocolo de supervisión de los médicos internos residentes según la legislación vigente.

3. Convocar a los tutores de los correspondientes Comités de Evaluación anual, dirimiendo con su voto los empates que pudieran producirse.

4. Programar y desarrollar, anualmente, las actividades de formación definidas en el programa común o en el programa de formación teórica de las especialidades que lo contemplen.

5. Fomentar la formación continuada de los tutores participando en la elaboración de los programas formativos para este fin.

6. Participar en la acreditación y reacreditación de tutores.



**Ilustración 35.- Funciones de los Jefes de Estudio según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.**

### **3.3.2.2.2 Sección 2ª Tutor del Capítulo IV del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**

EL tutor es el profesional especialista en servicio activo, que estando acreditado como tal, asume la responsabilidad del proceso de enseñanza y aprendizaje del residente de su especialidad, manteniendo con éste una relación continua y estructurada a lo largo de todo el periodo formativo, colaborando vivamente en el aprendizaje de los conocimientos y habilidades que permitan cumplir el programa formativo de la especialidad de que se trate.

Esta figura docente tiene el carácter de tutor principal del residente respecto del resto de figuras docentes que intervengan en su proceso formativo.

Las funciones de los tutores se estructuran en dos grandes apartados, las relativas a los médicos internos residentes y las relativas a la Unidad Docente de la Especialidad.

#### 1.- Funciones con respecto al residente:

- a. Corresponde al tutor en ejercicio de la función de planificación del proceso de *aprendizaje individual del residente*:
  1. Identificar las necesidades de formación y los objetivos de aprendizaje del especialista en formación.
  2. Elaborar el Plan Individual de Formación de cada residente en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales y demás figuras docentes que intervengan en su proceso formativo.

3. Proponer a la Comisión de Docencia la aprobación de la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad, con sujeción a las previsiones del correspondiente programa y aplicable a todos los médicos internos residentes de la especialidad.
  4. Proponer las adaptaciones de la mencionada guía al Plan Individual de Formación de cada residente.
  5. Orientar al residente durante todo el periodo formativo estableciendo un sistema de seguimiento periódico continuado y estructurado.
  6. Fomentar la actividad docente e investigadora, y favorecer la responsabilidad progresiva en la tarea asistencial del residente.
- b. Corresponde al tutor en ejercicio de la función de gestión de los *recursos humanos y materiales* necesarios para el desarrollo del programa formativo a su nivel de competencia:
1. Servir como referente e interlocutor del residente, resolviendo las incidencias que se puedan plantear entre el mismo y la organización.
  2. Proponer rotaciones del programa formativo.
- c. Corresponde al tutor en ejercicio la función *de supervisión del desarrollo del proceso formativo* y la asunción de responsabilidades de forma progresiva por el residente:
1. Impartir las instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad asumible de los médicos internos

residentes a su cargo, al resto de los profesionales que participen en su proceso formativo, según la valoración individual del proceso de adquisición de competencias.

2. Supervisar la colaboración de otros profesionales en el proceso formativo sirviendo de conexión con otros servicios donde realiza la formación el residente, concertando sesiones específicas de tutoría con dichos profesionales que intervienen en la formación o manteniendo entrevistas periódicas para analizar el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.
  3. Seguimiento de las rotaciones realizadas por los médicos internos residentes asignados, detectando las situaciones conflictivas si las hubiera y comunicándolo a la Comisión de Docencia para buscar soluciones.
  4. Ayudar y supervisar la cumplimentación del libro del residente.
- d. Corresponde al tutor en ejercicio la función de *evaluación de la adquisición e incorporación de las competencias* definidas en el programa de la especialidad, por el residente, a través de la evaluación formativa (evaluación del proceso de aprendizaje, que pretende medir la competencia adquirida, no solo evaluar una rotación) y sumativa (evaluación de registro de actividades, informes de evaluación formativos, evaluación de instrumentos de valoración objetiva):
1. Realizar entrevistas periódicas estructuradas y pactadas con los médicos internos residentes asignados, en un número no inferior a cuatro por año, realizando a su

término el informe normalizado de evaluación formativa y el registro en el libro del residente.

2. Valorar el progreso competencial del especialista en formación, utilizando como instrumento de evaluación, el libro del residente.
3. Utilizar otros instrumentos de seguimiento del progreso competencial del residente definidos en el programa de la especialidad correspondiente.
4. Realizar informes normalizados de evaluación formativa a través de los instrumentos definidos en el programa de la especialidad para incorporarlos en el expediente de cada especialista en formación, que incluirán los de las rotaciones realizadas.
5. Elaborar el informe anual que valore el progreso del residente dentro de la evaluación anual.
6. Participar en la evaluación sumativa en el Comité de Evaluación, como tutor del residente, para llevar a cabo la evaluación anual y final.
7. Acompañar al residente en el acto de revisión tras una evaluación anual negativa no recuperable.

2. – Funciones con respecto a la Unidad Docente de la especialidad:

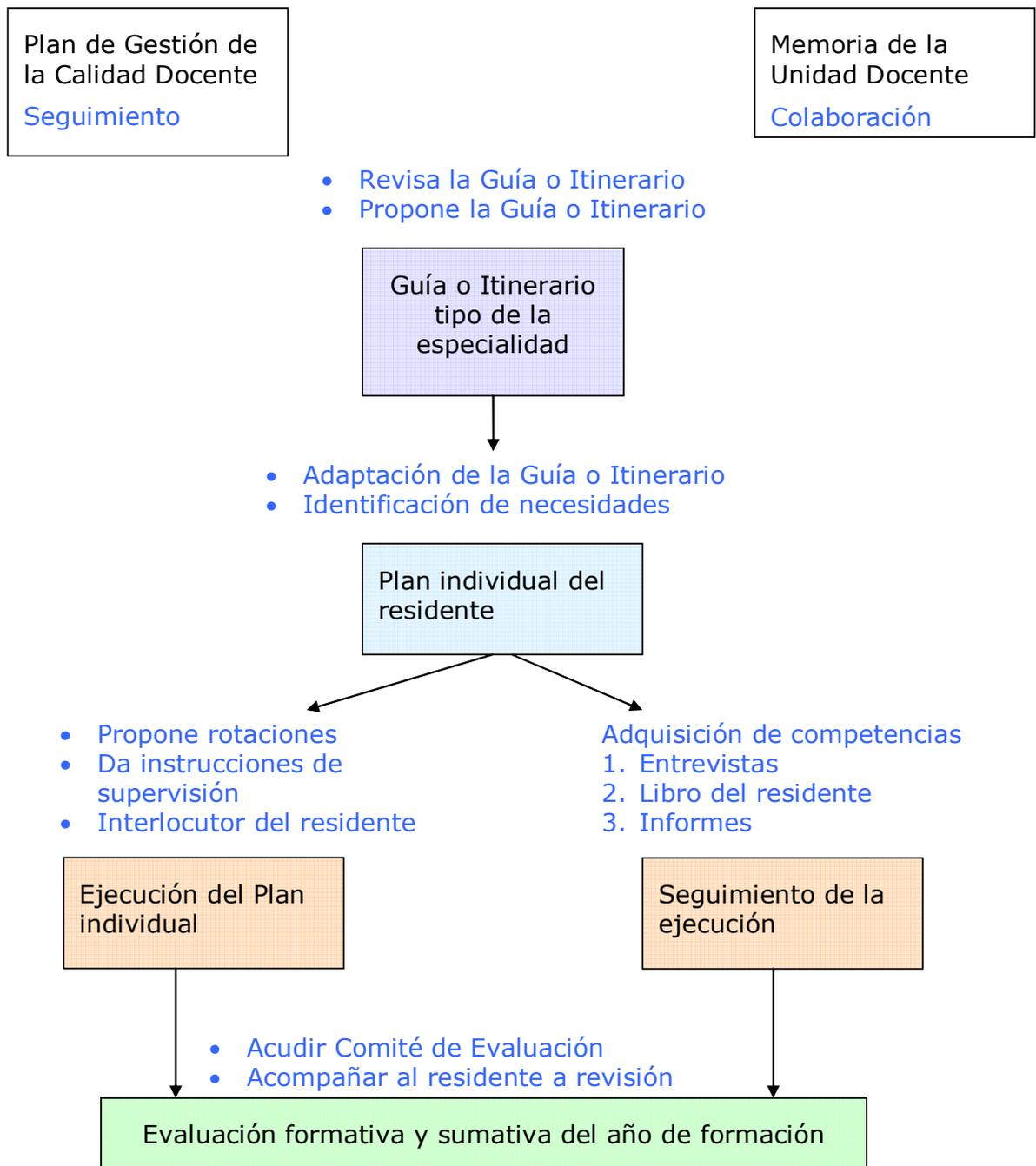
1. Proponer la revisión de la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad en conjunto con el resto de tutores, siendo actualizado de un modo periódico.

2. Colaborar, con el resto de los tutores, en la planificación conjunta anual de los itinerarios formativos de los médicos internos residentes de la Unidad Docente.
3. Proponer a la Unidad Docente las rotaciones externas del residente.
4. Colaborar en la elaboración de la memoria de la unidad.
5. Colaborar en la elaboración y seguimiento del Plan de Gestión de Calidad Docente.
6. Proponer actividades de mejora de la Calidad Docente, en su unidad, y participar en el desarrollo de las mismas.

La actividad de tutor deberá ser ejercida por profesionales *acreditados* como tutores. Para acreditarse como tutor se requerirá:

- Haber prestado servicios durante, al menos, un año, en su especialidad.
- Tener una formación previa adquirida por medio de actividades de formación acreditadas, referentes al programa formativo de su especialidad, formación en metodología didáctica y técnicas de comunicación, formación en metodología de investigación en Ciencias de la Salud, formación en metodología de gestión de la calidad y mejora y formación sobre bioética y técnicas de motivación.

Cada cuatro años, los tutores acreditados deberán ser reacreditados para poder seguir desarrollando esa actividad.



**Ilustración 36.- Funciones de los tutores (principales) según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.**

### **3.3.2.3 Capítulo IV Otras figuras docentes, del Decreto 75/2009, de 15 de octubre**

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, permite crear otras figuras docentes. En el Decreto 75/2009, de 15 de octubre, mencionan las figuras que se han desarrollado en la Comunidad de Castilla y León. Las figuras que se han creado en nuestra Comunidad son:

- Tutor coordinador.
- Tutor de Apoyo.
- Colaborador Docente.
- Responsable de Calidad e Investigación en Docencia.

#### ***3.3.2.3.1 Sección 1ª Tutor coordinador del Capítulo IV del Decreto 75/2009, de 15 de octubre***

Los tutores coordinadores pueden ser de dos tipos:

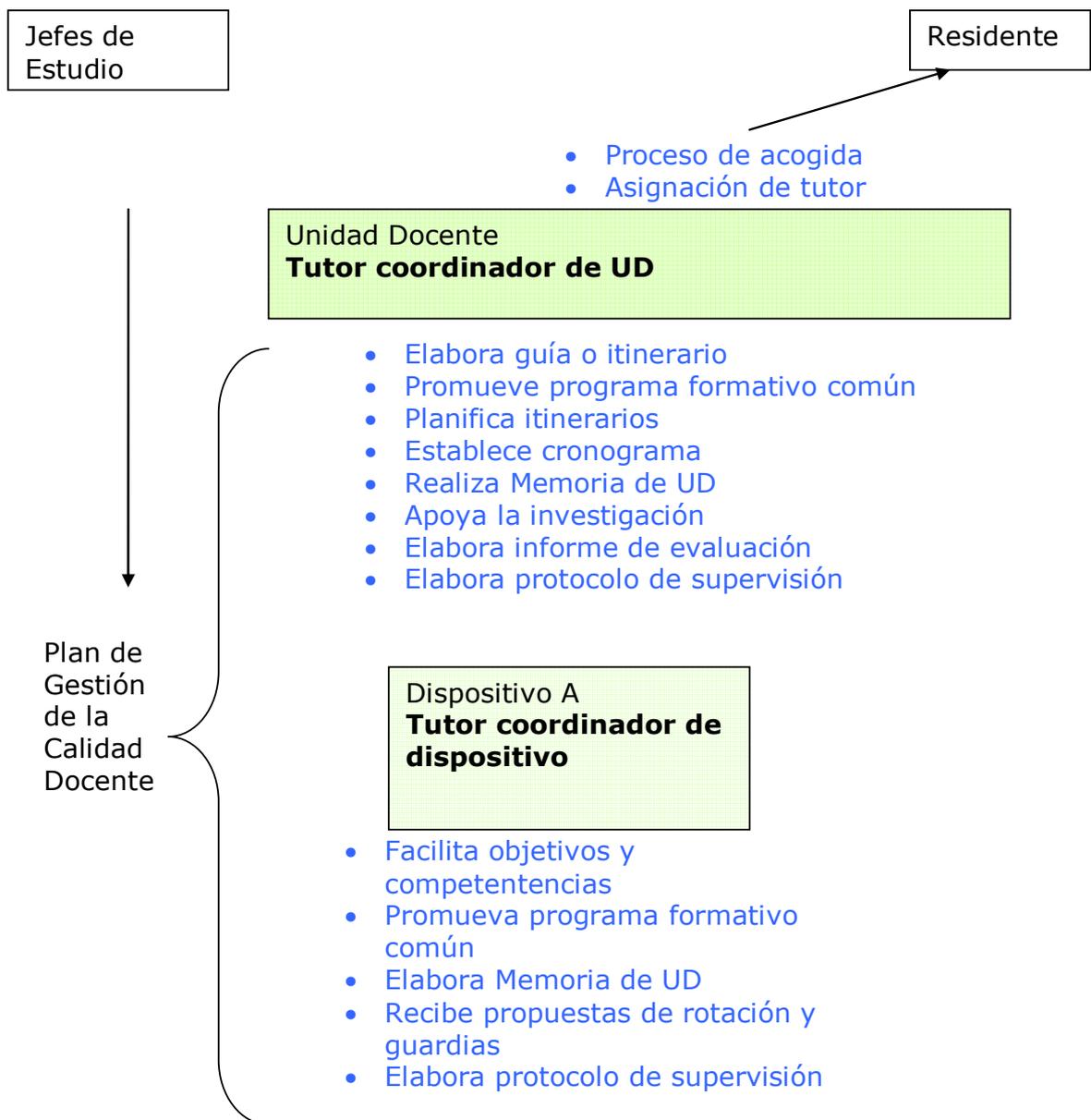
- Tutor coordinador de Unidad Docente.
- Tutor coordinador de Dispositivo.

Ambos han de estar acreditados como tutores. Los tutores coordinadores asumen la responsabilidad de llevar a cabo la coordinación y gestión de la formación de los médicos internos residentes tanto de su propia especialidad como de aquellas que completen un periodo formativo dentro o de la Unidad Docente o bien dentro del dispositivo docente.

Las funciones de los tutores coordinadores tanto de la Unidad Docente como los tutores de dispositivo son:

1. Coordinar la elaboración de la guía o itinerario formativo tipo de la especialidad, adaptando el programa de la especialidad a las características del centro o unidad, en conjunto con el resto de tutores, y trasladarla a la Comisión de Docencia para su aprobación.
2. Elaborar la planificación anual de los itinerarios formativos de los médicos internos residentes de la Unidad Docente, definidos entre los tutores, estableciendo los cronogramas de rotación, para su traslado a la Comisión de Docencia.
3. Recibir las propuestas de rotaciones externas elevadas por los tutores y darlas traslado a la Comisión de Docencia para su aprobación.
4. Realizar una memoria anual de las actividades docentes de la unidad con registro de las mismas.
5. Realizar la asignación del tutor, tutor de apoyo o colaborador docente a los especialistas en formación de acuerdo con los criterios establecidos por la Comisión de Docencia.
6. Reasignación del tutor al residente en los casos excepcionales debidamente justificados.
7. Facilitar a los profesionales de su unidad que ejerzan como colaboradores docentes, la información relativa a los objetivos y competencias que deben adquirir los médicos internos residentes de otras especialidades que rotan por su unidad.
8. Participar activamente en la elaboración y seguimiento del Plan de Gestión de Calidad Docente.

9. Participar en el proceso de acogida a los médicos internos residentes, tanto de su especialidad como de otra.
10. Coordinarse con los órganos directivos de la unidad o dispositivo docente en el establecimiento de las guardias de los médicos internos residentes.
11. Realizar la coordinación de las rotaciones de médicos internos residentes externos por la Unidad Docente, estableciendo cronogramas y asignando los colaboradores docentes.
12. Promover y facilitar la participación de los médicos internos residentes de su unidad en las actividades formativas del programa común.
13. Realizar informes para la evaluación y el reconocimiento del ejercicio de la tutoría a tutores, tutores de apoyo o colaboradores que han participado en la formación de especialistas de su unidad.
14. Apoyar la investigación desde su unidad, facilitando los mecanismos y ayudas existentes para el desarrollo de la misma.
15. Promover, junto con los tutores, la elaboración de protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de la responsabilidad progresiva de los médicos internos residentes en áreas asistenciales significativas de su unidad y promover, asimismo, la realización de planes de mejora de la calidad en el ámbito de su unidad.



**Ilustración 37.- Funciones de los tutores coordinadores (de Unidad Docente y de dispositivo) según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.**

### ***3.3.2.3.2 Sección 2ª Tutores de Apoyo del Capítulo IV del Decreto 75/2009, de 15 de octubre***

Los tutores de apoyo son los profesionales especialistas en servicio activo de la misma especialidad a la que tutorizan que, acreditados como tutores, contribuyen al proceso de enseñanza y aprendizaje de los médicos internos residentes según el contenido estructurado de su programa formativo, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas por aquéllos durante la correspondiente estancia formativa.

No llevan de primera mano a un residente, pero en determinadas ocasiones, cuando el tutor de residente está ausente o bien cuando desarrollen una actividad muy concreta en el dispositivo docente en el que se encuadran se hacen cargo por un periodo de la formación del residente. Bien en el primer caso sería una sustitución temporal de la figura del tutor o bien en el segundo caso sería una rotación más de las que realizan los médicos internos residentes, con la particularidad de que el profesional con el que realiza la rotación es de la misma especialidad que la que está desarrollando el residente.

### ***3.3.2.3.3 Sección 3ª Colaboradores docentes Capítulo IV del Decreto 75/2009, de 15 de octubre***

Los colaboradores docentes son profesionales en servicio activo de las diferentes unidades asistenciales o dispositivos por los que rotan los médicos internos residentes, con diferente especialidad o incluso categoría a la que forman, que colaboran en el proceso de adquisición de competencias incluidas en el programa de la especialidad correspondiente, asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas durante la correspondiente estancia formativa.

Esto se entiende con un ejemplo, pongamos la Unidad Docente de Cardiología ubicada dentro de un Hospital de nuestra región. El programa de formación vigente de los médicos internos residentes en cardiología tiene prevista una serie de rotaciones por dispositivos hospitalarios (Medicina Interna y especialidades afines) y por dispositivos de Atención Primaria. Un profesional que pertenece al servicio de Medicina Interna y esté formando a un residente de primer año de la especialidad de cardiología será un Colaborador Docente.

En ocasiones es interesante que los médicos internos residentes roten con profesionales que no sean médicos especialistas. Es el caso de los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria podrían rotar con los Trabajadores Sociales para tratar de identificar las situaciones de riesgo familiar y social. Los Trabajadores Sociales pertenecen a otra categoría diferente a los médicos internos residentes a los que forman. Serían por tanto un Trabajador Social durante este periodo formativo un Colaborador Docente.

#### ***3.3.2.3.4 Sección 4ª Responsable de Calidad e Investigación en Docencia***

Los Responsables de Calidad e Investigación en Docencia son profesionales especialistas en Ciencias de la Salud con formación acreditada en metodología docente e investigadora que colaboran con el Jefe de Estudios de formación especializada, desempeñando funciones de apoyo a la Calidad e Investigación en la Docencia y participando en la formación teórico-práctica de los médicos internos residentes y profesionales docentes.

Son los responsables de liderar el Plan de Gestión de la Calidad Docente. Esta figura se ha desarrollado a raíz del Decreto 75/2009, de 15 de octubre, en el ámbito de la Atención Especializada. Para el caso de la Atención Primaria se disponía del Técnico de Salud Pública.

Este profesional, según el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria publicado en 2005, se encarga de las tareas encomendadas por el entonces Coordinador de la Unidad Docente (en la actualidad Jefe de Estudios de la Unidad Docente). Estas tareas desarrollan la ejecución del programa teórico-práctico de la especialidad, la participación en las actividades formativas y de Investigación que se desarrollen en la Unidad y en los Centros de Salud, dirigidas a la formación tanto de los médicos internos residentes como de los tutores.

El Decreto 75/2009, de 15 de octubre, se desarrolla a través de cuatro Órdenes que son:

- Orden SAN/561/2010,<sup>103</sup> de 31 de marzo, por la que se regula el procedimiento para la autorización de las *rotaciones externas* de los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.
- Orden SAN/702/2010,<sup>104</sup> de 19 de mayo, por la que se regula la *evaluación y control de la calidad* de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.
- Orden SAN/914/2010,<sup>105</sup> de 17 de junio, por la que se regula el *Plan Formativo Transversal Común* para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León.
- Orden SAN/496/2011<sup>106</sup>, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de *acreditación y reacreditación* de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.

### **3.3.3 Orden SAN/561/2010, de 31 de marzo, por la que se regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León**

En esta Orden se definen las Rotaciones Externas como los períodos formativos que llevan a cabo los médicos internos residentes en centros o dispositivos no previstos en el programa de formación ni en la acreditación otorgada al Centro o Unidad Docente.

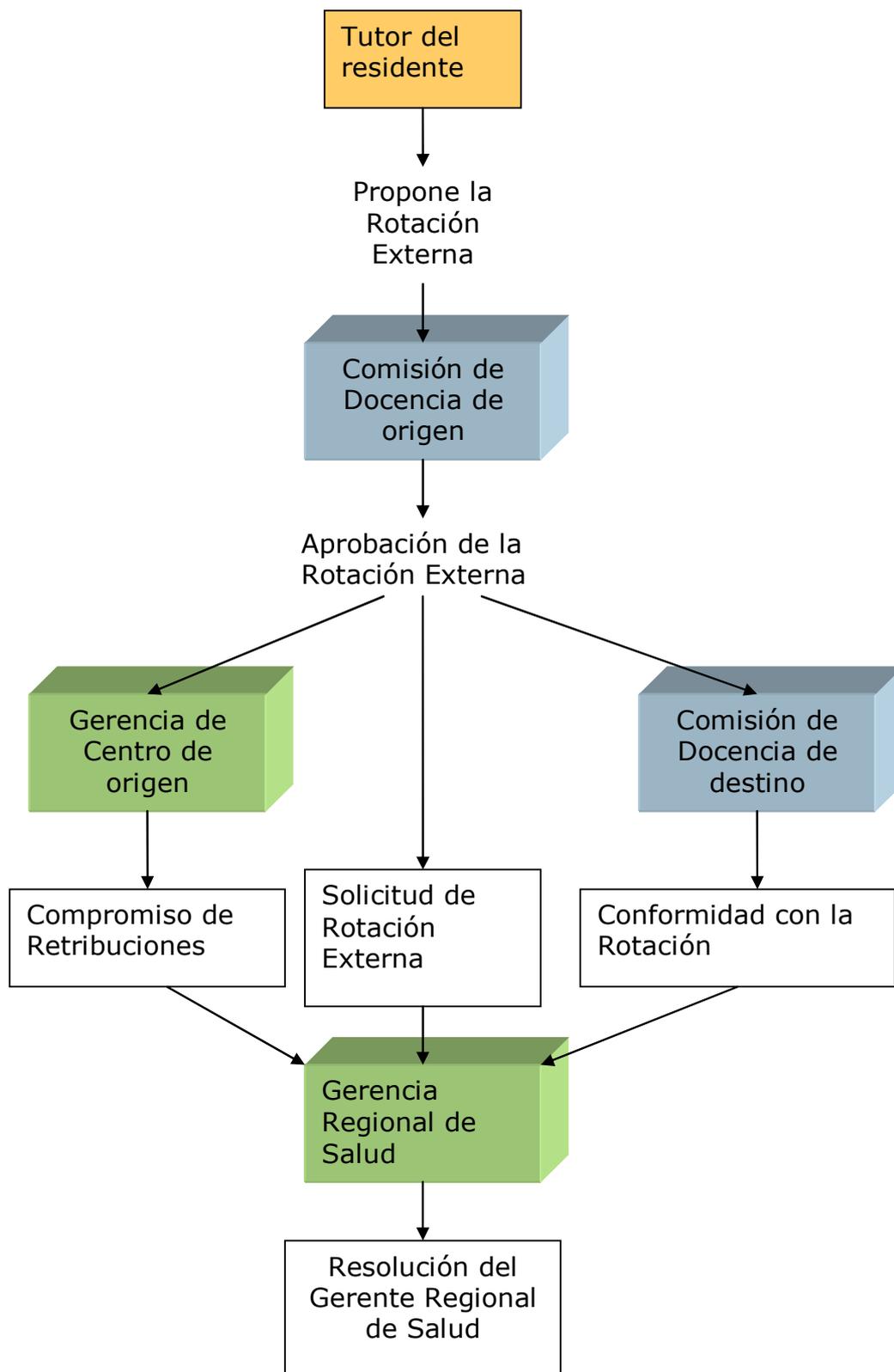
Los requisitos de las rotaciones externas son:

- *Ser propuestas por el tutor* a la Comisión de Docencia con especificación de los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo.
- Que se realicen *preferentemente en centros acreditados* para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio. En las especialidades cuya duración sea de cuatro o más años no podrá superar los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual, ni 12 meses en el conjunto del período formativo de la especialidad de que se trate.

- Que la Gerencia del Centro de origen se comprometa expresamente a *continuar abonando al residente* la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la Atención Continuada (Guardias) que realice durante la rotación externa.
- Que la *Comisión de Docencia de destino* manifieste expresamente su conformidad, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las posibilidades docentes del dispositivo donde se realice la rotación.

El ámbito para la formación sanitaria especializada no se reduce exclusivamente al territorio de Castilla y León. Los médicos que eligen una plaza del sistema sanitario de Castilla y León reciben una formación ajustada a lo previsto en los programas vigentes de las especialidades. Esta formación exige en ocasiones el acudir a centros sanitarios que se encuentran fuera de la Comunidad Autónoma *de manera sistemática*, no de forma ocasional, como sucede con las Rotaciones Externa. Estos dispositivos estarían *previstos dentro de la acreditación* de otorgada a la Unidad Docente y dentro de los Itinerarios Formativos Tipo que se aplican a los médicos internos residentes.

Para que se otorgue la acreditación de una Unidad Docente se precisa cumplir una serie de requisitos (Recursos Humanos, Recursos Materiales, Actividad Asistencial, etc) que determina el Ministerio con competencias en Sanidad. Además con cierta periodicidad se hacen revisiones de la formación a través de las auditorias.



**Ilustración 38.- Procedimiento de tramitación de las Rotaciones Externas según la Orden SAN/561/2010, de 31 de marzo. Elaboración propia.**

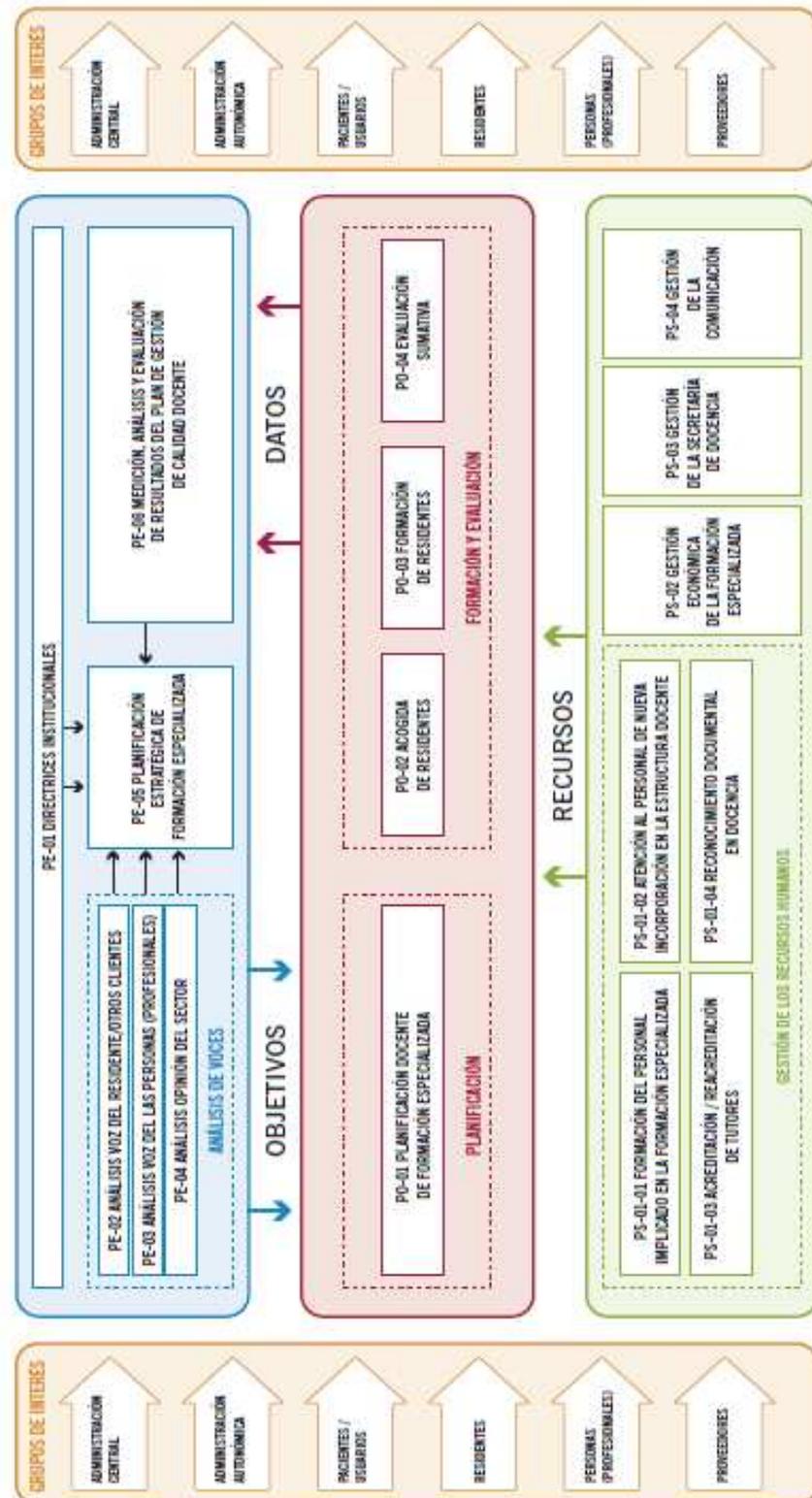
### **3.3.4 Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo, por la que se regula la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León**

En esta Orden se considera que el Plan de Gestión de Calidad Docente constituye el instrumento básico de mejora de la Calidad de la Formación de Especialistas sanitarios, debiendo contar cada Centro o Unidad Docente al que extienda su ámbito de actuación una Comisión de Docencia, con un Plan de Gestión de Calidad Docente adaptado a sus características y estructura organizativa. Es el documento que describe los elementos estructurales y las actuaciones dirigidas a la mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada. Tiene un enfoque basado en procesos y distingue tres tipos de procesos:

Procesos estratégicos (PE): Proporcionan a la organización las líneas de actuación en el ámbito de la docencia, gestionan otros procesos y la relación de aquélla con su entorno.

Procesos operativos docentes (PO): Comprenden las actividades que debe llevar a cabo la organización para dar un servicio de calidad a los médicos internos residentes, desde el inicio hasta el final de la formación, que les posibilite acceder al título de especialista, desarrollando las capacidades de la organización y utilizando los recursos necesarios.

Procesos de apoyo o soporte (PS): Aquéllos en los que se apoya la organización para realizar su cometido docente, aunque no constituyen su actividad principal; proporcionan recursos a los procesos estratégicos y operativos y pueden ser realizados, total o parcialmente, por otra unidad de la organización.



**Ilustración 39.- Mapa de los procesos del Plan de Gestión de la Calidad Docente (Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo). Portal de Salud de Castilla y León**

La evaluación y seguimiento de la Calidad de la Formación Sanitaria Especializada se realiza a través de la participación de los médicos internos residentes mediante *encuestas de opinión o satisfacción* en cuanto a la formación recibida realizadas por la Gerencia Regional de Salud. Estas encuestas se efectuarán anualmente, preferentemente, en el último trimestre de cada periodo formativo anual, respecto de todos los médicos internos residentes que se formen en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de los instrumentos y medios que garanticen el anonimato y la necesaria agilidad y operatividad en su realización y en la obtención de resultados.

Por otra parte también se ha comenzado a encuestar a los tutores de los médicos internos residentes para conocer su opinión respecto al sistema de Formación Sanitaria Especializada que se desarrolla en Castilla y León.

### **3.3.5 Orden SAN/914/2010, de 17 de junio por la que se regula el Plan Formativo Transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León**

En esta Orden se define el Plan Transversal Común (PTC) como una formación común a todos los internos residentes, médicos y no médicos que se forman en los Centros y Unidades Docentes del Servicio de Salud de Castilla y León complementario con los programas específicos oficiales de cada especialidad.

El PTC se caracteriza por:

- Ser flexible: favorece la autonomía de los centros y Unidades Docentes.
- Ser una formación en permanente adaptación de su contenido a los cambios en los programas formativos, a las nuevas necesidades y demandas del sistema sanitario.
- Incorporar las tecnologías de la información y nuevas formas de gestión del conocimiento.

El contenido del PTC está clasificado por áreas de competencias, comprende actividades formativas, su metodología, horas asignadas y años de residencia en los que puede desarrollarse, todo ello, en respuesta a los objetivos formativos establecidos. Las áreas competenciales que recoge son: planificación y gestión, asistenciales e investigación y docencia.

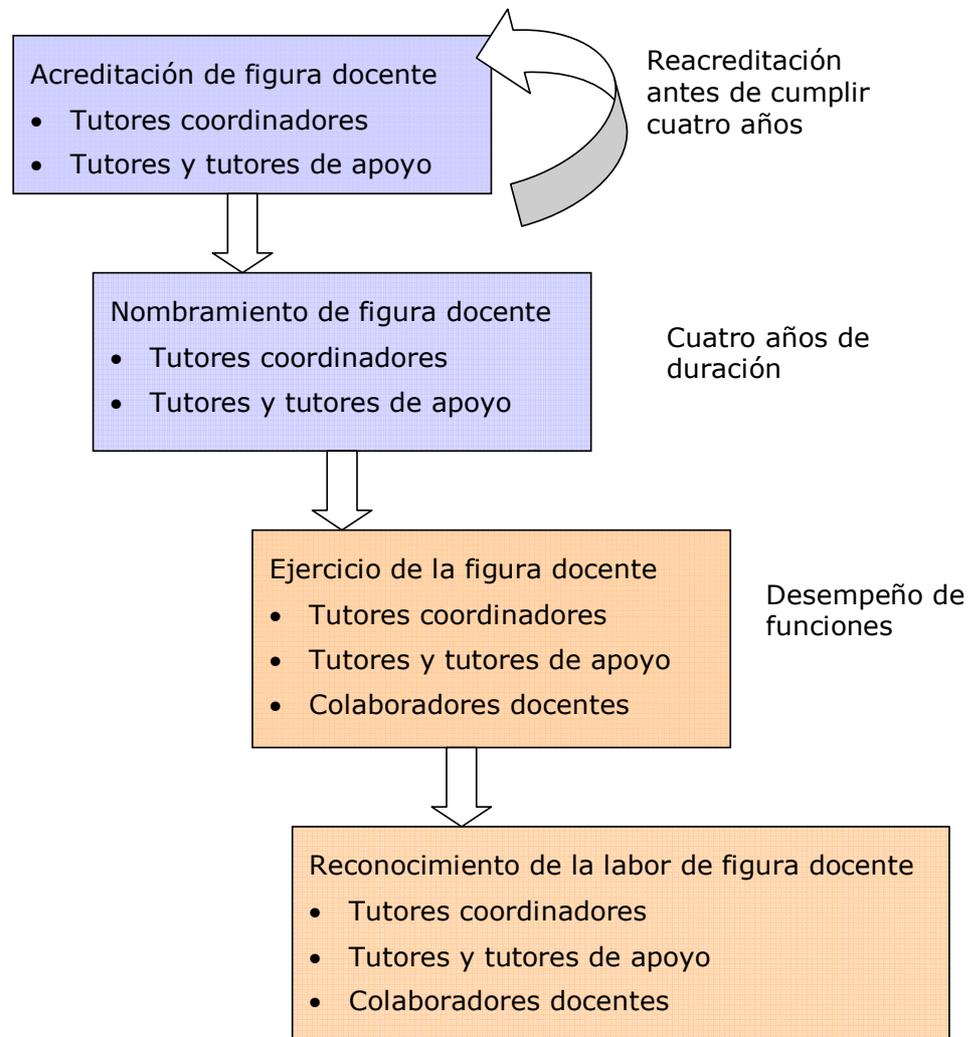
En el apartado 4. 3. 3.4. Programas de las especialidades médicas se detallan los contenidos de las áreas de competencia y se relacionan con los contenidos que mencionan como comunes los 39 programas de medicina estudiados.

### **3.3.6 Orden SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León**

Todos los tutores precisan estar acreditados para ser nombrados. Una vez nombrados desarrollan su actividad en la formación sanitaria especializada tanto tutorizando como coordinando la Formación Sanitaria Especializada.

Según el procedimiento presentado en esta Orden la acreditación supone la valoración por parte de la Comisión de Docencia de la valoración la propuesta de un proyecto docente (objetivos, actividades de seguimiento de la formación y evaluación formativa), autoevaluación de méritos curriculares, solicitud de obtención de acreditación y declaración responsable.

Las acreditaciones tienen una validez de cuatro años, antes de que se cumplan los cuatro años deberá obtenerse la reacreditación como tutor.



**Ilustración 40.- Acreditación, Nombramiento, Ejercicio y Reconocimiento de las figuras docente según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre y la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril. Elaboración propia.**

## 4 Marco teórico de la Formación Especializada de Médicos en Castilla y León

El marco teórico planteado hace referencia a 39 especialidades médicas comentadas en la Introducción. Estas especialidades pueden agruparse a su vez en cuatro subgrupos: especialidades Quirúrgicas, especialidades Médicas, especialidades Médico-Quirúrgicas, y especialidades de Servicios Centrales.

Las **especialidades Quirúrgicas** tienen una actividad orientada a la intervención quirúrgica, esto es, invasivas que requieren un quirófano en un Centro Hospitalario.

Las **especialidades Médicas** no utilizan de modo habitual las técnicas quirúrgicas como herramienta terapéutica. Para hacer el diagnóstico de las patologías que tratan usan la información obtenida de la anamnesis (lo que el paciente refiere y de las preguntas dirigidas del especialista), la exploración y las pruebas complementarias. Estas pruebas complementarias van desde las pruebas de imagen y laboratorio que se piden a especialidades centrales hasta otro tipo de pruebas más complejas que realizan habitualmente otros especialistas médicos o médico-quirúrgicos. La mayoría de ellas se ejercen en el ámbito de la Atención Especializada. La Medicina Familiar y Comunitaria se desarrolla fundamentalmente en la Atención Primaria, aunque algunos trabajan en puestos de Urgencias Hospitalarias. La Urgencia Hospitalaria es una categoría profesional. En la actualidad no existe una especialidad que forma a los profesionales que trabajan en estos puestos.

Del mismo modo la Pediatría y sus áreas específicas se desarrollan en la Atención Especializada y en la Atención Primaria. Los niños desde su nacimiento hasta la adolescencia son abordados integralmente en su entorno psicosocial por los pediatras del Centro de Salud. Posteriormente pasan a ser atendidos por médicos de Familia. El pediatra de Atención Primaria comparte con el pediatra del hospital la población atendida y junto con el médico de Familia son la puerta de entrada al Sistema Sanitario.

Las **especialidades Médico-Quirúrgicas** comparten competencias de las especialidades médicas y de las especialidades quirúrgicas.

Las **especialidades de Servicios Centrales**, están ubicadas en la Atención Especializada dependen de las derivaciones que realicen los profesionales de otras especialidades, no tienen pacientes ingresados a cargo.

El Marco Teórico se ha estructurado en cuatro apartados: los principios del aprendizaje y la formación, los resultados del aprendizaje de la formación sanitaria especializada de médicos, los procesos de aprendizaje de la formación sanitaria especializada y el contexto dónde se lleva a cabo la formación sanitaria especializada.

### 4.1 Principios del aprendizaje y la formación

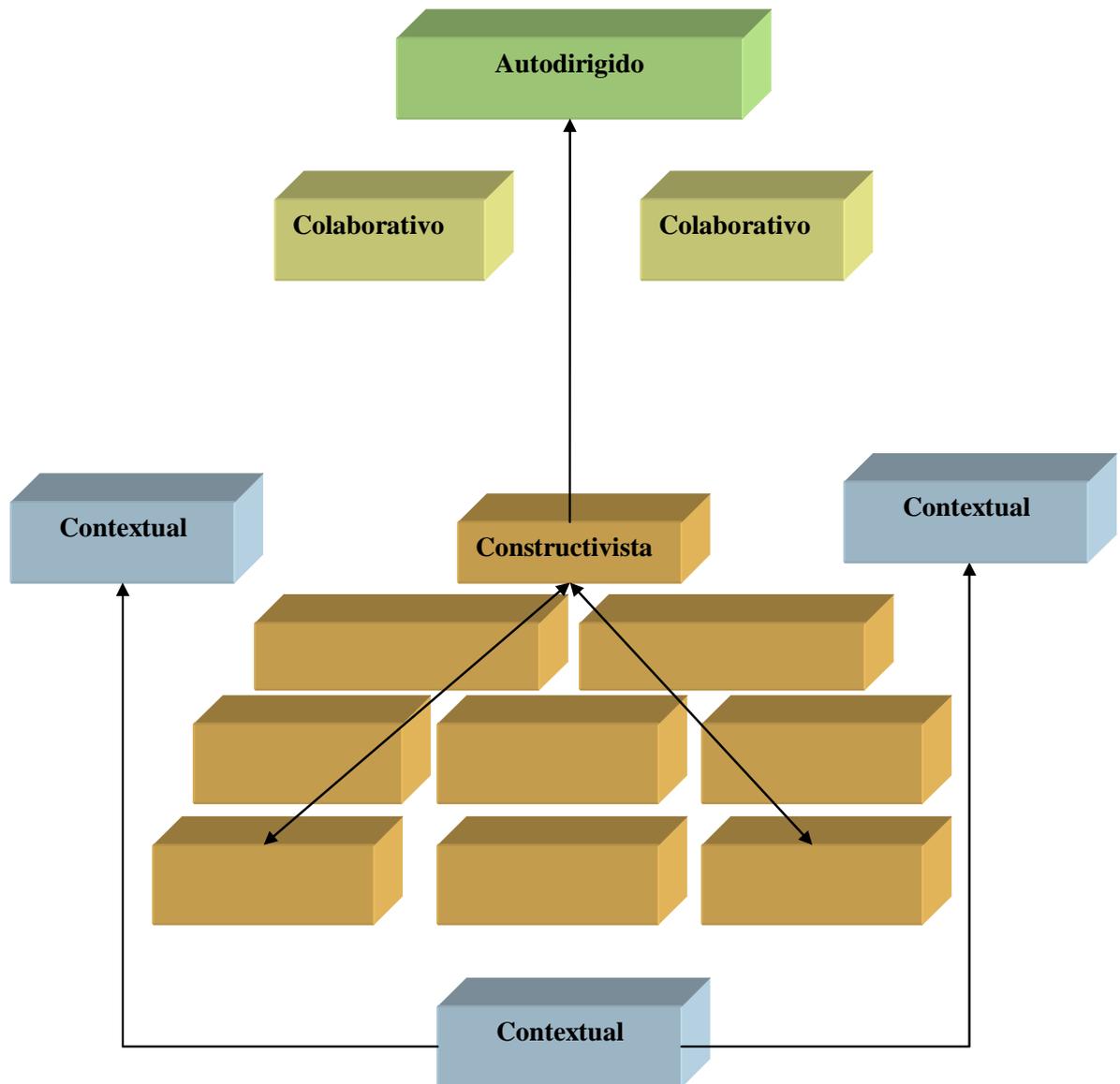
Se definen cuatro principios: constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual.

- **Constructivista:** El residente se sitúa en el centro del proceso de aprendizaje, crea o recrea su conocimiento, o sus redes de conocimiento, de forma activa, de manera que tenga algún significado personal. El residente según este enfoque constructivista construye el nuevo conocimiento sobre el existente ( Nolla Domenjó M., 2006)<sup>107</sup>. El

tutor del residente se convierte en un facilitador del aprendizaje más que un transmisor de conocimientos.

- **Autodirigido:** La formación sanitaria especializada en su inicio está dirigida por el tutor asignado. A lo largo de la residencia se incrementa la responsabilidad progresivamente, de acuerdo a la especialidad y al aprendizaje. El futuro especialista ha de dirigir su propio aprendizaje en el resto de su vida laboral. Este tipo de formación es la denominada formación continuada.
- **Colaborativo:** El conocimiento resulta de un producto social en el que no se reparten únicamente tareas entre los que aprenden, sino que implica una herramienta mutua y la comprensión compartida en un colectivo que trabaja para la construcción de un conocimiento (Garriga Puerto A., Morán Sánchez I., Navarro-Mateu F., Pujalte Martínez M. L., Ruiz Martínez A. M., 2010)<sup>108</sup>. Se prioriza la cooperación y colaboración frente a la competición. Con este método la propia interacción entre iguales es un revulsivo para lograr aprendizajes activos y significativos (de Miguel Díaz M., Alfaro Rocher I.J., Apodaca Urquijo P., Arias Blanco J.M., García Jiménez E., Lobato Fraile C. et al . 2005)<sup>109</sup>.
- **Contextual:** En el contexto en el que se aprende parece que se recuerda mejor. Dicho contexto, de alguna manera, ayuda a recuperar la información adquirida. (Roca i Balasch J., Serra Payà N.,2011) <sup>110</sup>. El conocimiento es necesario pero no es suficiente para ejercer la práctica médica. Las habilidades, por ejemplo, no se pueden desarrollar solamente con el estudio de las mismas, se precisa para su ejecución un entrenamiento que es proporcional a la dificultad de la habilidad a desarrollar. Los conocimientos y las habilidades se completan con las actitudes. En la actividad asistencial dentro de un equipo de profesionales sanitarios, el médico es otro más del equipo que interactúa con el paciente. El residente a lo largo de la formación pone

en práctica los conocimientos aprendidos. Se dice que se aprende más al usar los conocimientos y ponerlos en práctica que al recibirlos. La vivencia de la práctica hace recordar e integrar el conocimiento de la materia sanitaria. (Ricarte-Díez, J. I., Martínez-Carretero, J. M., 2008)<sup>111</sup> .



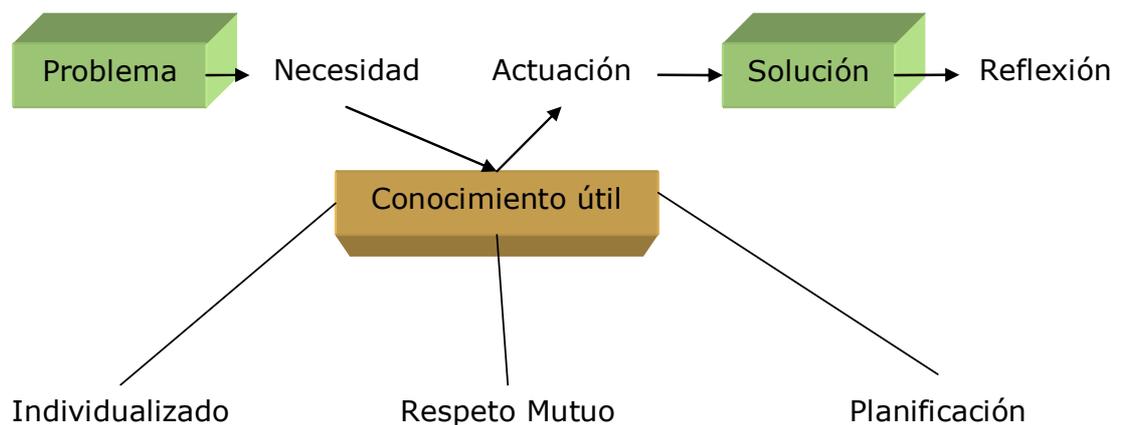
**Ilustración 41.- Principios del aprendizaje. Elaboración propia.**

- **Formación destinada a adultos:** Los elementos básicos a tener en cuenta en la formación de adultos (Walker M. R., Montero L. E., 2004)<sup>112</sup> (Saura Llamas J., Saturno Hernández, P. J., Romero Sánchez,

E., 2006)<sup>113</sup> (Garrido San Juan J. A., 2006)<sup>114</sup> (Saura Llamas J., 2007)<sup>115</sup> son:

- Los adultos buscan una utilización práctica del conocimiento. Es decir el conocimiento aprendido ha de ser útil de inmediato. Esta actuación supone una acción que se acompaña de una reflexión. El proceso de aprendizaje va continuamente de la acción a la reflexión, y viceversa.
- Los adultos están motivados por necesidades y beneficios concretos. Los adultos tienden a aprender lo que es relevante. Los contenidos se adecuan a los fines y los adultos que aprenden comparten la importancia de lo tienen que aprender.
- Los adultos tienen una amplia base de experiencias. De modo que aprende mejor lo que se relaciona con experiencias previas. Así como el conocimiento se aumenta con nuevas experiencias.
- Los adultos desarrollan su aprendizaje enfocándolo a problemas concretos. De modo que las situaciones de aprendizaje se parecen a la práctica profesional.
- Los adultos prefieren relaciones docentes democráticas y los programas no formales. El aprendizaje de adultos se basa en la confianza y respeto mutuo.
- Los adultos necesitan una verdadera individualización de la enseñanza. Los itinerarios formativo tipo de los médicos internos residentes se ajustan a las circunstancias personales, al contexto donde se manejan y se desarrolla el Plan Individualizado de cada residente.

- Los adultos son activos y desean participar en la planificación de su formación. Los adultos que aprenden reciben información de su propio aprendizaje a través de la evaluación formativa. Esta información se facilita a los médicos internos residentes en el contexto de la entrevista semiestructurada.



**Ilustración 42.- Elementos básicos de la formación de adultos. Elaboración propia.**

## 4.2 Los resultados del aprendizaje de la formación sanitaria especializada

Con la Formación Sanitaria Especializada los graduados o licenciados en Medicina han de aprender: habilidades sociales, actitudes, la restructuración de conocimientos previos y el control sobre nuestros procesos de aprendizaje (Pozo Municio, J. I., 2008)<sup>116</sup>.

Las **habilidades sociales** se sustentan en la interacción cotidiana con otras personas. En nuestra sociedad las formas de comportarse socialmente son algo más que conductas, reflejan ideas y valores. Este tipo de conductas son implícitas y comunes a todos nosotros, solo nos damos cuenta de ellas cuando cambiamos de cultura o contexto social. El

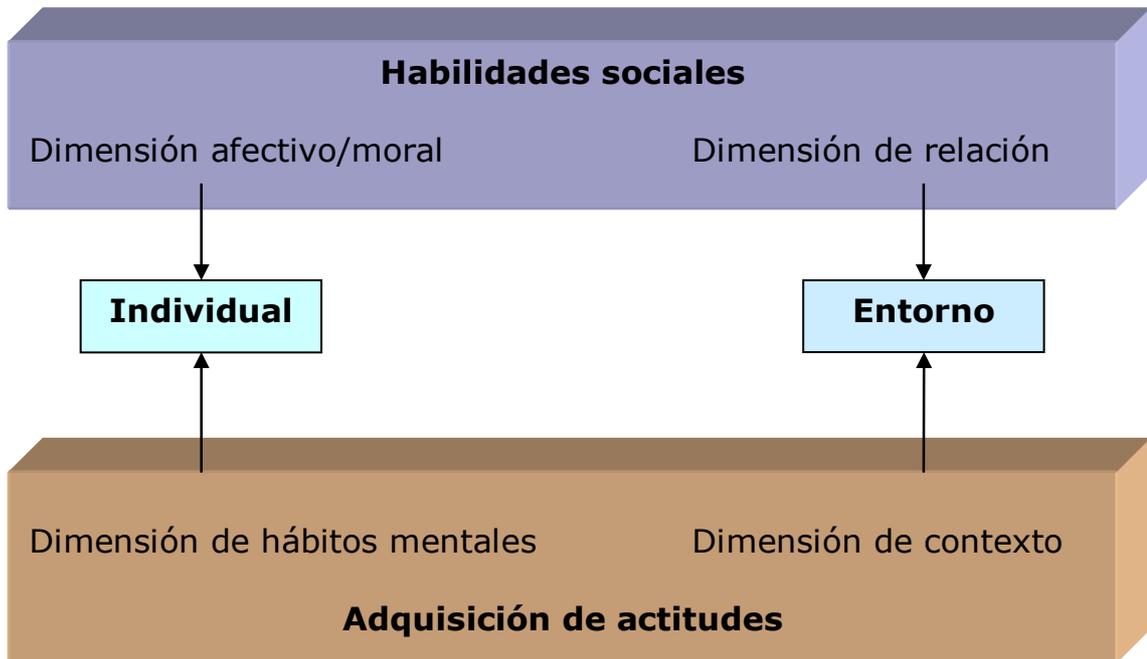
entrenamiento en habilidades sociales y actitudes suele basarse en procesos de modelado, de emulación de ciertos modelos ofrecidos por el tutor, así como en un entrenamiento supervisado. Ronald M. Epstein y Edward M. Hundert definen las dimensiones que componen la competencia médica (Epstein R. M., Hundert E. M, 2002)<sup>117</sup>, en el ámbito de las habilidades sociales están:

- Dimensión de relación: habilidades de comunicación, manejo de los conflictos, trabajo en equipo: enseñar a otros (pe. pacientes, estudiantes y colegas).
- Dimensión afectivo/moral: tolerancia de la ambigüedad y de la ansiedad, inteligencia emocional, respeto a los pacientes, responsabilidad hacia los pacientes y hacia la sociedad.

La **adquisición de actitudes**, entendiendo por actitudes las tendencias a comportarse de una forma determinada en presencia de ciertas circunstancias o personas. Las actitudes no solo definen nuestra posición en el mundo sino que también nos identificamos con el grupo social del que formamos parte. Las actitudes pueden ser poco adecuadas, por ejemplo un residente pasivo al que se le exige desarrollar más actividad. En esos casos se precisa un cambio actitud, que al igual que la adquisición, estará determinado socialmente. Para generar este cambio se usan los mecanismos de persuasión y de resolución de conflictos. En la formación sanitaria especializada tiene mucha influencia el aprendizaje de los valores y actitudes profesionales a través de modelos (Equipo FEM., 2004)<sup>118</sup>. Ronald M Epstein y Edward M. Hundert definen las dimensiones referentes a las actitudes:

- Dimensión de hábitos mentales: observación de los propios pensamientos, emociones y técnicas, estar alerta, curiosidad crítica, reconocimiento y respuesta a sesgos cognitivos y emocionales, voluntad para reconocer y corregir errores.

- Dimensión de contexto: disposición clínica, manejo del tiempo.



**Ilustración 43.- Resultados de aprendizaje: Habilidades sociales y Adquisición de actitudes. Elaboración propia.**

La **reestructuración de los conocimientos previos** con el fin de construir nuevos aprendizajes como la nueva información percibida. Estos cambios conceptuales son fundamentales en las Ciencias de la Salud puesto que la investigación puede descubrir nuevas informaciones que precisan integrarse con lo conocido hasta el momento. Este aprendizaje es muy costoso, exigente y puede incluso ser motivo de ansiedad para el que está aprendiendo. Ronald M. Epstein y Edward M. Hundert definen la dimensión integrativa que hace referencia a la reestructuración de conocimiento:

- Dimensión integrativa: enlazar los conocimientos básicos y clínicos de las disciplinas.

El **aprendizaje de los procedimientos** supone la adquisición y mejora de habilidades, destrezas y estrategias para realizar actividades concretas. Este aprendizaje se puede subdividir en aprendizaje de técnicas, aprendizaje de estrategias y el control sobre los procesos de aprendizaje.

- El aprendizaje de **técnicas** o secuencias de acciones realizadas de modo rutinario con el fin de alcanzar un objetivo. Por ejemplo coser una herida, supone aprender un conjunto de secuencias complejas de acciones que requieren un cierto entrenamiento basadas en el aprendizaje asociativo, por repetición, que debe de concluir en una automatización de la cadena de acciones, con el fin de que la ejecución sea rápida y certera. Las técnicas son muy eficaces para tareas rutinarias. Cuando la situación varía en algún elemento importante se transforma en un problema, las técnicas deben acompañarse de un aprendizaje de estrategias. Ronald M Epstein y Edward M. Hundert definen la dimensión técnica del modo que sigue:
  - Dimensión técnica: habilidades de examen físico, habilidades quirúrgicas y de procedimientos
- El **aprendizaje de estrategias** permite planificar, tomar decisiones y controlar la aplicación de las técnicas para adaptarla a las necesidades específicas de cada tarea. Las estrategias se hacen necesarias ante situaciones nuevas o complejas, que constituyen un verdadero problema, una encrucijada de opciones o caminos. Precisamos reflexionar (García del Barrio L., Pina Insausti L. J., Pueyo Villoslada J. C, 2011)<sup>119</sup> sobre los errores para corregirlos en lugar de reforzar los aciertos como sucede en el aprendizaje de las técnicas. Las estrategias se adquieren por proceso de reestructuración de la propia práctica, producto del

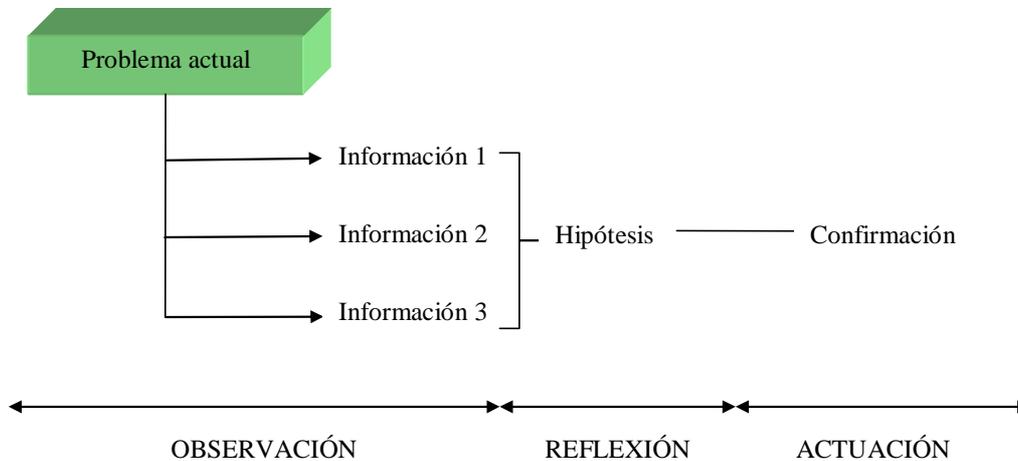
conocimiento generado sobre lo que estamos haciendo y como lo estamos haciendo. Luego vamos tomando conciencia de las limitaciones que se tienen al desarrollar una determinada actividad. Ronald M Epstein y Edward M. Hundert definen la dimensión función cognitiva del modo que sigue:

- Función cognitiva: cuerpo de conocimiento, habilidades básicas de comunicación, formación en gestión, aplicación del conocimiento a situaciones reales, uso del conocimiento tácito y de la experiencia personal, resolución de problemas abstractos, adquisición autodirigida de nuevo conocimiento, reconocimiento de lagunas de conocimiento, generación de cuestiones, uso de recursos (por ejemplo pruebas publicadas), aprendizaje desde la experiencia.
- Dimensión integrativa: manejo de la incertidumbre, juicio científico, razonamiento de estrategias clínicas apropiadas (deductivo-hipotético, reconocimiento de patrones).

El juicio clínico o toma de decisiones clínicas pretende dar solución a los problemas clínicos. Se proponen tres modelos de razonamiento (Nolla Domenjó M., 2006).

- Modelo hipotético-deductivo o analítico: a través la información que se obtiene del problema de salud se genera una hipótesis diagnóstica que se confirma o descarta con la investigación del mismo. Tanto expertos como novatos generan hipótesis diagnósticas. La diferencia estriba en la precisión que tienen unos frente a los otros. Los expertos son más selectivos con la información que recogen y hacen más interferencias a partir de los datos. El aprendizaje es de estilo reflexivo basado en la observación

y recolección de datos (ponderado, concienzudo, receptivo, analítico y paciente) (Formosa M. I., Napoli J., 2010)<sup>120</sup>.



**Ilustración 44.- Modelo hipotético-deductivo o analítico. Elaboración propia.**

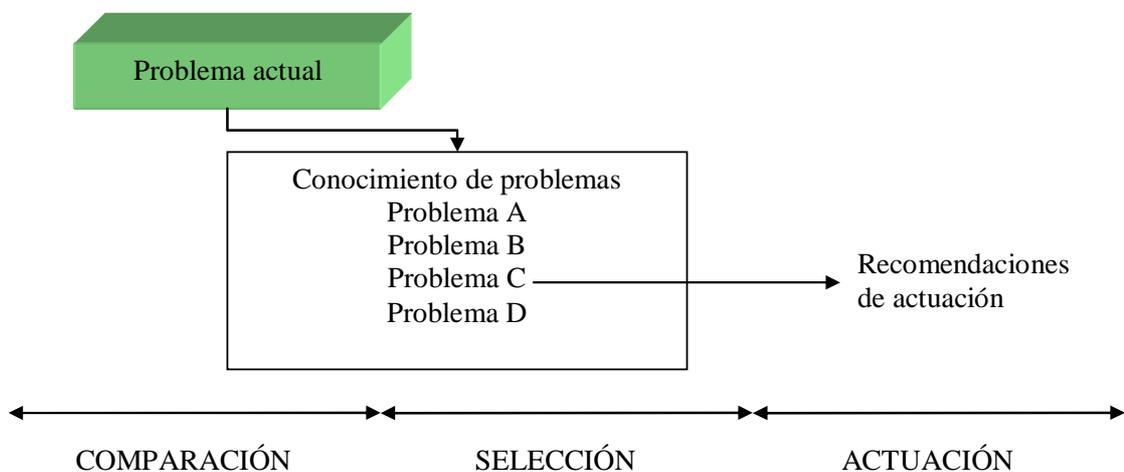
- Modelo de reconocimiento de patrones: se compara el caso problema actual con los que se han encontrado en el pasado. Esta forma de razonamiento se hace un modo casi automático. Por otra parte la resolución de un caso no garantiza la buena solución de otro (Gual A., Oriol-Bosch A., Pardell H., 2007)<sup>121</sup>. El uso de protocolos<sup>(1)</sup> y guías de práctica clínica<sup>(2)</sup>, dentro de lo que se ha dado por denominar "*medicina basada en la evidencia*" (esta es una traducción de medicina basada en pruebas) supone un avance incuestionable, pues se maneja información sustentada bases científicas.

---

(1) Protocolo: indica los pasos a seguir ante un problema asistencial de acuerdo con los recursos disponibles.

(2) Guía de práctica clínica: recomendaciones dirigidas a optimizar la atención de los pacientes basados en la revisión sistémica de resultados.

Pero como contrapartida provoca un abandono del juicio clínico analítico ante un determinado paciente. Pues se usa una pauta de actuación genérica sin cuestionarse otras circunstancias (González López-Valcárcel B., 2000)<sup>122</sup>. El ejercicio de la medicina tiene mucho de «oficio», la experiencia profesional es un factor pronóstico de la calidad de resultados. (Hannan E.L, Popp A.J., Tranmer B., Fuestel P., Waldman J., Shah D., 1998) <sup>123</sup>



**Ilustración 45.- Modelo de reconocimiento de patrones. Elaboración propia.**

- Modelo mixto: el modelo ideal de razonamiento sería una mezcla de los dos, en él se puedan reconocer patrones y por otra parte se interprete la información recibida en base a conocimientos científicos.
- El **control sobre los procesos de aprendizaje**, con el fin de utilizarlos de manera más selectiva, adecuando la actividad mental a las demandas específicas que se precisen en cada situación. Se precisa reflexionar sobre el propio conocimiento orientando el conocimiento hacia metas. En este aprendizaje los

tutores que dirigen la formación también han de tomar conciencia de las dificultades de la propia tarea. Las situaciones en las que los médicos han de actuar se caracterizan por (Eraut M., 2004)<sup>124</sup>:

- La información es incompleta, ambigua o cambiante.
- Los objetivos varían, están definidos a partir de la enfermedad o compiten entre ellos.
- Las decisiones se toman a través de múltiples circuitos de retroalimentación.
- Existen límites de tiempo.
- Interactúan muchos participantes en la toma de decisiones

### **4.3 Los procesos del aprendizaje de la formación sanitaria especializada**

Los alcances en formación médica que se han ido desarrollando han sido gracias a los progresos científicos y a la asimilación de los médicos especialistas que han sabido plasmar ideas y metodologías innovadoras a su realidad sanitaria. Es necesario pensar que un factor importante a la hora de implementar procesos de vanguardia en la enseñanza de la formación sanitaria, viene determinado por el tutor, el cual a la vez con acciones de mejora desarrolla de forma adecuada su competencia profesional.

El desarrollo de competencias profesionales del facultativo, viene establecido por la adquisición de conocimientos, capacidades, y destrezas, para intervenir de manera eficiente y eficaz en circunstancias

profesionales, resolviendo situaciones y problemas concretos y superando retos.

Todo modelo educativo tiene sus bases científicas en las aportaciones de las teorías del aprendizaje, el modelo teórico en el que debe basarse la formación sanitaria especializada es en un enfoque "*Enseñanza para la comprensión*", es decir, una enseñanza que establezca conexiones entre las diferentes especialidades médicas, por las que rota, adecuando los conceptos necesarios al nivel del residente y a su especialidad, apoyándolo en una variada utilización de estrategias de aprendizaje, relacionando la formación especializada concreta a las demandas actuales del conocimiento, favoreciendo la comprensión mediante actividades programadas, de transferencia y de resolución. Este enfoque lo desarrolla Gardner en su Teoría de la Inteligencias Múltiples. En el enfoque (Gardner, 1994)<sup>125</sup> inicial de Gardner describió siete inteligencias: Lingüística, Lógico-Matemática, Espacial, Cinestésica-Corporal, Musical, Interpersonal e Intrapersonal. Otra inteligencia, la Naturalista, fue incorporada en una revisión posterior (Gardner H., 2001)<sup>126</sup> completando los ocho conjuntos de habilidades que constituyen la configuración actual de la teoría.

Gardner en 1983 define la inteligencia como la "*capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas*". Más tarde Gardner en 1999 propone una definición más refinada. La define como "*un potencial biopsicológico para procesar información que se puede activar en un marco cultural para resolver problemas o crear productos que tienen valor para cada cultura*". Todas las personas poseemos las ocho inteligencias en mayor o menor medida. La inteligencia naturalista se define como la capacidad que muestran algunos individuos para entender el mundo natural, incluyendo la vida y reproducción de las plantas, los animales y de la naturaleza en general. (Ballesteros Martínez P., Prieto Sánchez M.D., 2003) <sup>127</sup> Por ello un

residente necesita una inteligencia naturalista bien desarrollada pero también una inteligencia espacial, lógico matemática para poder hacer cálculos sanitarios, interpersonal para poder presentar sus proyectos, etc. Es decir, necesita la específica y todas las demás.

La teoría de las inteligencias múltiples de Gardner propone la estrategia que proporcione comprensión relacionando el marco teórico de la formación sanitaria con la práctica para desarrollarla. También señala que las pruebas objetivas pueden ser un freno para el desarrollo del entendimiento, debiendo realizarse “*evaluaciones auténticas*” que corresponden a aquellas basadas en desempeños. La evaluación debe estar en coherencia con los objetivos de aprendizaje docentes que se marcan en la formación sanitaria especializada para cada especialidad. Por otra parte se ha de tener en cuenta las diferencias individuales entre los médicos internos residentes con una formación centrada en el individuo que lo habilite para su permanente autoaprendizaje y autonomía (García-Hernán García-Hernández F., 2006)<sup>128</sup>.

La formación especializada debe asentarse sobre las teorías **constructivistas** dado que se enseña y aprenden competencias laborales y profesionales que necesita el residente para cumplir la calificación técnico sanitaria que marcan los programas de su especialidad.

El constructivismo se caracteriza por las siguientes ocho características (Hernández Requena S., 2008)<sup>129</sup>:

- El ambiente constructivista en el aprendizaje provee a los médicos internos residentes de múltiples *representaciones* de la realidad.
- Las múltiples representaciones de la realidad evaden las simplicidades y representan la *complejidad* del mundo real.

- El aprendizaje constructivista se enfatiza al construir conocimiento dentro de la reproducción del mismo. Así mismo, el aprendizaje es *activo*, no pasivo. Los médicos internos residentes construyen conocimientos por sí mismos. Cada uno individualmente construye significados a medida que va aprendiendo. Las personas no entienden ni utilizan de manera inmediata la información que se les proporciona, en cambio el individuo siente la necesidad de «construir» su propio conocimiento. El conocimiento se construye a través de la experiencia.
- El aprendizaje constructivista resalta las *tareas auténticas* de una manera significativa en el contexto en lugar de instrucciones abstractas fuera del contexto.
- El aprendizaje constructivista proporciona *entornos de aprendizaje* en lugar de una secuencia predeterminada de instrucciones.
- Los entornos de aprendizaje constructivista fomentan la *reflexión* en la experiencia.
- Los entornos de aprendizaje constructivista permiten el contacto y el contenido dependiente de la construcción del conocimiento.
- Los entornos de aprendizaje constructivista apoyan la "*construcción colaborativa del aprendizaje, a través de la negociación social, no de la competencia entre los médicos internos residentes para obtener apreciación y conocimiento*".
- El constructivismo es una teoría psicológica muy empleada en la didáctica con adultos, dado que este enfoque defiende que el conocimiento es el resultado de construcciones propias internas, supone la modificación de esquemas mentales y el anclaje entre los

conocimientos previos y los nuevos, que finaliza cuando se adquiere la competencia de generalizar y aplicar el nuevo aprendizaje.

El residente gracias a la interacción producida con el centro sanitario capta, asimila y acomoda los nuevos conceptos a través de la experiencia. Tres grandes enfoques han desarrollado a lo largo de la historia esta teoría:

Vigotsky en los años treinta del siglo XX estudió los factores sociales que influyen en el conocimiento y, construyó su teoría sobre dos premisas: el desarrollo intelectual no puede ser entendido sino en referencia al medio donde se desarrolla y de la interacción social con otros sujetos. Así el residente logra resolver problemas que en un comienzo no puede resolver de modo. Según Vygotsky de manera similar el residente, primero subordina su comportamiento a las reglas del grupo para que más tarde surja la autorregulación de su comportamiento como una función interna. Cuando los logros se han internalizados se desarrollan de modo independiente (Isaza Restrepo A., Quiroga Chand A., Roa González C.N., Delgado Vegap M.A., Riveros Pérez A.M., 2006)<sup>130</sup>.

Para Piaget, en 1975, el aprendizaje se produce con la interacción con el objeto de conocimiento. Esta interacción activa una transformación y acomodamiento del sujeto que aprende. Futuros acercamientos suponen nuevas transformaciones y acomodaciones, de modo que las estructuras piageticas del conocimiento se generan y evolucionan en el tiempo (Barreto Tovar C.H., Gutiérrez Amador L. F., Pinilla Díaz B. L., Parra Moreno C., 2006)<sup>131</sup>

Ausubel en 1963 resaltaba que el conocimiento previo es, de forma aislada, la variable que más influye en el aprendizaje (Moreira M. A., 2006)<sup>132</sup>. Posteriormente se plantea el aprendizaje

significativo, como aquel cuyos contenidos son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el discente ya sabe (Ausubel D., 1983)<sup>133</sup>. En este enfoque, el discente es el propio protagonista, el tutor se encarga de acompañar, guiar, evaluar, apoyar al discente mientras sea necesario. La tarea fundamental del tutor es enseñar al discente a aprender a aprender, ayudarlo en la creación de estructuras cognitivas o esquemas mentales que permiten manejar la información disponible, filtrarla, codificarla, categorizarla, evaluarla, comprenderla y utilizarla pertinentemente (Fernández March A., 2006)<sup>134</sup>. En el aprendizaje significativo el aprendiz no es un receptor pasivo; muy al contrario. Otro aspecto fundamental es que el aprendiz debe presentar predisposición para aprender (Moreira M. A., 2006).

El tutor de la formación sanitaria especializada debe fomentar la reflexión como forma de aprendizaje. La sociedad del conocimiento es también la sociedad del aprendizaje a lo largo de toda la vida, las personas tienen que aprender a ser aprendices activos, autónomos, estratégicos, reflexivos, cooperativos y responsables. En medicina como en otras muchas profesiones el aprendizaje actualizado, dinámico, vivo es requisito imprescindible y obligación que cumplir. Aplicando las necesidades que define Ortega y Gasset en 1986, se definen las necesidades externas (superar las evaluaciones anuales, por ejemplo) y la interna, la que acosa el sujeto continuamente, sea por su sensibilidad y curiosidad o por su entorno. La necesidad interna resulta del significado que tiene un problema para el sujeto (Córdova J. L. Feregrino V.M., Reza C., Ortiz L., Dosal A., 2007)<sup>135</sup>. Por ello, es importante no solamente aprender aquello que se enseña sino impulsar en el residente la competencia de ir adquiriendo y asimilando nuevos conocimientos y destrezas de manera continua, con actitud positiva hacia la adaptación a los cambios y los nuevos retos de la profesión, de una manera flexible y

versátil ante nuevas situaciones, procurando conocer los nuevos recursos y mantener de forma constante la habilidad de innovar en las acciones.

En la profesión sanitaria es necesario e imprescindible desarrollar estrategias de cooperación y de trabajo en equipo entre los profesionales como acciones que influyen positivamente en el funcionamiento del centro sanitario. Trabajar en equipo, además de cooperación y colaboración, supone participación e implicación en proyectos comunes, desarrollo de técnicas de trabajo en grupo, toma de decisiones y asunción de responsabilidades de todas las profesiones implicadas.

La formación sanitaria especializada supone la formación a través de un aprendizaje activo y acumulativo. La National Training Laboratories, ubicada en Berthel, en 1970 considera que una persona aprende el 5% de lo que escucha, el 10% de lo que lee, el 20% de lo que oye y ve simultáneamente, el 75% de lo vivencia o descubre por sí mismo y el 80% de lo que enseña a otros. Se pone de manifiesto que para provocar cambios de actitud y comportamiento en las personas es necesario que éstas vivencien, pues de esta forma, autodescubre los conceptos y criterios que se quieren reforzar (Reinoso Fernández-Caparrós M., 2008)<sup>136</sup>.

El tutor por su parte debe crear confianza, asesorar, ofrecer alternativas, plantear retos, motivar y promover sus iniciativas y proporcionar información y propuestas para que los médicos internos residentes puedan tomar sus propias decisiones. Es necesario utilizar las habilidades y destrezas necesarias para establecer una comunicación pedagógica efectiva y eficiente con los residentes, ser capaces de "llegar" a ellos, para interactuar con eficacia y facilitar la consecución de unos buenos aprendizajes. La comunicación adquiere un carácter pedagógico por que estimula el desarrollo de la autovaloración, produce cambios

internos y conductuales, es planificadora, incita a la aparición de contradicciones, entre otras (Ortiz E., Mariño M. A., 1996)<sup>137</sup>.

La frase latina "*Verba docent, exempla trahunt*" (Palabras enseñan, ejemplos arrastran) expresa que el comportamiento del docente se graba en la memoria del discente como un modelo a seguir. El tutor del residente en la formación sanitaria especializada es el modelo de referencia para el residente.

### **4.3.1 Características de un aprendizaje eficaz y satisfactorio**

El aprendizaje supone la inversión de esfuerzo de los individuos implicados y el uso de recursos materiales, tecnológicos y económicos. Los profesionales médicos tienen la responsabilidad de asegurar una prestación con elevados estándares de calidad (Gual A., Oriol Bosch A., Pardell H., 2007). La formación sanitaria especializada se basa en un buen aprendizaje. Este buen aprendizaje consigue los objetivos previstos con un esfuerzo asumible y que produce además satisfacción tanto para el que aprende como para el que propicia el aprendizaje. Los tres rasgos del buen aprendizaje son:

- El aprendizaje produce un cambio duradero. En general el aprendizaje de tipo constructivo tiende a producir resultados más estables y duraderos. Pero del mismo modo que estos cambios perduran más en el tiempo, producen cambios que son difícilmente modificables en el futuro. La medida de los cambios se lleva a cabo a través de una evaluación a lo largo del aprendizaje.
- El aprendizaje ha de ser transferible a nuevas situaciones. El saber utilizar los conocimientos desarrollados en diversas situaciones da

eficacia a lo que se aprende. Cuanto más rutinario sea lo aprendido más difícil será recuperar la información aprendida en una nueva situación futura. Los procesos de enseñanza-aprendizaje deben ser novedosos, provocar cambios en el discente, a través de la innovación y la investigación. La resolución de problemas de un modo repetitivo es un entrenamiento que no garantiza la resolución de nuevas situaciones. Para enfrentarse a nuevos retos se requiere estrategia o procesos de reestructuración.

- Las prácticas deben adecuarse a las metas del aprendizaje. Las practicas repetitivas producen un conocimiento pobre y limitado. Mientras que una práctica activa que busca promover la reflexión sobre la actividad que se realiza conlleva a un conocimiento más duradero y transferible. Este tipo de aprendizaje es más lento y exigente que el aprendizaje repetitivo. El aprendizaje de uno u otro modo depende del objetivo que se plantee. Lo ideal es que las metas de los que aprenden y de los que facilitan el aprendizaje sean los más semejantes posibles.

Heredia Ancona considera cuatro principios del aprendizaje (Heredia Ancona, B., 1997)<sup>138</sup>:

- Principio del *reforzamiento*: “el reforzamiento favorece el aprendizaje”.
- Principio de la *actividad propositiva*: “se aprenden mejor las actividades realizadas intencionalmente”. Flexner en 1925 recomendó a cerca del programa de Medicina la estimulación del aprendizaje activo (Rodríguez Gómez H. M., 2004)<sup>139</sup>.

- Principio de la organización por *configuraciones globales*: “la organización de la información dentro de un contexto favorece el aprendizaje”.
- Principio de la *retroalimentación*: “El conocimiento de los resultados de la propia actividad favorece el aprendizaje”. Un nivel elevado metacognitivo permite plantear actividades y formular estrategias, todo ello con un buen respaldo motivacional (Cumplido Hernández G., Campos Arciniega M. F., Chávez López A., García Pérez V., 2006)<sup>140</sup>.

La planificación de la formación ayuda a que se realice esta de un modo más eficaz. La adaptación del decálogo de enseñanza eficaz (Hernández Castilla R., Martínez Garrido C. A., Murillo Torrecilla F. J., 2011)<sup>141</sup> sería:

- **Implantación y compromiso docente**: la actitud frente a la formación ha de ser positiva desde los profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios, médicos internos residentes, pacientes y equipo directivo de la Institución Sanitaria.
- **Clima trabajo adecuado**: Dado que en la puesta en práctica de la formación intervienen diferentes personas (tutores-médicos internos residentes-pacientes-otros profesionales) se precisa una relación respetuosa entre ellos. Las normas de funcionamiento de la Institución Sanitaria han de ser claras, justas y conocidas por todos. El ambiente físico ha de ser ordenado y orientado al trabajo formativo. Para implicar a los médicos internos residentes en su formación se ha descrito la figura de “Jefe de Médicos internos residentes”. Esta figura se ha descrito en Estados Unidos y Canadá, en nuestro país no está legislado. El Hospital Ramón y Cajal ha sido pionero en este aspecto. Las funciones que tiene son las de fomentar la interrelación entre los médicos internos

residentes y la Comisión de Docencia. Debe ser el referente para atender el aspecto humano de los especialistas en formación, intentando solventar en la medida de lo posible aquellos problemas de tipo personal relacionados con el periodo de formación (Saura Llamas J., Galcerá Tomás J., Botella Martínez C., Saura Llamas J. y Miembros del Foro de Jefes de Estudios de la Región de Murcia, 2011)<sup>142</sup>.

- **Altas expectativas y autoestima**: Los médicos internos residentes pueden llegar a ser lo que el tutor crea que pueden ser. Las altas expectativas se desarrollan con:
  - El mantenimiento de una actitud de aprecio e interés por el residente. El tutor ha de ser capaz de empatizar con el residente (Casado Vicente V., 2006)<sup>143</sup>.
  - La propuesta de metas alcanzables por parte del tutor al residente. El tutor ha de estimular, incentivar, impulsar e ilusionar a los médicos internos residentes (Casado Vicente V., 2006).
  - La no comparación entre médicos internos residentes cuando se realicen las observaciones.
- **Rotaciones estructuradas**: El principal elemento, según la bibliografía relativa al aprendizaje, que ha de tener la enseñanza para que resulte eficaz es que responda a un propósito claro, es decir, en el caso de la Formación Sanitaria Especializada, las rotaciones han de tener unos objetivos previamente conocidos, con lo que han de ser conocidos los propósitos de las rotaciones a realizar. Por otra parte estos objetivos se caracterizan por:

- Deben estar relacionados con conocimientos previos y con elementos relevantes para el residente.
  - Los objetivos de las rotaciones deben ser conocidos por el residente antes de iniciar una rotación.
  - Las actividades encaminadas a la evaluación de la actividad desarrollada en dicha rotación han de ser coherentes con los objetivos formulados.
- **Actividades variadas y con participación activa.** El uso de actividades diversas en el proceso de enseñanza de la materia (observación, lectura, sesiones, reflexión entre médicos internos residentes, reflexión con el tutor...) favorece la motivación de los médicos internos residentes. La interacción entre tutor o colaborador docente con el residente a través de preguntas o discusión de casos produce un efecto positivo en los médicos internos residentes. La participación activa se basa en el tradicional "aprender haciendo" de Muijs y Reynolds de 2001. La actividad de aprendizaje supone acción, movimiento. Cuanto mayor sea el grado de implicación del residente mayor será la atención prestada. Podríamos definir este "estar atento" (García Campayo J., 2008)<sup>144</sup> a centrarse en el presente, sin juicios de valor, dirigiendo la atención hacia algo en todo momento, observando para entender lo que está sucediendo y explorando todos los lenguajes de nuestro alrededor: verbales (orales y escritos) y no verbales.
  - **Atención a las diferencias individuales de los médicos internos residentes:** Los Itinerarios Formativos Tipo han de adaptarse a las circunstancias individuales de los médicos internos residentes que los desarrollan. Y por ello el tutor del

residente según el Itinerario propuesto por el Tutor Coordinador de la Unidad Docente ha de valorar:

- Las expectativas personales de cada residente.
  - Los ritmos de aprendizaje del residente.
  - Los conocimientos previos del residente asignado.
  - La situación personal y familiar del residente.
  - La salud física y psíquica del residente.
- **Optimizar el tiempo de aprendizaje**: El aprendizaje será mayor cuanto más oportunidad de aprendizaje se propicien. Para garantizar las oportunidades del aprendizaje de los médicos internos residentes se ha de organizarse en el tiempo de dedicación de los médicos internos residentes. La recomendaciones que se pueden hacer al respecto son:
    - La puntualidad de asistencia de tutores, colaboradores docentes y de médicos internos residentes.
    - Establecer unas rutinas en la actividad de los tutores, colaboradores y médicos internos residentes.
    - Definir la fecha, hora y lugar de las entrevistas semiestructuradas a realizar (Arteaga Crespo R., Díaz Pita G., Padrón Novales C. I., 2001)<sup>145</sup>.
  - Dedicar el máximo tiempo posible a actividades que puedan **planificar y organizar** la Formación Sanitaria Especializada: Esta organización supone la realización de actividades comunes entre médicos internos residentes de diferentes especialidades y

grados. Con ello se crean grupos heterogéneos que resultan más enriquecedores en el aprendizaje. Además será importante establecer unas normas de funcionamiento de los Centros o Unidades Docentes. Una planificación de la formación individual puede aportar numerosas ventajas sobre la formación general, que básicamente se resumen en más motivación y compromiso, más conocimiento y control sobre los resultados de aprendizaje y, en definitiva, mayor calidad de la formación. La incorporación del residente en la actividad del centro sin un plan de formación individual deja el aprendizaje del residente expuesto a las circunstancias azarosas del contexto, lo que se ha denominado "*aprendizaje oportunista*", de modo que la presión asistencial, sus preferencias o temores, pueden hacer que finalice el período de residencia sin que su programa se haya completado en determinadas áreas o que no haya desarrollado alguna de las competencias básicas. (Romero Sánchez E., Anza Aguirrezabala I., Saura Llamas J., 2012)<sup>146</sup> El Plan Individual del residente permite conocer el calendario de actividades y su grado de implicación y responsabilidad en las mismas: conciencia de su propio aprendizaje y compromiso con el mismo (Gómez Portela J., Martínez Pastor A., Rubio Gil E., Monzó Núñez E., Romero Sánchez E., Saura Llamas J., 2011)<sup>147</sup>.

- **Utilizar recursos didácticos variados**: La utilización de recursos tecnológicos favorece la adquisición del aprendizaje más significativo y más profundo. Tanto tutores, colaboradores docentes y médicos internos residentes han de ser conocedores de las nuevas tecnologías para poderlas aplicar.
- **Evaluar, seguir y hacer retroalimentación continua**: La Formación Sanitaria Especializada de médicos realiza controles del aprendizaje adquirido a través de las entrevistas

semiestructuradas entre el tutor y el residente asignado. Atendiendo a los resultados obtenidos del aprendizaje planificado se pueden corregir la trayectoria prevista para el residente asignado.

### **4.3.2 Formas de aprendizaje: metodología docente**

La metodología de aprendizaje (Fernández March A., 2006) va desde las clases magistrales en las que la participación del residente es mínima hasta el control autónomo del propio residente en el que el papel del residente es mucho más activo.

El *aprendizaje orientado a proyectos* es lo más semejante a la actividad que desarrollan los médicos internos residentes en torno al programa formativo que asienta las bases de la formación. Este sistema de trabajo desarrolla el autoaprendizaje. El tutor tiene una labor de experto, evaluador y en ocasiones proporciona recursos. Es el residente el protagonista de su formación. Es el propio residente el gestor del aprendizaje. Esta forma de aprendizaje ha de mantenerla toda su vida profesional (Ryan Múrua, P. 2006)<sup>148</sup>, ( Gual A., Oriol-Bosch A., Pardell H., Berenger J., Bruguera M., Gervás J., et al., 2010)<sup>149</sup>.

El *contrato de aprendizaje* se lleva a cabo entre discente y docente. En la formación sanitaria especializada además existe un contrato laboral renovable sujeto a los resultados formativos obtenidos en el curso. Esta evaluación queda en manos de un Comité Evaluador que se encarga de recoger los informes de los profesionales por los que ha rotado el residente, junto con la información que proporciona el tutor del residente y la información que recoge el residente en el libro del residente. También se pueden aportar los informes que se precisen, una memoria de la

actividad realizada en el curso y la intervención de los profesionales que hayan supervisado la actividad del residente.

El *aprendizaje basado en problemas* (Branda L. A., 2004)<sup>150</sup> se utiliza dentro de algunas sesiones clínicas y determinados cursos que se plantean a lo largo de la residencia. Favorece el pensamiento reflexivo. Por otra parte facilita el aprendizaje de las carencias de conocimiento que pueda tener el residente. Una duda que puede plantear el residente puede transformarse en una “pregunta clínica” que da lugar a una sesión (Saurallamas J., 2007).<sup>151</sup> El planteamiento del problema a un grupo permite compartir y corroborar las fuentes de información. La discusión de grupo en relación con el problema planteado puede resultar más motivante para los médicos internos residentes. Las encuestas de opinión muestran que este tipo de enfoque está mejor calificado que los seminarios tradicionales como estrategia motivadora (Lifschitz V., Bobadilla A., Esquivel P., Giusiano G., Merino L., 2010)<sup>152</sup>. El análisis de los problemas en grupo permite plantearse preguntas concretas ante determinadas circunstancias de incertidumbre que pueden ser clave para generar una posterior búsqueda bibliográfica. Del mismo modo este tipo de prácticas puede generar en ocasiones un incremento de la ansiedad del residente. Para ello el tutor que organiza la práctica ha de estar seguro de que las conclusiones a las que se lleguen están sustentadas en un análisis crítico de las pruebas existentes hasta el momento y no en opiniones no sustentadas. Como cualquier actividad de grupo tiene los problemas inherentes de las dinámicas de grupo (Walsh A., 2005)<sup>153</sup>. Los pasos del aprendizaje son los siguientes:

- Identificar el problema: Los médicos internos residentes leen acerca de los problemas y los discuten.
- Explorar el conocimiento preexistente: todos los médicos internos residentes que intervengan de este aprendizaje han de participar en

este paso. La información obtenida en este paso se utilizará en el paso siguiente.

- Generar una hipótesis y naturaleza del problema: los médicos internos residentes discuten, el tutor es el que ha de discriminar lo superficial para profundizar en los conceptos clave.
- Identificar temas de enseñanza: Las cuestiones a plantear no pueden ser respondidas con el conocimiento existente en el grupo. El tutor ha de ayudar al grupo de inexpertos a clarificar los conceptos clave para la posterior búsqueda. De este modo se reduce las posibles frustraciones que se puedan producir en la exploración del tema.
- Estudio individual: los médicos internos residentes han de estudiar los casos. Lo óptimo es que sean los propios médicos internos residentes los que seleccionen las áreas en las que quieren trabajar.
- Reevaluación y aplicación del nuevo conocimiento a los problemas: Los conocimientos construidos se aplican a los problemas originales. El tutor tiene la encomienda de que apliquen los nuevos conocimientos en el trabajo diario. Desafía a los médicos internos residentes a poner en marcha los conocimientos adquiridos en diferentes contextos y reorganiza los conceptos previamente aprendidos cuando aparecen de nuevo.
- Evaluación y reflexión sobre el aprendizaje: Un vez que se ha puesto en marcha el conocimiento y se ha estimulado su postura ante el mismo podría considerarse terminada la formación. Es importante que el residente en toda su trayectoria de aprendizaje sea capaz de reflexionar sobre su propio proceso con el fin de mejorar en su conocimiento especializado. El instrumento por excelencia que nos ayuda a conseguirlo es la evaluación. La evaluación es un proceso

de apoyo que permite descubrir y tomar conciencia de lo que aprendemos cada día y la manera en la que hemos obtenido ese aprendizaje. La medicina “dominada por la acción no flexiva” puede prevalecer en la formación sanitaria especializada, en la cual se trabajan largas horas y la carga de trabajo del servicio clínico podría disminuir el tiempo para reflexionar sobre la actividad (Goldman R., Quirk M., Nothnagle M., S Reis S, 2010)<sup>154</sup>.

El *Plan de trabajo individualizado* es un modelo de aprendizaje donde el docente (en este caso el tutor) ofrece una guía de trabajo al discente (en este caso el residente) en función de la situación personal y características, es decir, adaptando el ritmo y el nivel (Sánchez Huete J. C., Gadea H., 2008)<sup>155</sup>. El residente trabaja de una forma autónoma, organizando el contenido que se va a trabajar y su tiempo. Cuando finaliza la actividad, se autoevalúa.

El modo de aprender de los médicos internos residentes los contenidos que figuran en los programas de las especialidades está en función de la rapidez de asimilación del contenido, de la actividad asistencial que se desarrolla en la Unidad Docente, de la modalidad sensorial de presentación más óptima para el aprendizaje, de la naturaleza del contexto físico y social en el que se desarrolla la actividad asistencial, de la magnitud de la supervisión, asistencia y apoyo por parte del tutor, de los objetivos marcados para su ejecución a lo largo de la residencia (Beltran J.; Garcia-Alcañiz E.; Moraleda M.; Calleja F. G.; Santiuste V., 1987)<sup>156</sup>.

El aprendizaje individualizado asienta dentro de unos límites de actividad, objetivos y contenidos previamente marcados. Es el marco en el que se va a desarrollar el avance del aprendizaje. Este caminar a lo largo de este entorno está adaptado a las circunstancias de cada residente, en relación con el entorno en el que se desarrolle.

La *estrategia de aprendizaje* (Gutiérrez Zuloaga I.)<sup>157</sup> se puede definir como una consecución de procedimientos encaminados a la obtención de unos objetivos establecidos inicialmente. Se articula en cuatro pasos:

1.- Fijar los objetivos de la estrategia: Se ha de fijar de un modo cuantitativo el resultado que se quiere obtener y en qué plazo se ha de conseguir. Se tienen presentes los objetivos a desarrollar según el programa de la especialidad, para el residente en concreto se pueden identificar necesidades concretas que han de dar como resultado unos resultados esperados a priori.

2.- Seleccionar la secuencia de acciones más adecuada para alcanzar el objetivo fijado partiendo de los recursos disponibles. Cuanta más variedad de técnicas y estilos de aprendizaje se disponga más necesario es tener una estrategia. Se han de propiciar experiencias aprendizaje apropiadas.

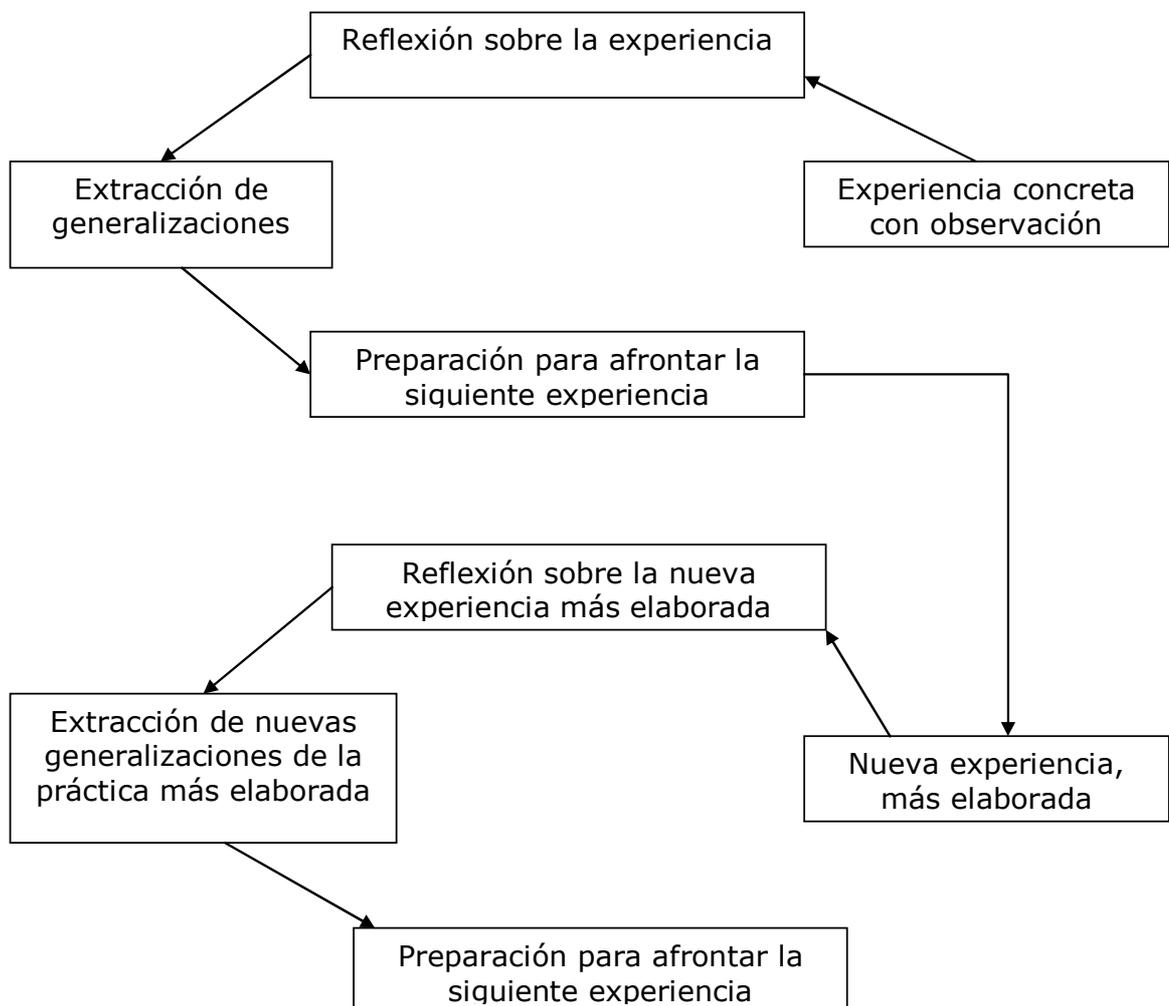
3.- Aplicar la estrategia, supervisar la ejecución de las técnicas que la componen. Se ha de verificar que la situación real de aprendizaje se ajusta a la planificada y de no ser así tener capacidad suficiente para rectificar e intentar conseguir los objetivos fijados.

4.- Evaluar el logro de los objetivos fijados. La evaluación no se tiene que hacer únicamente cuando se haya finalizado una tarea de objetivo. Se han de realizar evaluaciones intermedias.

El *aprendizaje experiencial* ( Zabalza Beraza M. A., 2011)<sup>158</sup> une la realización práctica y la reflexión. Este modelo parte de una experiencia

real y concreta a la que el residente se incorpora, en la que participa activamente y en la que toma notas de lo que está sucediendo.

El esquema de aprendizaje que plantea Kolb propone círculos progresivos, en los que las experiencias aumentan en complejidad. Las nuevas experiencias se ajustan cada vez más al contexto donde se desarrollan. El esquema del círculo del aprendizaje de Kolb se estructura del modo siguiente:



**Ilustración 46.- Ciclo del aprendizaje de Kolb.**

La experiencia es una actuación de acción que va sucedida por una segunda actuación de reflexión, y que culmina con una extracción de

generalizaciones y de preparación para afrontar la siguiente experiencia. En la formación sanitaria la práctica clínica debe ser el centro de la formación desde donde los médicos internos residentes pueden aprender mediante la reflexión-acción, ayudados por tutores competentes (Puebla-Manzanos L., Saura-Llamas J., 2006)<sup>159</sup>.

Para Donald Schön el pensamiento generado dentro de los límites de un presente-acción se denomina *reflexión en la acción* (Cassís Larraín J, 2011)<sup>160</sup>. Este tipo de pensamientos pueden modificar en algunas ocasiones modificar los resultados. La reflexión (Tizón J. L., 2009)<sup>161</sup> en la práctica médica no es una actividad optativa, se trata de una obligación social básica para evitar enormes despilfarros y numerosos errores médicos. Los aprendizajes de los errores médicos (Borrell Carrió F, 2007)<sup>162</sup> son: heurísticos (resolución de problemas), habilidades, conocimientos y organizativos.

La experiencia inicial que motiva la reflexión puede ser una experiencia pasada. Para Schön es la denominada *reflexión sobre la reflexión activa*. Con nuestro pensamiento retornamos sobre lo realizado, intentando descubrir con nuestro conocimiento las posibles acciones que han dado como consecuencia el resultado. Este tipo de reflexión puede ser muy oportuno para aprender de resultados no esperados.

Un resultado no esperado puede definirse como un "*Incidente Crítico*" (Bilbao Villegas G., Monereo Font C., 2011)<sup>163</sup>. Esto es un suceso, acotado en el tiempo y el espacio que, al superar un determinado umbral emocional de la persona que lo vivencia y pone en crisis o desestabiliza su propia identidad como profesional. El acontecimiento en sí es una unidad de análisis, con él se toma conciencia de los agentes implicados en dicho acontecimiento (Gómez Portela J., Leal Hernández M., Martínez Pastor A., Saura Llamas J., 2011)<sup>164</sup>. Estimula el autoaprendizaje reflexivo, potencia que los médicos internos residentes se responsabilicen de la adquisición de competencias y que adopte una actitud activa sobre su docencia

(Casanova J. M., 2012)<sup>165</sup>. Y además puede plantear el desarrollo de acciones correctivas futuras que eviten sucesos similares. Estas modificaciones van encaminadas a la práctica de una medicina con elevados estándares de calidad y seguridad (Carrillo Córdova L. D., Carrillo Córdova R., Carrillo Esper R., 2011)<sup>166</sup>.

Las situaciones no reales, como es el caso de los acontecimientos generados por talleres de role-playing pueden generar un pensamiento reflexivo. Las reflexiones del individuo que ha intervenido en este taller se comparten con el resto de grupo que las ha observado. Los observadores también pueden reflexionar sobre lo sucedido.

El acontecimiento sobre el que se puede reflexionar, de modo individual o en grupo, se puede llegar a nuestro conocimiento a través de la observación directa o diferida (por ejemplo una grabación) o a través de documentos escritos (informes, memorias, historias clínicas...).

La reflexión no es simplemente contar una experiencia vivida de primera mano o como observador. Es ser capaz de desgranar, interpretar, organizar y asumirla dentro de nuestros esquemas de conocimiento. Oser y Baeriswyl en 2001 modelizan un proceso de enseñanza aprendizaje a semejanza del mundo del arte y la danza (Oser, F. K., Baeriswyl, F. J., 2001)<sup>167</sup>. Hablan por tanto de las "*coreografías didácticas*". Los pasos de danza (Zabalza Bezares, M. A., 2011)<sup>168</sup>, (Cid-Sabucedo A., Pérez-Abellás A., Zabalza M. A., 2009)<sup>169</sup> explican los autores, responden simultáneamente a dos tipos de demandas: por un lado, el bailarín puede crear libremente en el espacio disponible y mostrar su repertorio; por otro, se ve limitado por los elementos que integran la escenografía, el ritmo, la estructura métrica, la forma y la secuencia de la música. Siguiendo esta interpretación, la "práctica de una enseñanza" la constituyen:

- La *estructura visible*-la parte libre de la coreografía- la parte flexible, intercambiable, que está continuamente readaptándose por y para los médicos internos residentes.
- El *modelo base* que está constituido por el encadenamiento de operaciones o grupo de operaciones que son en cierto modo necesarios para cualquier residente de esa especialidad y que no se pueden ser reemplazados por ningún otro. El "modelo base" puede interpretarse como "guiones de aprendizaje". En el caso los médicos internos residentes los guiones de las especialidades se definen en los programas de las especialidades.

La primera de las 12 coreografías que describen es la que denominan *aprendizaje a través de la experiencia*. La formación sanitaria especializada de médicos especialistas puede ser analizada en términos similares. Se busca el aprendizaje a través de una secuencia modelo (modelo base) que combina la experiencia directa y la reflexión. Según Oser y Baeriswyl la secuencia de operaciones a realizar por el residente sería:

- Anticipación del plan de acción a desarrollar (pensar en lo que se va a hacer, observar, manipular, diseñar, resolver, etc.) y los problemas previsibles.
- Realización de actividades previstas en los correspondientes contextos.
- Construcción del significado de la acción a través de un intercambio comunitario (expresar lo que se ha hecho y porqué).
- Generalización de la experiencia a través de la identificación de los elementos comunes en las experiencias de diversos compañeros.
- Reflexión sobre experiencias similares en la bibliografía, en publicaciones científicas, en sesiones, en ponencias, etc.

Otra metodología de aprendizaje reflexiva es el *modelo Escritura/Lectura/Escuchado* (Kasman D., Shafer A., Shapiro J., 2006)<sup>170</sup>.

La primera etapa (Escritura) es individual. Se cuestiona el proceso social de aprendizaje rompiendo con las posibles orientaciones paternalistas que se pudieran dar. Se ha de reflexionar sobre el sentido de las experiencias vivenciadas. En esta etapa en la que pueden plantearse soluciones de problemas de modo imaginativo y creativo. La Voz expresa no solo la propia voz del residente sino de los otros protagonistas del proceso formativo, incluidos los pacientes. La emoción en esta etapa es el único aspecto que da reflexión. Se trata de un análisis de dimensiones espirituales y psicológicas

La segunda etapa (Lectura) y tercera (Escuchado) se realizan para un grupo de médicos internos residentes. El mero hecho de compartir la frágil sentida los hace menos vulnerables y más seguros. Con los pacientes se ha desarrollar una atención consciente, por medio de la observación y empatía. Las herramientas definidas en este constructo se engloban en tres apartados:

- El desarrollo personal supone una reflexión de las actuaciones realizadas.
- Las herramientas de cuidado de pacientes recogen la interpretación narrativa que expresa el paciente, la empatía con el paciente y el juicio clínico de la situación en la que se encuentre el paciente.
- El bienestar de la figura docente asienta en el equilibrio emocional y la resolución automática del problema. El equilibrio emocional se debe a las capacidades de afrontar el sufrimiento del paciente y de actuar para aliviar este sufrimiento. La reflexión y la escritura de los problemas propicia la resolución de los mismos.



En el ambiente sanitario se ha trabajado con los grupos Balint en la mejora de la relación social entre sanitarios y pacientes. Son grupos de trabajo en los cuales los profesionales que intervienen, ayudados por un psicoanalista experto, reflexionan (Tizón J. L., 2009) en común a cerca de las dificultades que se plantean en la relación con un determinado paciente o con un tipo determinado de pacientes. El objetivo de estas reuniones es mejorar y ampliar las capacidades de relación para la asistencia.

Los médicos internos residentes están integrados en las instituciones sanitarias. Forman parte de los recursos humanos que trabajan dentro de un equipo organizado para dar respuesta a las necesidades de salud de un determinado colectivo de personas. Dentro de esta organización la relación entre médicos internos residentes puede conducir a un *aprendizaje cooperativo* (Felipe E., Iglesias D., Latas C., León B., 2011)<sup>171</sup>. Se puede entender que cada residente tiene sus metas individuales dentro de la formación sanitaria especializada. La obtención de estas metas puede desarrollarse de una forma tan paralela que la obtención de un residente pueda correlacionarse positivamente con el progreso de otro residente. Esta interpretación recoge la interpretación del aprendizaje cooperativo, desde el punto de vista de la psicología psicosocial. El aprendizaje cooperativo potencia el desarrollo de habilidades sociales (Delgado Peña J.J., Luque Gil A.M., Navarro Jurado E., Gutiérrez Lozano J.F., López Romero L., Meléndez Malavé N. et al., 2009)<sup>172</sup>. Las situaciones de aprendizaje cooperativo son en general dinámicas y atractivas. El residente que la vivencia siente una mayor responsabilidad y poder sobre el aprendizaje. La consecuencia positiva de las mismas es que aumenta la percepción de autonomía y competencia percibida por parte del propio residente. La realización de actividades que conlleven un aprendizaje de estas características fomenta el interés del

residente por la materia de aprendizaje al tiempo de permite desarrollar habilidades sociales.

Para algunos autores (Tizón J. L., 2009) la formación sanitaria especializada que se práctica en la actualidad no potencia las aportaciones grupales a la formación.

Para que el aprendizaje cooperativo se desarrolla, se precisa que los médicos internos residentes que lo van a desarrollar tengan las siguientes destrezas:

- Deben conocer el programa de su especialidad.
- Deben desarrollar y aplicar metodologías didácticas tanto grupales como personales.
- Deben conocer los procesos de interacción y comunicación, así como dominar las destrezas y las habilidades sociales para fomentar el aprendizaje y la convivencia en el lugar de trabajo con el resto de compañeros médicos internos residentes.

La *Formación tutorizada* (Santana Vega, L. E., 2007) <sup>173</sup> está constituida por la orientación y el asesoramiento. La orientación pretende ayudar a los médicos internos residentes para solventar los problemas que se le plantean. Permite comprender mejor el entorno en el que se manejan y desarrollar el autoconocimiento. El asesoramiento precisa una relación directa e interpersonal entre el tutor que hace la recomendación. Por lo que la forma de comunicarlo es por medio de la entrevista en la que se resuelven los problemas detectados.

El órgano colegiado, la Comisión de Docencia, desarrolla un trabajo colaborativo. En ellas se integran diversos profesionales relacionados con

el entorno de los médicos internos residentes. La dinámica de las Comisiones de Docencia, en ocasiones, genera conflictos entre los miembros que la componen. Si embargo los resultados generados de la Comisión de Docencia pueden llegar a desarrollar un sentimiento de orgullo por parte de sus componentes (Santana Vega L., 2007).

Los *tipos de aprendizaje* que se mencionan en los programas de las especialidades médicas a estudio se pueden clasificar atendiendo a los participantes que constituyen la fuente de aprendizaje:

- El propio médico interno residente, con la dirección de su tutor (aprendizaje dirigido), denominado autoaprendizaje: estudio cotidiano, lecturas o visualizaciones recomendadas, cursos a distancia, preparación de sesiones (clínicas, bibliográficas, monográficas), preparación de póster y preparación de comunicaciones.
- El médico interno residente y su tutor: discusión de casos, análisis de artículos bibliográficos, supervisión de sesiones clínicas, supervisión de planteamiento diagnóstico-terapéutico tras la observación de una paciente.
- El médico interno residente, el paciente, equipo sanitario, equipo no sanitario y el tutor: observación directa, intervenciones tuteladas (en las que se indican los pasos a seguir), intervenciones revisadas en el momento de su realización (en las que no se indican los pasos a seguir, pero que se vigila para que ejecute según se ha enseñado y se corrige en caso de error), intervenciones revisadas en un momento posterior a su ejecución (a través de lo recogido en la historia clínica, de lo relatado por el residente, videograbaciones, de la vivencia de la situación por el paciente, opiniones de profesionales sanitarios del equipo, etc..).

- El residente junto con otros médicos internos residentes y una figura docente como moderador: clases magistrales por parte de un docente o bien por parte de un residente, seminarios, talleres de role-playing, sesiones clínicas, comunicaciones, presentación de póster, resolución de casos abiertos, discusión casos clínicos, talleres de habilidades clínicas con maniqués, etc..

El aprendizaje de los médicos residentes es un “*aprendizaje situacional*”. Porque se desarrolla dentro de las Instituciones sanitarias que está en contacto directo con los médicos especialistas que a su vez desarrollan la especialidad aprendida y tratan temas reales. Pasan de situaciones estándares planteadas a lo largo de la formación universitaria a situaciones reales.

En relación con el aprendizaje situacional encontramos el modelo de Warner y McGill que data de 1996 y destaca el impacto de la interacción entre el sujeto que va aprender, en nuestro caso el residente y el contexto en el que se produce. Atendiendo a este modelo puede plantearse la dificultad de elección de los centros docentes donde se va a realizar la formación. Además de conocer previamente no solo la estructura y funciones que se desarrolla en la institución se debería tener presente la dinámica global en la que se va a manejar el médico interno residente (la acogida del mismo, su integración, la relación entre los profesionales, etc.). Posterior a este modelo en 2004 Hascher *et al* también insisten en la fuerte importancia de los contextos en los que se desarrolla el proceso de aprendizaje.

El aprendizaje en el contexto situacional (Arcadi Gual, Oriol-Boch A., Palés-Argullós J., Nolla-Domenjó., 2011)<sup>174</sup> depende de las oportunidades para captar las señales emitidas por los profesionales del entorno sanitario, especialmente los más influyentes y también depende del balance de oportunidades de actuación.

La red social en la que desarrolla la actividad médica cuando son tupidas permiten controlar las conductas. Por el contrario una red social laxa no facilita la acción correctora del conjunto de los miembros de la red (Arcadi Gual, 2011).

La centralidad en la red social es un componente de suma importancia. La marginalidad genera un aislamiento. Si el residente que aprende se coloca en la periferia de las redes sociales clínicas, dificulta la comunicación con los responsables de la formación (Saura-Llamas J., 2005)<sup>175</sup>. En ocasiones la población atendida interpreta a los médicos internos residentes como los "ayudantes", los "sustitutos". El hecho de conocer el que se pueda dar estas situaciones y de comunicárselo al residente mejora la situación de la relación a tres bandas del paciente-tutor-residente.

Los problemas en una red densa han de solucionarse de un modo colegiado en el que puedan intervenir todos los protagonistas del proceso formativo.

Este tipo de redes densas permiten que más de un profesional pueda evaluar al residente, de modo que la evaluación del residente tendrá más validez.

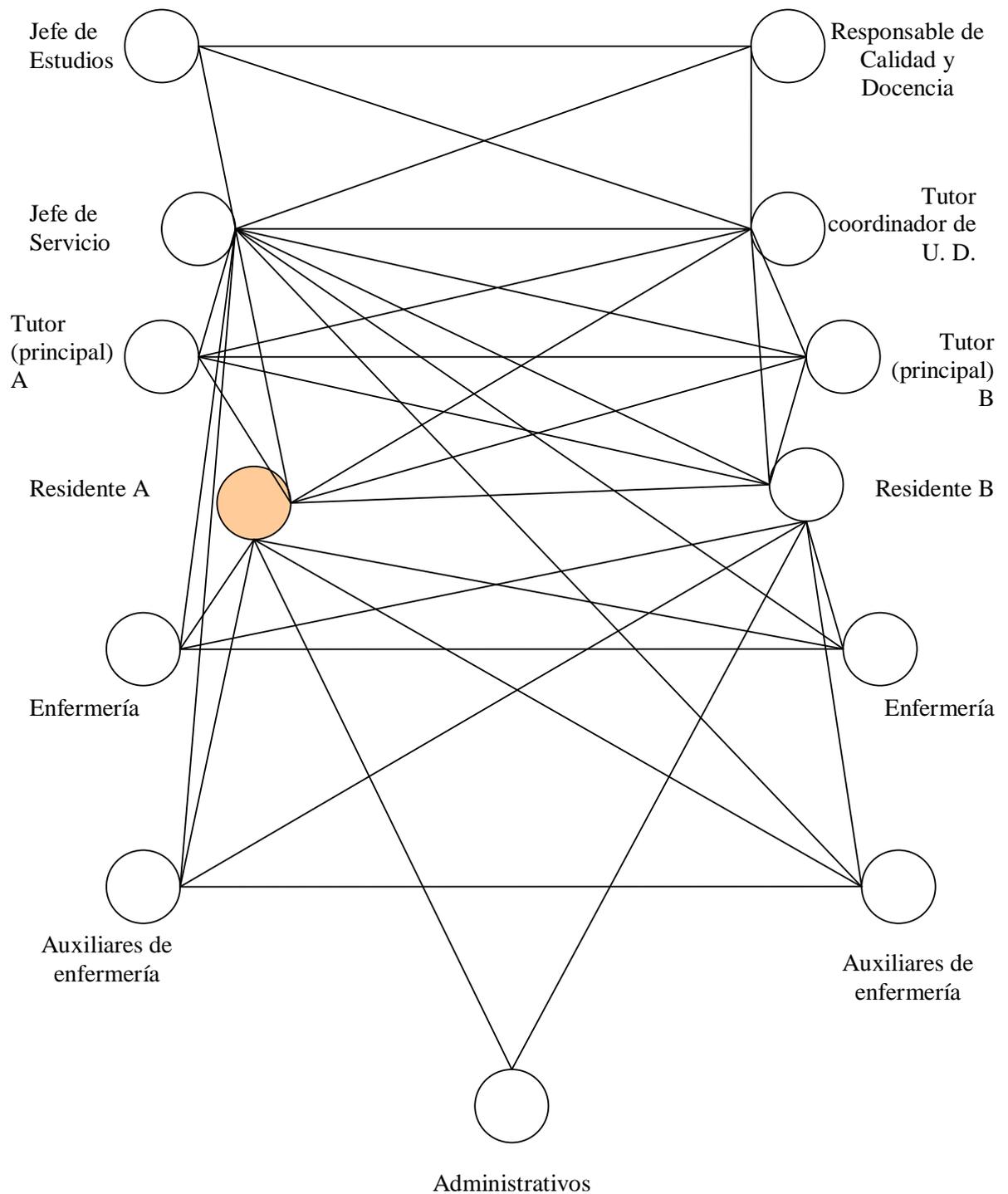
Los médicos internos residentes para desarrollar el programa formativo precisan de un equipo de profesionales que esté dispuesto a dar auxilio que pueda necesitar en el desarrollo de su actividad. Por tanto todos los miembros que componen el equipo han de dar soporte a las incidencias que presente el residente, en relación con su formación (Fonseca Capdevilla E., 2011)<sup>176</sup>.

La falta de cohesión y de apoyo del equipo, la insatisfacción por el trabajo o no recibir recursos adecuados de manejo y comunicación pueden ser factores condicionantes de malestar psicológicos (Arteman A.,

Blancafort X., Masachs E., Valero S., 2009)<sup>177</sup>. Los factores señalados están directamente relacionados con la dinámica de funcionamiento de las organizaciones en la que se sitúa el médico interno residente.

El médico interno residente considera muy positivo el sentirse valorado por el resto de los profesionales (Jiménez García D., 2008)<sup>178</sup> que trabajan con él y por los pacientes a los que atiende. Además, el clima confortable dentro del entorno de trabajo, es otro de los aspectos que valoran positivamente los médicos internos residentes, seguido de una buena práctica clínica (Vázquez Mata G., Rodríguez Elvira M., Rucabado Aguilar L., García Alcántara A., Murillo Cabezas F., Navarrete Navarro P. et al., 2011)<sup>179</sup>. Dentro de los equipos la calidad de la relación interpersonal, la sensación de que se reconoce el trabajo realizado por el residente, la aceptación de sus posturas y comentarios son factores cualitativos a ser tenidos en cuenta por dichos médicos en relación con la motivación (Rodríguez Sanz J., 2006)<sup>180</sup>.

En el siguiente esquema se estructura la red social que rodea a un residente dentro de una Unidad Docente que está pensado dentro de un entorno de Atención Especializada. Comentar que para el caso de la Atención Primaria el Jefe de Servicio pasaría a llamarse Responsable del Equipo de Atención Primaria. Y las labores de Tutor Coordinador de Unidad Docente las desempeña el Jefe de Estudios de Atención Primaria. El resto de figuras que componen la red social formativa se podrían mantener.



**Ilustración 48.- Mapa de red social hospitalario de médicos de formación sanitaria especializada. Elaboración propia.**

### **4.3.3 Programas de las especialidades médicas**

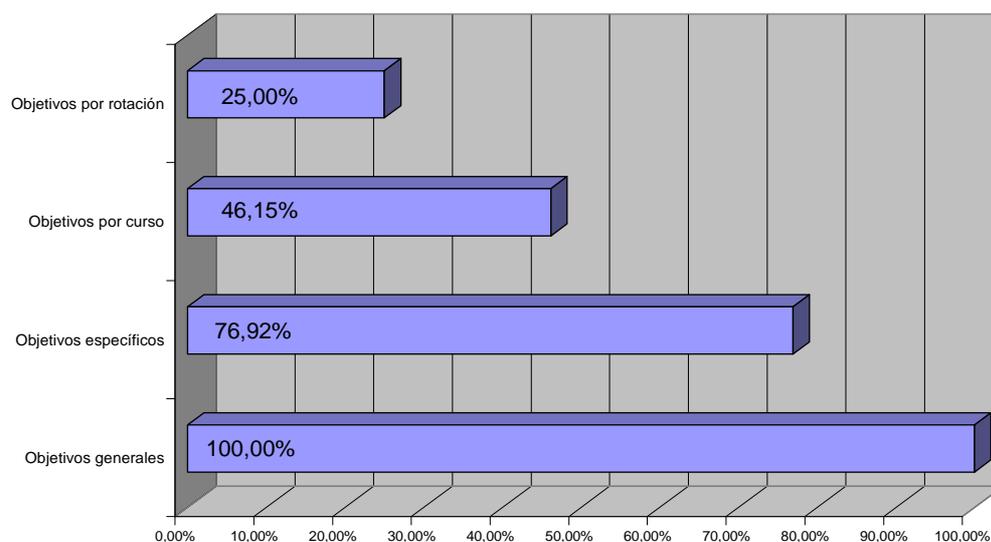
Se comparan los 39 programas formativos de las especialidades médicas señalados en la Introducción. De cada programa formativo se analizan:

- Objetivos formativos
- Habilidades
- Actitudes genéricas
- Contenido de los programas comunes
- Sistema de aprendizaje
- Material bibliográfico de estudio
- Otras actividades formativas
- Publicaciones y comunicaciones
- Trabajos de investigación
- Estudios de Tercer Ciclo y Tesis Doctoral
- Autonomía y responsabilidad
- Sistemas de evaluación

#### **4.3.3.1 Objetivos formativos**

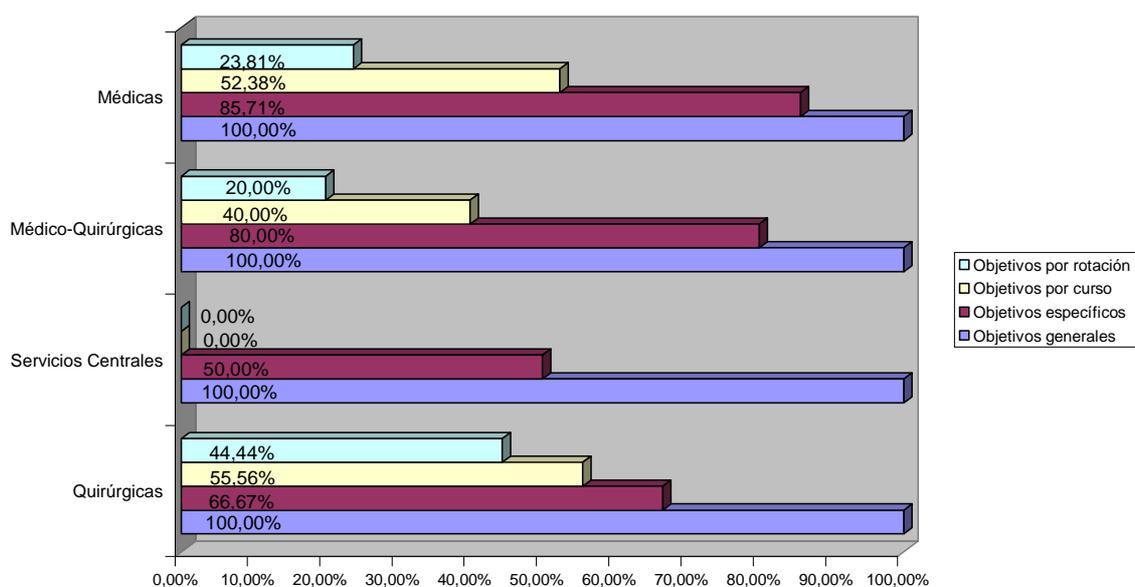
Los Objetivos formativos pueden dividirse en cuatro tipos de menor a mayor especificidad: objetivos generales, objetivos específicos, objetivos por curso y objetivos por rotación.

La distribución de los objetivos para los programas estudiados es la siguiente:



**Ilustración 49.- Distribución de los objetivos en los programas formativos.**  
Elaboración Propia.

Cuanto mayor es el grado de especificación menor número de programas formativos los definen.



**Ilustración 50.- Distribución de los objetivos en los bloques de especialidades.**  
Elaboración Propia.

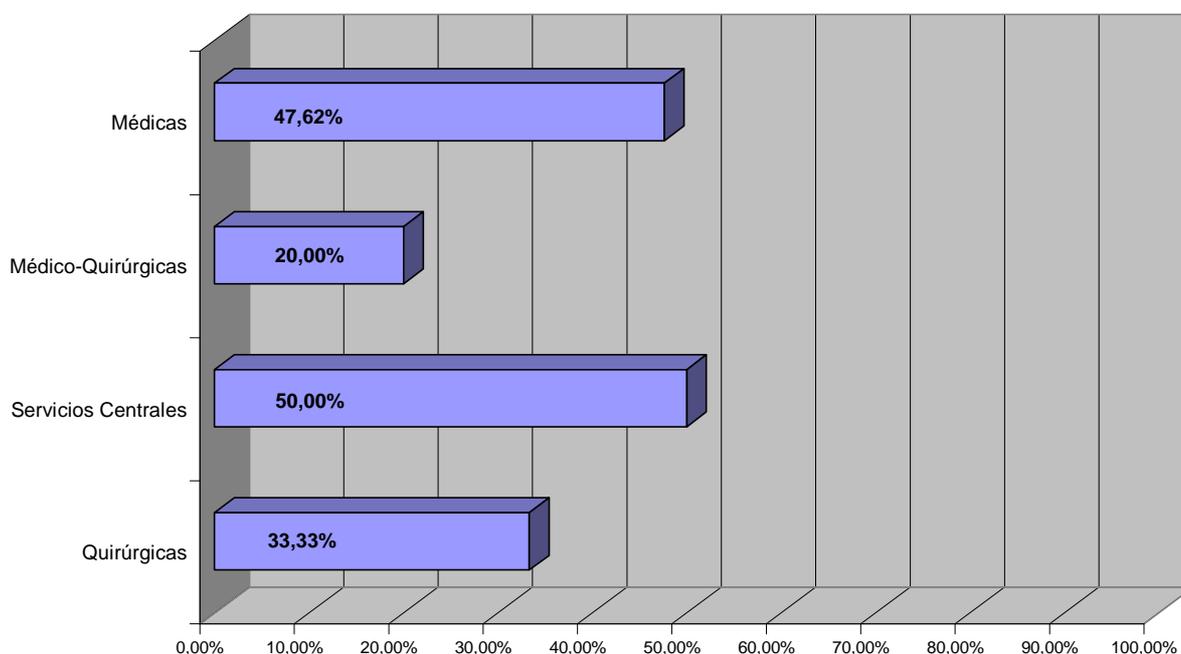
Las especialidades Médicas y Médico-Quirúrgicas definen más objetivos específicos que el resto.

Las especialidades de Servicios Centrales no definen los objetivos por curso ni por rotación.

Las especialidades Quirúrgicas son las que definen mejor los objetivos por rotación.

### 4.3.3.2 Habilidades

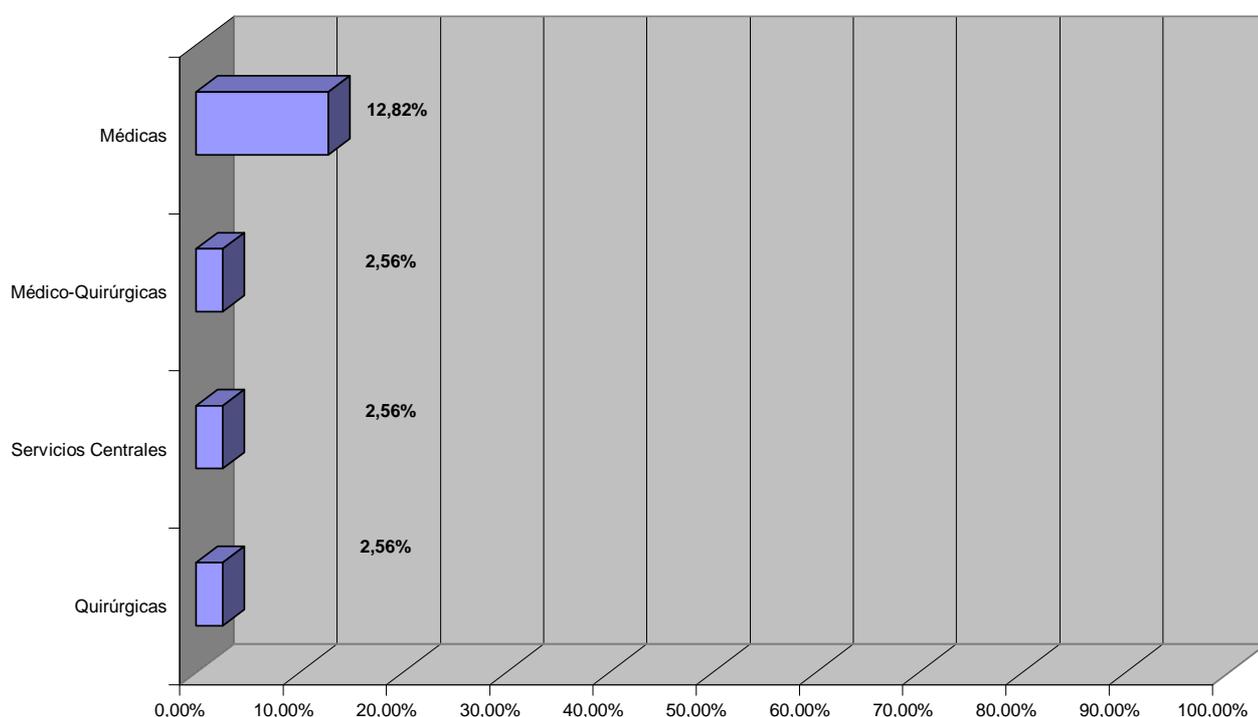
Las **Habilidades Clínicas** se expresan en el 41,03% de los programas estudiados. La distribución para cada bloque de especialidades es la siguiente:



**Ilustración 51.- Distribución de las habilidades clínicas en los programas formativos. Elaboración Propia.**

Las especialidades Médico-Quirúrgicas y Quirúrgicas son las que menos indican las habilidades clínicas.

Las **Habilidades de Comunicación** se indican en el 20,51% de los programas estudiados. La distribución para cada bloque de especialidades es la siguiente:



**Ilustración 52.- Distribución de las habilidades de comunicación en los programas formativos. Elaboración Propia.**

Las especialidades Médicas son las que más define habilidades de Comunicación.

### 4.3.3.3 Actitudes Genéricas

Las Actitudes Genéricas que debe tener un médico interno residente se expresan en un 48,72% de los 39 programas de Formación Sanitaria Especializada para médicos estudiados.

Las actitudes Genéricas que se recogen en estos programas pueden agruparse en los siguientes apartados:

- Aprendizaje
- Responsabilidad
- Mente crítica y resolución de problemas
- Relación médico-paciente médico-equipo de trabajo
- Prevención de la enfermedad, educación sanitaria y promoción de la salud
- Gestión clínica
- Bioética

Seguidamente se organizan las actitudes genéricas en cada uno de los departamentos señalados

#### **Relativas al aprendizaje:**

- Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente.
- Demostrar interés por el autoaprendizaje y la formación continuada.
- Como experto en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, deberá ser siempre muy objetivo en el

estudio y en los resultados, informará fielmente de los beneficios y riesgos, mantendrá una actitud crítica acerca de la eficacia y coste de los procedimientos y mostrará un constante interés por el autoaprendizaje y perfeccionamiento profesional continuado.

- Desarrollar técnicas de auto-aprendizaje.
- Mostrar compromiso con la mejora continua manteniendo al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales.
- Mostrar compromiso con la propia especialidad y con la formación de nuevos profesionales.
- Ser autoexigente en la formación profesional.
- Respetar la figura del tutor en la formación del residente.
- Apoyar la investigación como una parcela fundamental de la práctica profesional.
- Ser exigente con la administración sanitaria y resto de actores del sistema sanitario, reivindicando un funcionamiento de excelencia.
- Adiestrar al personal de las distintas unidades funcionales del servicio.
- Demostrar interés y experiencia en la enseñanza de estudiantes de medicina, y de otros profesionales vinculados con la salud. Así como tener conciencia de la

importancia de la participación en la educación de postgraduados y/o continuada.

- Actualizar sus conocimientos y habilidades y saber utilizar las fuentes bibliográficas más adecuadas.
- Interés por el aprendizaje, desarrollo personal y profesional, responsabilidad, honestidad y sensatez. Actitud positiva y creativa ante nuevos compromisos.
- En su faceta como técnico mantendrá una actitud crítica acerca de la eficacia y el coste de los procedimientos que utiliza y demostrará su interés por el autoaprendizaje y el perfeccionamiento profesional continuado.

#### **Relativas a la responsabilidad:**

- Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.
- El cuidado de la relación médico-paciente y de la asistencia completa e integrada del enfermo, aplicando en todo momento, los valores profesionales de excelencia, altruismo, sentido del deber, responsabilidad, integridad y honestidad en el ejercicio de la profesión.
- Dedicación, disponibilidad y puntualidad; preocupación por la calidad de su propio rendimiento y de su progresión.
- Saber conocer las propias limitaciones.

- Comportarse con una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios.
- Tener en cuenta el riesgo de iatrogenia y el coste de oportunidad en el uso de recursos sanitarios.
- Participar activamente en las actividades y sesiones del servicio.
- Interés por el aprendizaje, desarrollo personal y profesional, responsabilidad, honestidad y sensatez. Actitud positiva y creativa ante nuevos compromisos.

**Relativas a la mente crítica y resolución de problemas:**

- Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo.
- Capacidad de autocrítica con respecto a su propia experiencia, siendo capaz de aceptar la evidencia ajena.
- Capacidad para tomar decisiones basadas en criterios objetivos y demostrables, teniendo en cuenta la jerarquía/prestigio de los autores y los textos en los que ha basado su formación.
- Iniciativa y resolución para tomar decisiones adecuadas teniendo en cuenta su nivel de conocimientos y habilidades.
- Mostrar versatilidad en la adaptación al entorno.
- Considerar la incertidumbre como inherente al proceso de toma de decisiones.

- Considerar el examen clínico como herramienta más eficaz que las pruebas complementarias en el proceso diagnóstico.
- Reconocer los límites de la competencia y responsabilidad personal, identificando las situaciones clínicas que requieren ser consultadas o derivadas.
- Considerar los errores en la formación temprana de hipótesis.
- Demostrar actitud científica correcta en el quehacer diario.
- Adquirir actitud investigadora.
- Participar activamente en reuniones científicas.
- Percepción del carácter binomial -ciencia y profesión- de la medicina.

**Relativas a la relación médico-paciente y la relación médico con el resto de equipo de trabajo:**

- Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.
- Como clínico cuidará con esmero la relación interpersonal médico-enfermo así como la asistencia completa e integrada del paciente.

- Orientación al paciente: voluntad de definir y resolver los problemas clínicos, personales y sociales del paciente. Capacidad para comunicar e informar a éste y a su entorno.
- Mostrar actitud de empatía.
- Actuar según el principio de asistencia centrada en la paciente
- Atender a las pacientes teniendo en cuenta que son personas con unos determinados problemas y creencias inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo indivisible.
- Establecer, mantener y concluir una relación asistencial adecuada.
- Conectar con el paciente y/o su familia:
  - Presentándose
  - Saludando cordialmente y llamando al paciente por su nombre.
  - Demostrando interés y respeto.
  - Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición.
  - Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin realizar juicios de valor.

- Mostrando empatía y ofreciendo apoyo.
- Acompañar adecuadamente la exploración física:
  - Pidiendo permiso.
  - Explicando lo que se va a hacer y por qué.
  - Compartiendo con el paciente los hallazgos.
- Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación.
- Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que el paciente y/o su familia ven los problemas.
- Facilitando la bidireccionalidad.
- Implicando al paciente y/o sus familiares en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan.
- Permitir la comunicación tanto de información como de pensamiento y emociones en el trato con el paciente y/o sus familiares.
- Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprenden:
  - La naturaleza del problema de salud.
  - El proceso y los estudios diagnósticos recomendados.

- El plan terapéutico establecido.
- Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre los problemas de salud, los procesos diagnósticos y las medidas terapéuticas.
- Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso.
- Asegurar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad del paciente.
- Respetar la autonomía del paciente y su individualidad.
- Anteponer de manera especial el principio de no maleficencia al de beneficencia de las pacientes.
- Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia.
- Velar por la satisfacción del paciente y su familia.
- Mostrar un respeto incondicional hacia los pacientes, sus familiares y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones).
- Mostrar disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con los pacientes, sus familiares y sus cuidadores.
- Mostrar disposición a trabajar con pacientes de diferentes razas, culturas, estratos sociales y personalidades.

- Mostrar curiosidad y prestar atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica y social) que pueden darse simultáneamente.
- Mostrar una actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas.
- Adquirir la sistemática necesaria para la revisión periódica de los datos adquiridos de pacientes.
- Informar adecuadamente al enfermo y familiares de las características de las exploraciones, riesgos y beneficios que las justifiquen, así como de los tratamientos posibles, valorando los pros y los contras de cada uno de ellos.
- Demostrar respeto y consideración con los pacientes y los profesionales de salud que trabajen con el facultativo.
- Mantener un ambiente de trabajo agradable y sin tensiones.
- Saber integrarse en el trabajo en equipo.
- Colaboración con otros especialistas y profesionales sanitarios.
- Utilizar la negociación como instrumento para gestionar los conflictos.

**Relativas a la medicina preventiva, educación sanitaria y promoción de la salud:**

- Valoración de la importancia que tienen la medicina preventiva y la educación sanitaria.
- Facilitar mensajes de prevención de la enfermedad a los pacientes a su cargo.
- Demostrar una actitud de colaboración en el cuidado y promoción de la salud de la Comunidad trabajando en armonía con todos los componentes del sistema de salud.

**Relativas a la gestión clínica:**

- Consciencia de la necesidad de utilizar los recursos sanitarios dentro de los cauces de la buena gestión clínica.
- Desarrollo de una actitud crítica acerca de la eficacia y el coste de los procedimientos utilizados, de sus beneficios y de sus riesgos, sobre los que deberá informar fielmente a sus pacientes.
- Como responsable último de la aplicación de los recursos debe entender que estos deben emplearse dentro de los cauces de una buena gestión clínica.

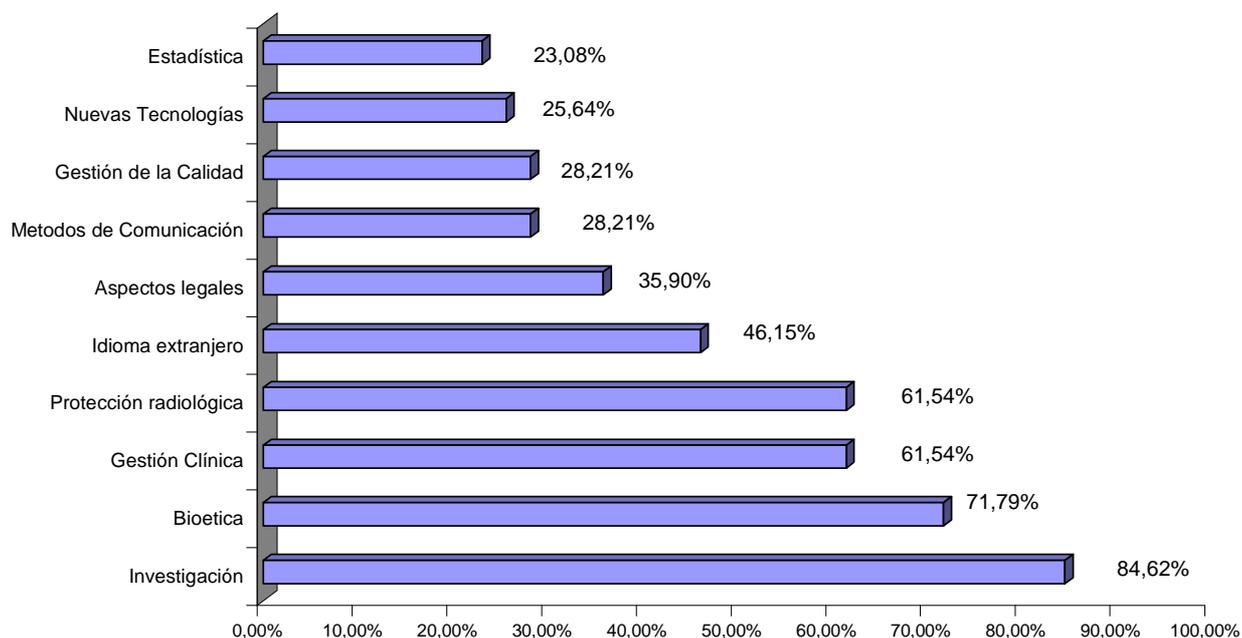
- Identificar los objetivos de la unidad y del centro al que está adscrito y con su programa formativo.
- Utilización racional de los recursos disponibles con cierta equidad, justicia y equilibrio entre el coste y el beneficio.
- Utilizar la medicina basada en la evidencia como instrumento para la gestión clínica.
- Favorecer el trabajo en equipo multidisciplinar, especialmente con aquellos que comparten ámbito de actuación.
- Utilizar de forma adecuada los sistemas de registros, tanto introducción de datos como su proceso y extracción de resultados.
- Tener una actitud positiva ante la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora.
- Tener una actitud positiva hacia la crítica constructiva de la actividad personal.
- Valorar la presión de los factores externos en la práctica clínica con la finalidad de disminuir sus efectos.

**Relativas a la bioética:**

- La sensibilidad frente a los principios éticos y legales del ejercicio profesional para que sea anteponer el bienestar físico, mental y social de sus pacientes a cualquier consideración.
- Respeto por las normas éticas y la autonomía, los valores culturales y espirituales de los pacientes y por la confidencialidad de sus actuaciones.
- Tener respeto por la persona enferma.
- Mantener una actitud ética irreprochable en sus relaciones con los pacientes, con la sociedad, con la empresa sanitaria y con la industria farmacéutica.
- Evitar que sus lícitos intereses particulares se antepongan a las necesidades de la población que atiende.
- Saber dirigirse al paciente, ofrecerle su apoyo y pedirle la conformidad de cualquier decisión diagnóstica o terapéutica que se tome.
- Protección de los derechos de los pacientes con una actitud de tolerancia y de respeto hacia grupos sociales más sensibles, preocupándose por los problemas de salud pública.

#### 4.3.3.4 Contenido de los programas comunes

Los Contenidos Comunes que se recogen los 39 programas de formación Sanitaria Especializada para médicos son los siguientes:



**Ilustración 53.- Distribución de los contenidos comunes en los programas formativos estudiados. Elaboración Propia.**

El contenido que más se repite es la *Investigación* (84,62%). La estadística como parte de la Investigación se cita en el 23,08 % de los programas estudiados.

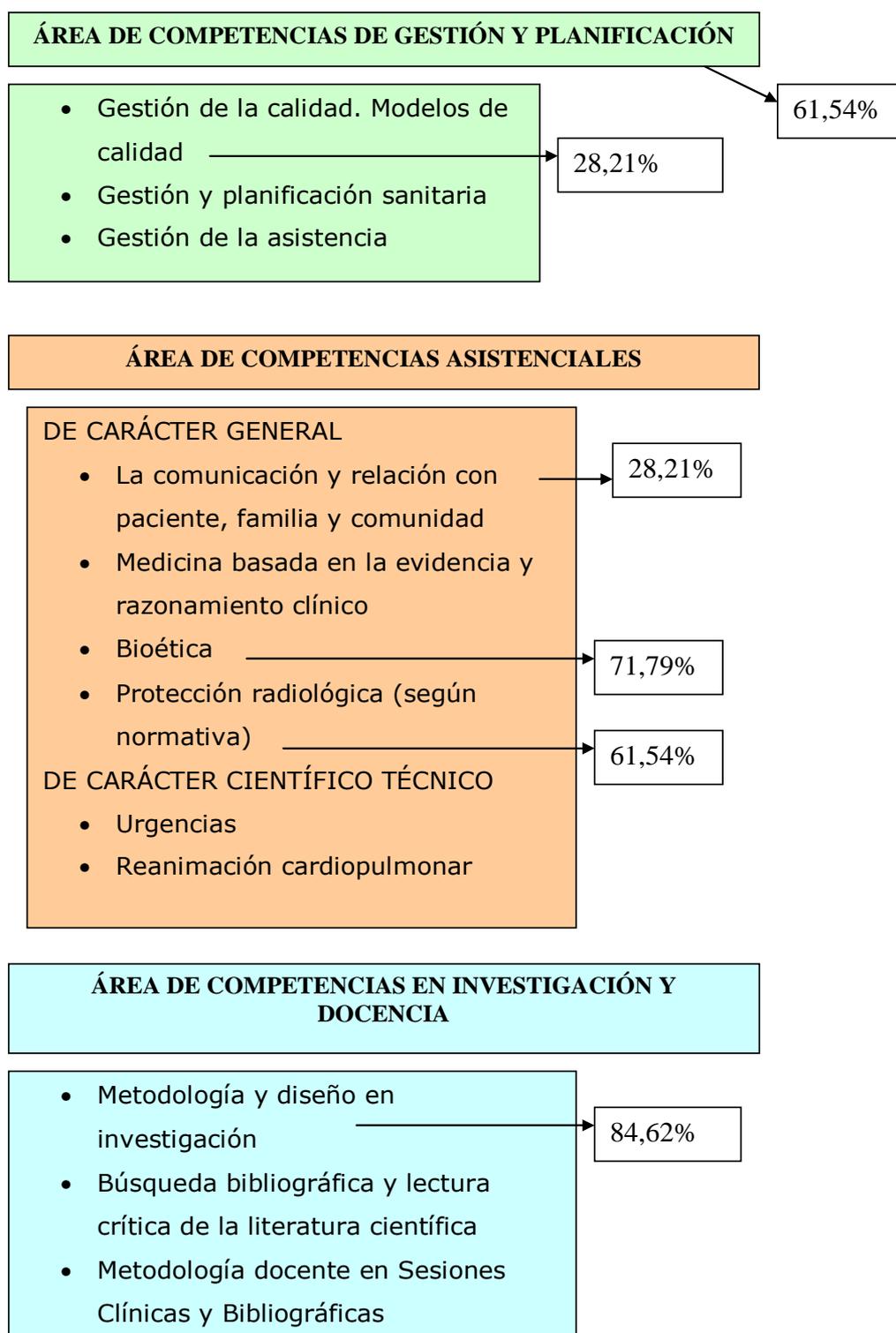
El conocimiento de un *Idioma Extranjero* aparece en un 46,15% de los programas estudiados. El idioma que aparece es la lengua inglesa. El dominio de la lengua inglesa va desde el

conocimiento necesario para la lectura de la información científica y técnica hasta el conocimiento necesario como para entender un congreso, una presentación, una conversación o un curso en lengua inglesa. En el programa de oncología médica publicado el 13 de abril de 2013, se recomienda como nivel mínimo exigible B2 de lengua inglesa. En un 5,13% de los programas estudiados se aconseja estudiar otras lenguas si es posible, además del inglés.

En Castilla y León se dispone de un Plan Transversal Común aprobado por la Orden SAN/914/2010, de 17 de junio. Este plan está dirigido a proporcionar una formación integral en áreas de competencias esenciales y compartidas por las distintas especialidades. Dicho plan recoge los contenidos comunes de los programas estudiados. Además añade otros contenidos relevantes para los médicos internos residentes relativos a las Urgencias y a la Reanimación Cardiopulmonar.

El Plan Transversal Común se aplica a todos los residentes que se forman en la Comunidad de Castilla y León. Es decir no solo para los residentes que provienen del grado de medicina, si no también se aplica a los farmacéuticos, químicos, radiofísicos, enfermeros, biólogos y psicólogos.

Dentro de la estructura del Plan Transversal Común se indica la proporción de los programas formativos estudiados que lo mencionan.



**Ilustración 54.- Contenido del Plan Transversal Común en relación con los contenidos comunes de los programas estudiados. Elaboración Propia.**

#### **4.3.3.5 Sistema de aprendizaje**

El 82,05% de los programas de formación hacen referencia al aprendizaje que realiza el médico residente en su Formación Sanitaria Especializada. El aprendizaje del médico interno residente que desarrolla su Formación Sanitaria Especializada se caracteriza por:

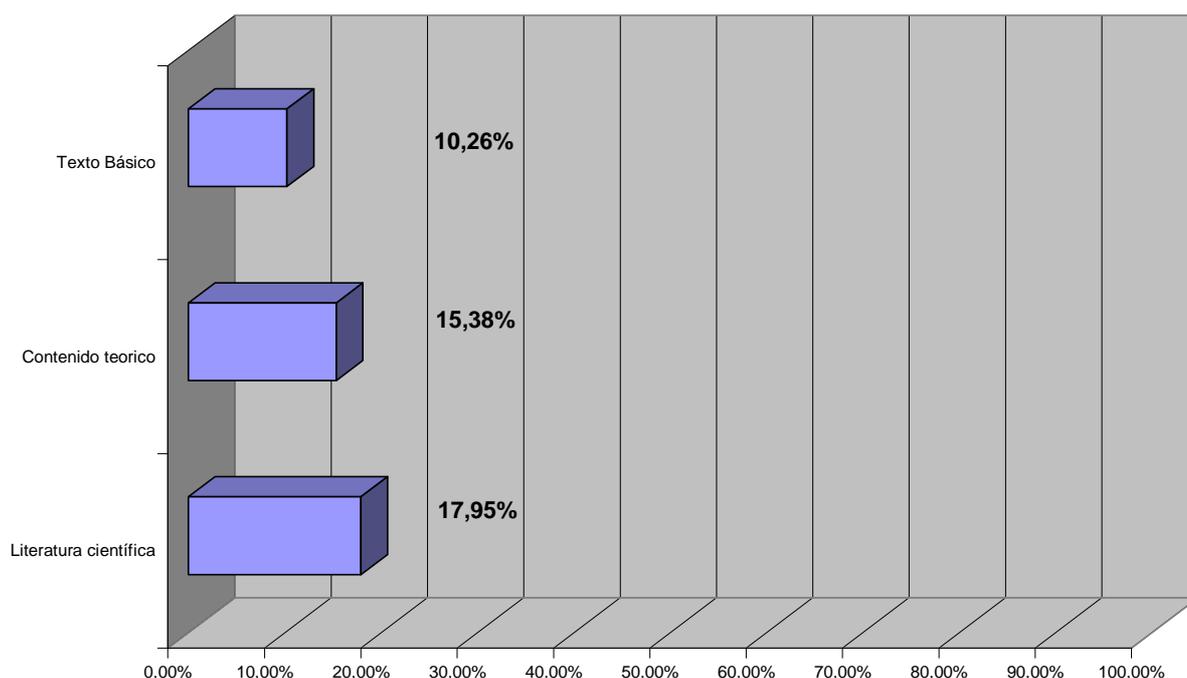
- Aprendizaje activo.
- Autoformación tutelada y continuada.
- Autoaprendizaje continuo y tutorizado.
- Aprendizaje experiencial.
- Autoaprendizaje dirigido. El tutor guía y motiva al residente hacia el autoaprendizaje. Establecer un sistema de tutorización efectiva y personal, basada en la voluntariedad, el compromiso y la ejemplaridad personal y profesional del tutor.
- Enseñanza centrada en el residente: autovaloración de las necesidades detectadas con relación a los objetivos docentes.
- El aprendizaje en equipo se considera un elemento clave porque permite a los médicos internos residentes participar de un modo muy activo y compartir responsabilidades de trabajo del servicio.
- La formación teórica debe ser un trabajo fundamentalmente personal e individual del médico interno residente, estimulado cada día por las diferentes actividades asistenciales y científicas de cada

Departamento, Servicio, Sección integrados en la Unidad Docente.

### 4.3.3.6 Material bibliográfico de estudio

De los 39 programas de Formación Sanitaria Especializada para médicos, dan como resultado en los textos de trabajo un 43,59% de fundamentación en la formación teórica.

Los materiales bibliográficos que se detallan se distribuyen de la siguiente manera:



**Ilustración 55.- Distribución de los materiales bibliográficos se indican en los programas formativos. Elaboración Propia.**

Se entiende por Literatura científica (17,95%) como las fuentes de información biomédica que dan conocimiento a una

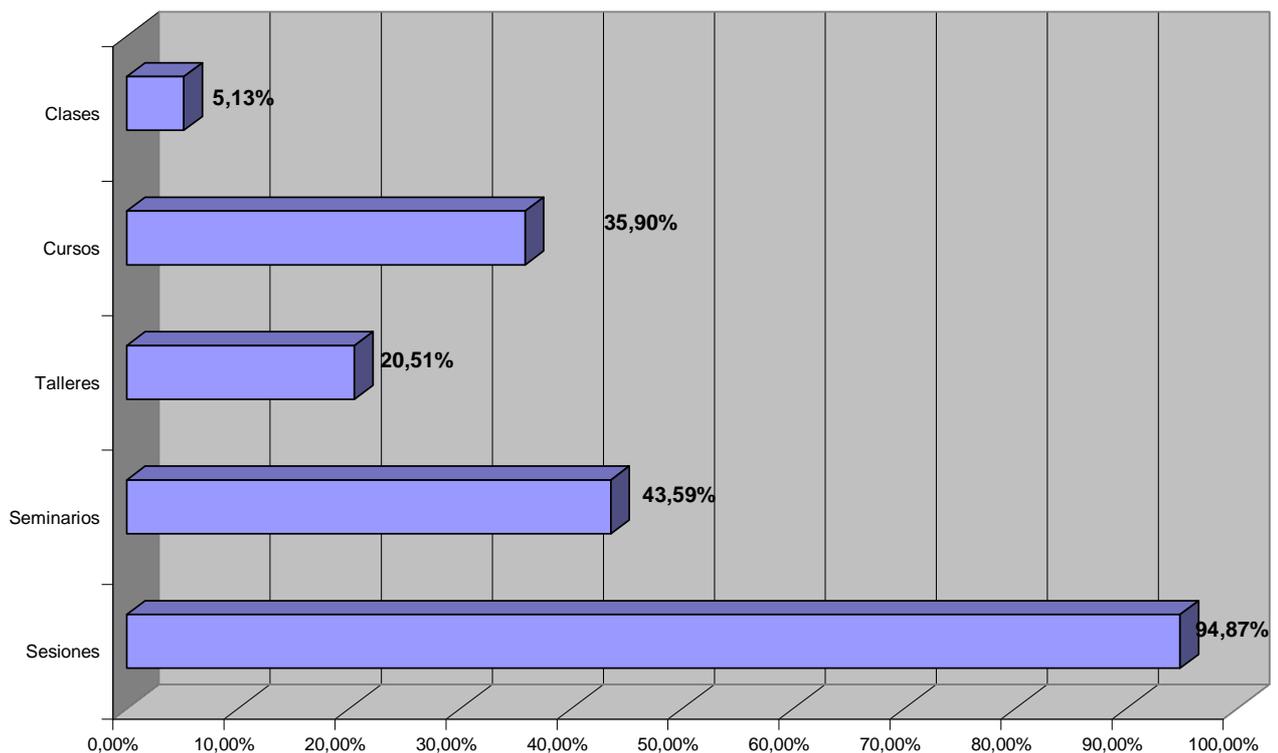
comunidad científica, proporcionan ideas que ayudan a generar nuevas investigaciones, responden a preguntas científicas o actualizan conocimientos. En la actualidad las búsquedas de información se realizan a través de Internet por medio de las fuentes primarias (documentos originales por ejemplo: libros, tesis, revistas, boletines) y fuentes secundarias (a los documentos primarios y permiten su identificación y localización, (por ejemplo: bases de datos, catálogos, bibliografías).

Los textos básicos (10,26%) pueden entenderse como Tratados o Manuales referente a la Formación Sanitaria Especializada (por ejemplo para la especialidad de Medicina Interna el tratado de Farreras-Rozman<sup>181</sup>) o bien que hacen referencia a temas comunes para la Formación Sanitaria Especializada como son los manuales de exploración.

### **4.3.3.7 Otras actividades formativas**

Las actividades formativas que citan en los programas estudiados son las siguientes: sesiones, seminarios, cursos, talleres y clases. Las sesiones esquemáticamente las podemos dividir en dos grandes grupos:

- Sesiones clínicas en las que se presentan de uno o varios casos clínicos (es la historia de un problema de salud: síntomas que presenta, exploración del paciente, pruebas complementarias que se solicitan, diagnósticos posibles, tratamiento y seguimiento).
- Sesiones bibliográficas en las que se repasa la publicaciones referentes a una materia médica.



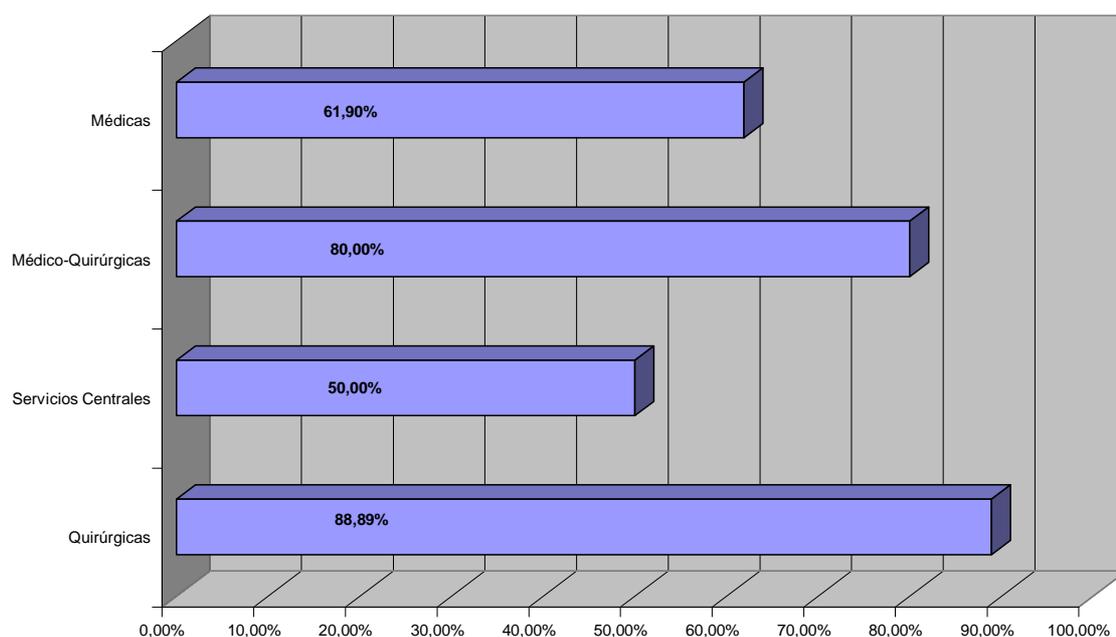
**Ilustración 56.- Distribución de los programas atendiendo a otras actividades formativas. Elaboración Propia.**

Las sesiones son las actividades que con más frecuencia (94,87%) se citan.

#### **4.3.3.8 Publicaciones y comunicaciones**

Las publicaciones y comunicaciones se mencionan en un 69,23% de todos los programas formativos estudiados.

- Las publicaciones son artículos de temas médicos que se difunden en la literatura científica (revistas sanitarias, libros).
- Las comunicaciones son trabajos acerca de la actividad médica que se presentan en un congreso o reunión científica mediante una presentación o un póster.



**Ilustración 57.- Distribución de los programa atendiendo a la mención de publicaciones y comunicaciones. Elaboración Propia.**

Las publicaciones que se recomiendan para cada bloque de especialidades son:

	<b>Porcentaje de cuantificación</b>	<b>Publicaciones</b>
Especialidades Quirúrgicas	22,22%	entre 6 y 2
Especialidades de Servicios Centrales	25,00%	1
Especialidades Medico-Quirúrgicas	20,00%	1
Especialidades Médicas	14,29%	entre 3 y 4

**Tabla 4.- Cuantificación de las publicaciones en los programas formativos. Elaboración Propia.**

Las especialidades quirúrgicas definen más las publicaciones y son las más exigentes.

Las comunicaciones que se recomiendan para cada bloque de especialidades son:

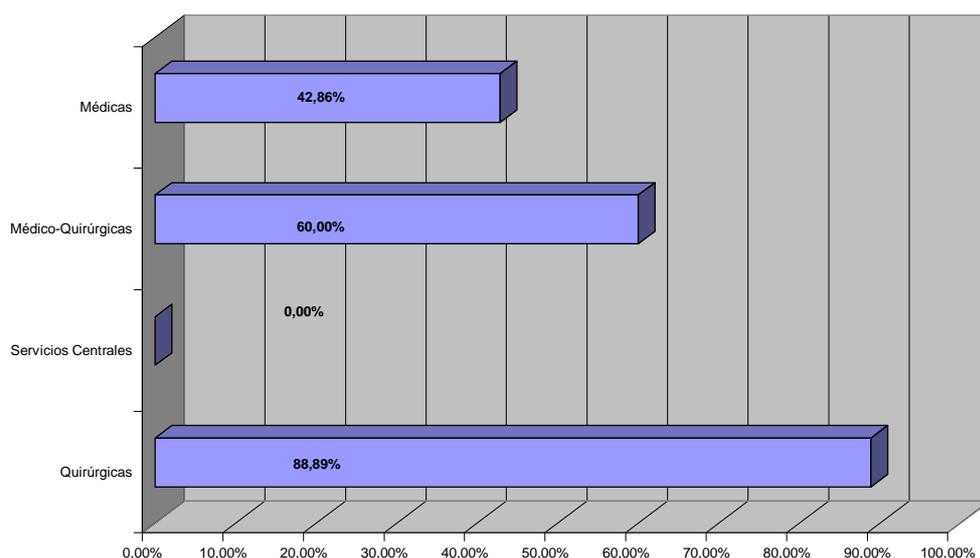
	<b>Porcentaje de cuantificación</b>	<b>Comunicaciones</b>
Especialidades Quirúrgicas	22,22%	entre 10 y 4
Especialidades de Servicios Centrales	no se cuantifican	no se cuantifican
Especialidades Medico-Quirúrgicas	no se cuantifican	no se cuantifican
Especialidades Médicas	19,05%	entre 2 y 3

**Tabla 5.- Cuantificación de las comunicaciones en los programas formativos. Elaboración Propia.**

Igualmente las especialidades quirúrgicas definen más las comunicaciones y son las más exigentes.

#### 4.3.3.9 Trabajos de Investigación

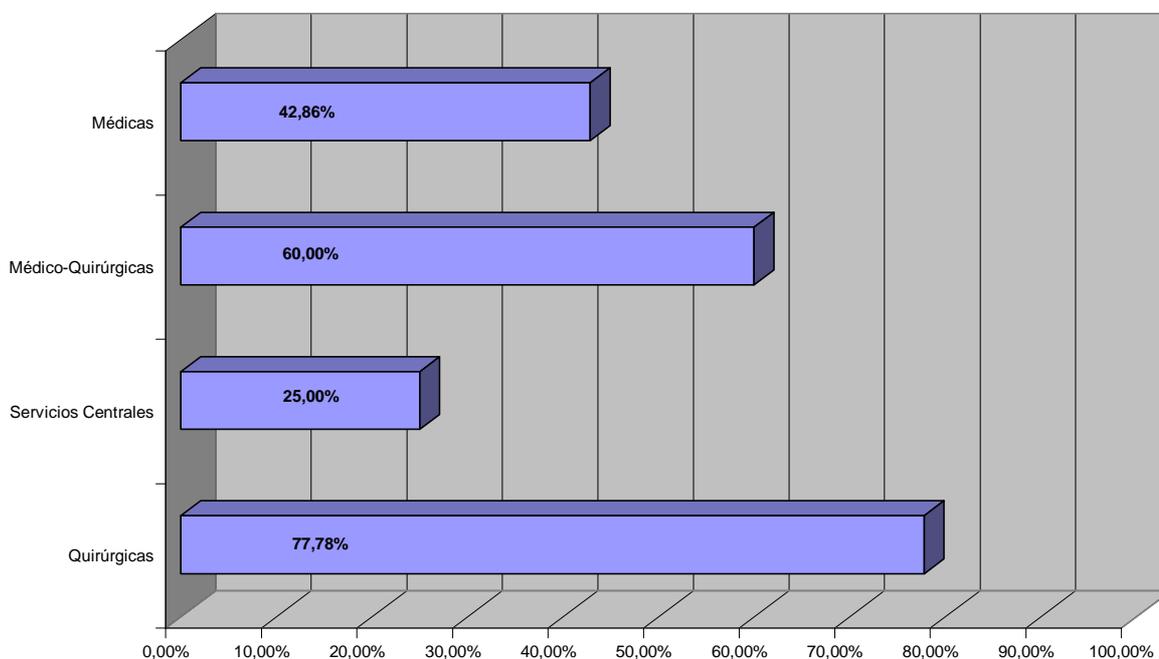
La exposición de los resultados de investigación se indica en un 51,28% en los programas formativos.



**Ilustración 58.- Distribución de programas atendiendo a la exposición de los resultados de la investigación. Elaboración Propia.**

Las especialidades quirúrgicas (88,89%) son las que más indican la exposición de resultados.

Elaborar y colaborar en trabajos de investigación se indica en un 51,28% de los programas estudiados.



**Ilustración 59.- Distribución de programas atendiendo a la elaboración y colaboración en trabajos de investigación. Elaboración Propia.**

Las especialidades quirúrgicas (77,78%) son las que más indican la elaboración y colaboración en trabajos de investigación.

### **4.3.3.10 Estudios de Tercer Ciclo y Tesis Doctoral**

En un 51,28% de los programas estudiados de las 39 especialidades de Formación Sanitaria Especializada se incluyen los estudios de Tercer Ciclo de la Universidad: estudios de Doctorado.

En lo referente al inicio o incluso finalización de la Tesis se menciona en 38,45 % de los programa de Formación Sanitaria Especializada estudiados.

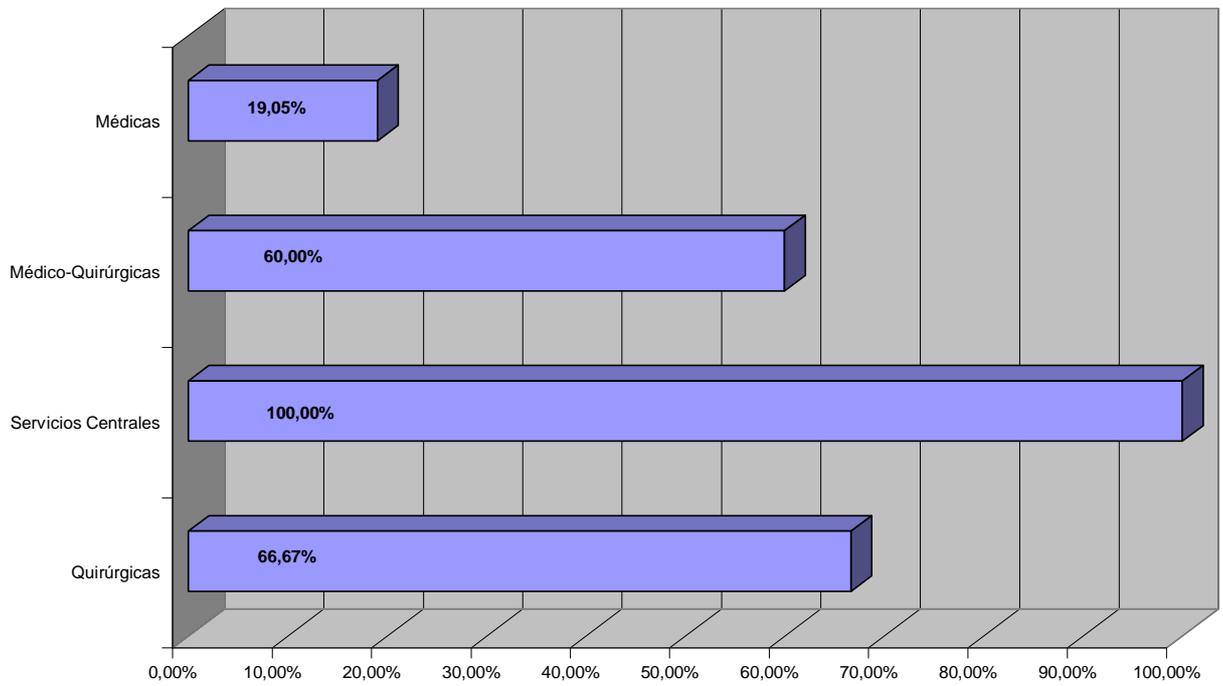
#### 4.3.3.11 Autonomía y responsabilidad

La **autonomía** viene definida por la actividad que ha de desarrollar el residente durante la Formación Sanitaria Especializada. La autonomía se puede definir de un modo conjunto para toda la residencia o bien puede definirse para cada uno de los cursos de formación. El residente ha de realizar actividades de manera autónoma porque el personal responsable no controla absolutamente todas las actuaciones del médico residente (Barrios Flores F., 2003)<sup>182</sup>.

Los niveles de autonomía que más repiten en los programas estudiados son tres:

- Nivel A o Nivel 1: Habilidades en las que el residente debe estar capacitado para una actuación autónoma independiente. Son habilidades que los médicos internos residentes deben practicar durante la formación.
- Nivel B o Nivel 2: Habilidades que capacitan al residente para adquirir un buen conocimiento y una cierta experiencia personal con participación activa. Son habilidades que el residente debe practicar durante su formación aunque no alcance necesariamente la autonomía para su realización
- Nivel C o Nivel 3: Habilidades que capacitan al residente para adquirir un conocimiento teórico mediante su participación como observador. Son habilidades que requerirán un periodo de formación adicional una vez completada la formación general. El residente debe tener un conocimiento teórico.

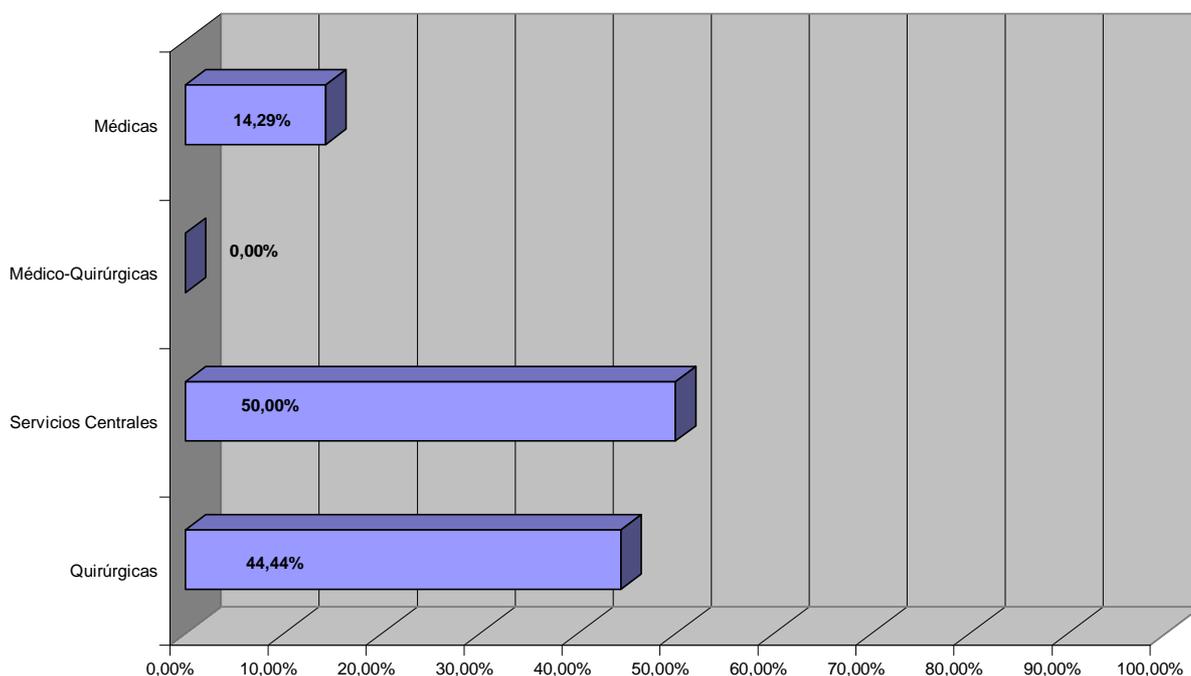
La autonomía para toda la residencia se indica en un 43,59% de los programas formativos estudiados.



**Ilustración 60.- Distribución de programas atendiendo a la autonomía para el periodo de la residencia. Elaboración Propia.**

Las especialidades de Servicios Centrales son las que destacan definir la autonomía para todo el periodo de la residencia.

La autonomía para cada uno de los cursos formativos se indica en un 28,21% de los programas estudiados.



**Ilustración 61.- Distribución de programas atendiendo a la autonomía para cada curso de la residencia. Elaboración Propia.**

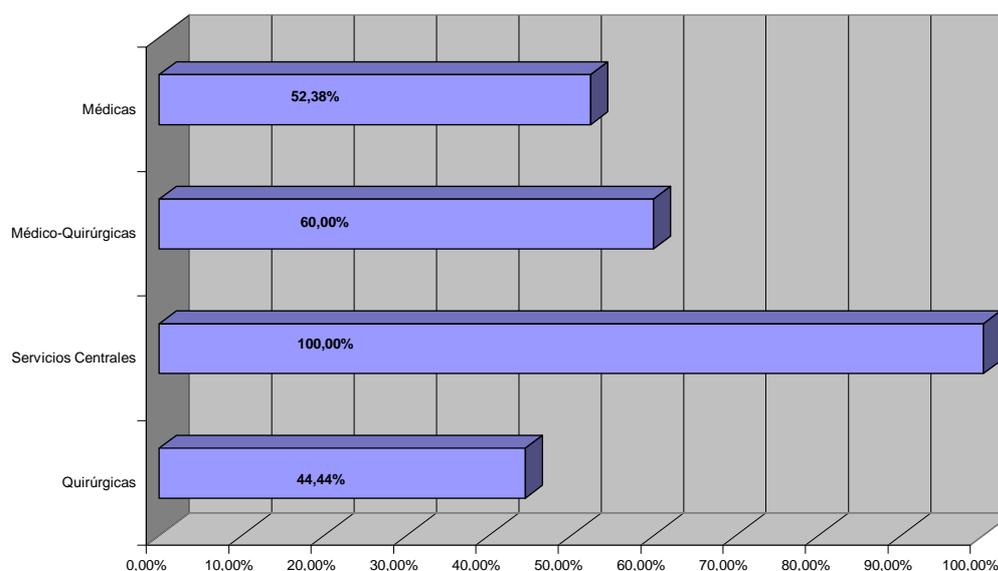
Las especialidades de Servicios Centrales y las Quirúrgicas son las que destacan por definir la autonomía para los cursos formativos.

La ***responsabilidad*** hace referencia al grado de supervisión que precisa para el desarrollo de la actividad a realizar. Los niveles de responsabilidad que más repiten en los programas estudiados son tres:

- **Mínima responsabilidad:** Actividades realizadas por el personal facultativo de la unidad y observadas y/o asistidas por el residente. Para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se denomina como Nivel Terciario en el que el diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el médico residente debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

- Media responsabilidad: Actividades realizadas por el residente y supervisadas por el tutor o un especialista de la Unidad Docente. Para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se define como Nivel Secundario en el que se trata de una consulta a otro nivel (asistencial) que es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o tratamiento de este tipo de problemas.
- Máxima responsabilidad: Actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de tutorización directa. Para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se define como Nivel Primario en el que el médico debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90% de los casos.

La responsabilidad se define en el 56,41% de los programas estudiados.



**Ilustración 62.- Distribución de programas atendiendo a la responsabilidad para cada curso de la residencia. Elaboración Propia.**

Las especialidades de Servicios Centrales son las que destacan por definir la responsabilidad del residente.

#### **4.3.3.12      Sistemas de evaluación**

Los médicos internos residentes registran su actividad en libro del residente, como se ha indicado en el apartado 3.2.4.7. Otros sistemas de control de la formación son los siguientes:

- El programa de Medicina Familiar y Comunitaria además, propone otros instrumentos de valoración, como son: autoevaluación, informe de rotación, análisis de registros, análisis de casos clínicos, demostraciones de técnicas diagnósticas y terapéuticas, Evaluación Clínica Objetiva Estructurada, etc...
- El programa de Angiología y Cirugía Vascular apunta la realización de controles periódicos tipo test con una periodicidad anual.
- El programa de Hematología y Hemoterapia refiere que como aval de una adecuada adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, se considera importante la puesta en marcha de una evaluación final de los médicos internos residentes.
- El programa de Oncología Médica propone como instrumentos de evaluación: exámenes escritos, observación, audit de registros clínicos, libro del residente y portafolio (registro de actividad y reflexión) y feedback 360°.

La competencia en materia de evaluación la ostenta el Ministerio con competencias sanitarias, por ello apenas se recoge en los programas de las especialidades analizadas.

### 4.3.4 Evaluación del aprendizaje

La evaluación del aprendizaje de los médicos internos residentes tiene un cumplimiento legal que cumpla la normativa vigente correspondiente, a efectos de obtener un título de especialista en unas condiciones reguladas a nivel estatal. Tiene además un aspecto moral que está unido al deber con la sociedad y la institución, y al derecho del residente a ser evaluado, a fin de facilitar y mejorar su aprendizaje, garantizando su competencia final (Moran Barrios J.M., Ruiz de Gauna P., 2011)<sup>183</sup>

La evaluación no debe limitarse al residente sino que debe abarcar el programa, el proceso, la estructura y los agentes formativos, como la única clave para mejorar (Moran Barrios J.M., Ruiz de Gauna P., 2010)<sup>184</sup> .

#### 4.3.4.1 Momento en el que se realiza

La evaluación (Aquerreta Beola J. D., del Cura Rodríguez J. L., 2011)<sup>185</sup> puede dividirse en tres momentos.

- La evaluación inicial puede denominarse predictiva o diagnóstica tiene como objeto buscar el nivel de actitud y de conocimientos que tiene el residente para elaborar el plan individualizado ajustado a sus circunstancias.
- La evaluación intermedia puede denominarse evaluación formativa o evaluación continuada tiene como objeto el informar de los logros obtenidos, y en ocasiones, de las dificultades asociadas al aprendizaje. Esta evaluación puede hacerse a mitad de una rotación o bien al final de la misma. Se denomina feedback<sup>1</sup> (García del

---

<sup>1</sup> Feedback significa retroalimentación.

Barrio L., Pina Insausti L. J., Pueyo Villoslada J. C, 2011) al instrumento que da a conocer al residente sus progresos en el aprendizaje de su especialidad y además facilita los cambios necesarios. El feedback ha de ser planificado y realizado en el tiempo oportuno, es decir, suficientemente cerca de las situaciones que se quieren analizar. Ha de estar basado en datos y a poder ser en la observación directa. (Fornells J. M., Juliá X., Martínez Carretero J. M., 2008)<sup>186</sup> La ausencia de reuniones periódicas estructuradas se manifiesta en una insatisfacción de los médicos internos residentes (Andreu J.L., García Castro M., Usón J., Jover J.A., Millán I., Cáliz R. et al, 2012)<sup>187</sup>.

- La evaluación final de un curso, se denomina evaluación sumativa, evaluación anual tiene como objeto la clasificación de los médicos internos residentes según su formación y promoción al siguiente curso formativo en los casos que proceda.

#### **4.3.4.2      Cómo se realiza la evaluación**

Dado que la actividad a realizar por el residente se produce en un entorno real, supone la realización de actividades y se desarrolla en diferentes entornos la evaluación a realizar bien podría encajar con la denominada "*evaluación auténtica*" (Monereo Font C., Castelló M., 2009)<sup>188</sup>. Las tareas que desempeñan los médicos internos residentes son "auténticas" por las siguientes características:

a) Su nivel de realismo sea elevado, es decir, las condiciones de realización son las que se dan en un entorno profesional habitual.

b) Su relevancia sea elevada, es decir, el aprendizaje que conlleva es de suma utilidad para el residente pues permite enfrentarse o solucionar problemas con los que se va a volver a atender en su vida profesional.

c) Su proximidad con las tareas y actividades propias del contexto sanitario en el que se va incorporar en un futuro.

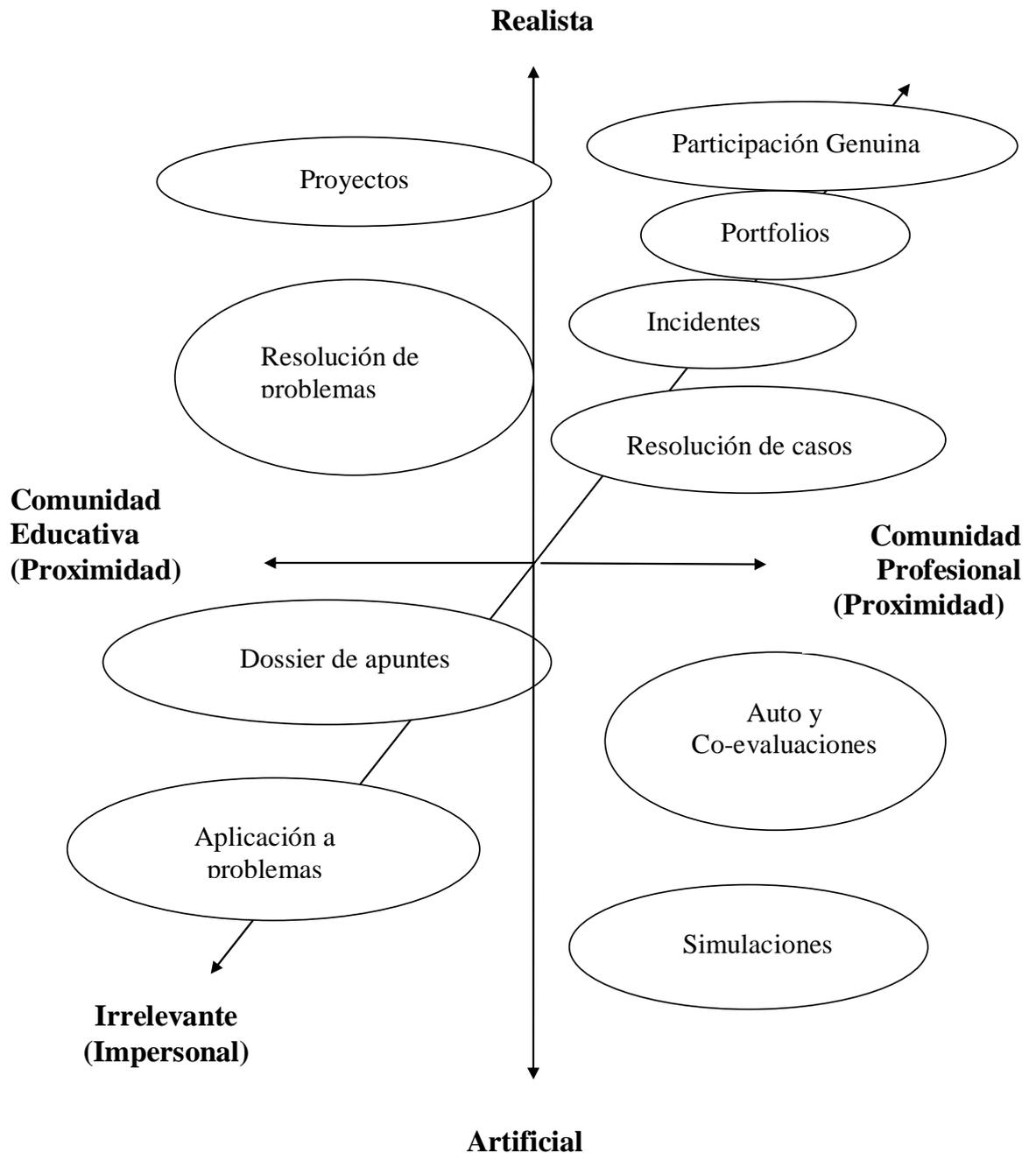
d) Su implicación con la institución sea asimismo alta. Se evaluará al residente en situaciones que ponen distintos grados de inmersión profesional. De hecho según va avanzando a lo largo de la residencia va aumentando su grado de responsabilidad. La adquisición de habilidades junto con el aumento de responsabilidad puede en un primer momento generar inseguridad (Rodríguez Sanz J., 2006).

Dentro del enfoque del aprendizaje por competencias la evaluación precisa una observación directa del residente, no se es competente cuando solo se sabe cómo se debe hacer, sino cuando se hace efectivamente y de manera adecuada (La Fuente J.V., Escanero J.F., Mansón J.M., Mora T., Castillo M., Díaz Veliz G. et al., 2007)<sup>189</sup>

Dentro de los métodos de evaluación con mayor grado de realismo, relevante y próximo a la Comunidad Profesional cabe destacar a la "*Participación Genuina*". Se trata de periodos de prácticas profesionales prolongadas en los que el que aprende, en nuestro caso los médicos internos residentes, participan directa y personalmente de la gestión de casos reales, bajo la supervisión de un tutor más experimentado. Los autores Hung y Der-Thanq (2007) señalan que la característica más significativa la "coevaluación".

Tanto tutor como médicos internos residentes son dos profesionales que forman parte del mismo equipo. El residente en su formación no es un receptor pasivo, sino que es un actor activo que no solo busca formarse sino que deja su huella en el resto del equipo. De modo que se establece una dinámica bidireccional entre el tutor y el residente. Pero este tipo de dinámica trasciende más allá del tutor llegando al equipo del que los dos forman parte. La "*Participación Genuina*" puede ser difícil cuando no se basa en objetivos establecidos o no se realiza de un modo estructurado.

Por otra parte se ve influida por el grado de empatía que se desarrolla en la relación tutor-residente. El que sean varios evaluadores independientes puede hacer disminuir la subjetividad de la evaluación (Epstein R. M, 2007)<sup>190</sup>.



**Ilustración 63.- Métodos de evaluación auténtica organizados por sus características. Monereo Font C., Castelló M.**

Una herramienta para analizar el desempeño de la actividad propuesta por algunos autores es la Valoración 360 grados (Tizón J. L., 2009) . Con esta evaluación se analizan las opiniones de los profesionales, tutores, médicos internos residentes y usuarios que conviven en la misma organización. De algún modo todos tienen una perspectiva del residente a evaluar y cada uno da su aportación.

La mera cuantificación de las actividades (Serra Aracil X., Navarro Soto S., Artiagua Nieto E., Rebas Cladera P., Hernando Tavira R., Moreno Matías J. et al. 2006)<sup>191</sup>, si no se le añade una valoración de los conocimientos y las habilidades adquiridas, es insuficiente para la evaluación. El libro del residente permite un registro manual de las actividades realizadas. Los tutores de los médicos internos residentes consideran que es una herramienta útil (Villalonga R., Rovira I., Colomina M.J., Ricón R., Mases A., Borrás R. et al., 2008)<sup>192</sup>. Los tutores consideran más importante la supervisión de la formación clínica que la revisión del libro del residente (Galcerá Tomas J., et al., 2010)<sup>193</sup>.

El Proyecto de Evaluación de los médicos internos residentes de familia (Dobble A., Kelly P., Sylvia E., Freeman J., 2006)<sup>194</sup> basado en los niveles de Kirkpatrick establece las cuatro etapas que se pueden adaptar a la formación sanitaria especializada:

Nivel 1 Reacción de los médicos internos residentes y grado satisfacción, a través de grupos focales, entrevistas semiestructuradas, encuestas de satisfacción e información de la evaluación programa. Esta información puede ser obtenida por una encuesta con una escala Likert de 5 niveles. Además estas encuestas deben incluir un texto libre que permitan recoger comentarios referentes a las fortalezas y debilidades de la formación.

Nivel 2 Aprendizaje:

Las modificaciones de las *actitudes y las percepciones de los médicos internos residentes*, se miden a través de métodos cuantitativos del tipo de conocimiento y actitudes antes y después de la formación o bien con métodos cualitativos del tipo de grupos focales, entrevistas semiestructuradas y ensayos reflexivos.

Los *conocimientos y habilidades* adquiridos por los médicos internos residentes, se evalúan a través de test de conocimientos médicos realizados antes y después del desarrollo formativo, grupos focales y casos de pacientes estandarizados y viñetas escritas

Nivel 3 Cambio transferencial en el comportamiento de los médicos internos residentes, se analizan a través de gráficos de revisiones, estudios observacionales, cambios comunicados en las encuestas, entrevistas y grupos focales, estudios de casos de trabajo.

Nivel 4 Resultados/Salidas: Estos cambios precisan para su medición que transcurran 1 o 2 años después de la formación. La metodología de la evaluación es a través de revisiones estructuradas o de auditorías de proyectos.

Los cambios en las *prácticas* de los graduados, residencias formativas o instituciones sanitarias, cambios en la práctica debido a los resultados de un proyecto, modificaciones permanentes en el currículum de los médicos internos residentes y de las actividades institucionales.

Los *beneficios de los pacientes* o de las comunidades, a través de datos obtenidos de los resultados de los pacientes, encuestas (autoinforme), gráfico de revisión, proyectos de desarrollo de competencias continuo, mantenimiento de los proyectos de certificación y datos de los resultados económicos.

Los requisitos técnicos de la evaluación sumativa (AREDA, 2007)<sup>195</sup> deben ser lo más objetivas posibles, se definen por las siguientes características: validez (grado en el que el instrumento mide realmente lo que pretende medir), fiabilidad (confianza en la precisión de los resultados), reproductibilidad (la constancia en la obtención de resultados), practicabilidad (debe tener en cuenta los recursos disponibles el tiempo, los costes, el número de discentes a evaluar..) y relevancia de lo que se evalúa respecto a los que se debería evaluar.

### **4.3.4.3 Quien realiza la evaluación**

En la práctica asistencial el tutor permite que el residente acceda a la situación real de sus pacientes. Inicialmente como observador y finalmente para pasar la consulta. No debe interpretar el residente que está haciendo un favor a su tutor cuando pasa la consulta, cuando atiende a los pacientes de su tutor. En realidad los pacientes se ponen en manos de un Equipo de profesionales. El residente forma parte de dicho equipo. Se trata de que identifique a los pacientes como propios y busque oportunidades de actuación (Saura Llamas J., 2005)<sup>196</sup>. El tutor del residente es el máximo responsable en el proceso formativo del residente, pero todo el equipo tiene opinión de la labor que desarrolla el residente.

Entre los principios que debe cumplir toda evaluación están que los métodos de evaluación deben ser transparentes y públicos, la capacidad de los evaluadores (fundamentalmente tutores) ha de estar demostrada, pudiendo su asesoramiento en las áreas en las que no se considere competente (por ejemplo comunicación) (Moran Barrios J. M., 2008)<sup>197</sup>.

La percepción que se tiene del aprendizaje de los médicos internos residentes es decisiva en el momento de la orientación de los tutores para el autoaprendizaje, de modo que determinados aspectos que pueden ser poco importantes en el programa de la especialidad pueden pasar a un primer plano a raíz de estas apreciaciones. Pueden considerarse que el

aprendizaje y la evaluación son las dos caras de la misma moneda. Están conectadas e interrelacionadas. Desde la evaluación se debe estimular las habilidades metacognitivas para que el residente tome conciencia de su propio proceso de aprendizaje, de sus avances, estancamientos, de las acciones que le han hecho progresar y de aquellas que la han inducido a error (Bordas M. I., Cabrerías F. A., 2001)<sup>198</sup>.

## **4.4 Contexto dónde se realiza la formación**

Se describe someramente la Ordenación del Servicio de Salud de Castilla y León, Centros Acreditados para la Formación Sanitaria Especializada de médicos, las competencias y responsabilidades de los tutores de los médicos internos residentes.

### **4.4.1 La Ordenación del Salud de Castilla y León**

El Sistema de Salud de Castilla y León se organiza en 11 Áreas de Salud y 249 Zonas Básicas de Salud. En estas estructuras se ha de asegurar la continuidad de la Atención Sanitaria que se presta a sus usuarios. Los dos niveles asistenciales son la Atención Primaria y la Atención Especializada.

- En lo que respecta a la Atención Primaria se organiza en el Área en Zonas Básicas de Salud. Cada una de estas Zonas cuenta con un Centro de Salud, como estructura física y funcional.
- En cada Área de Salud se cuenta con al menos un Hospital o Complejo Asistencial y Centros de Especialidades dónde se ofrece la Atención Especializada adecuada a las necesidades de la población.

Estructura	Área de Salud	Zona Básica de Salud
<b>Características</b>	Estructura de referencia de la organización de las actuaciones sanitarias	Marco territorial y poblacional
<b>Institución Sanitaria</b>	Centro de Salud	Hospital o Complejo Asistencial y Centros de Especialidades
<b>Atención que presta</b>	Atención Primaria	Atención Especializada

**Tabla 6.- Ordenación del Servicio de Salud de Castilla y León. Elaboración Propia.**

La Atención Primaria se presta en los 248 Centros de Salud de la Región. La distribución de los mismos es la siguiente:

Nombre del Área	Localidad	Zonas Básicas de Salud
ÁREA DE SALUD DE ÁVILA	ÁVILA	22
ÁREA DE SALUD DE BURGOS	BURGOS	37
ÁREA DE SALUD DE LEÓN	LEÓN	28
ÁREA DE SALUD DE PALENCIA	PALENCIA	21
ÁREA DE SALUD DE BIERZO	PONFERRADA	11
ÁREA DE SALUD DE SALAMANCA	SALAMANCA	36
ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA	SEGOVIA	16
ÁREA DE SALUD DE SORIA	SORIA	14
ÁREA DE SALUD DE VALLADOLID OESTE	VALLADOLID	19
ÁREA DE SALUD DE VALLADOLID ESTE	VALLADOLID	22
ÁREA DE SALUD DE ZAMORA	ZAMORA	22
<b>TOTAL DE ZONAS BÁSICAS DE SALUD</b>		<b>248</b>

**Tabla 7.- Centros de Salud que componen las Áreas de Salud de la Servicio de Salud de Castilla y León. Elaboración Propia.**

La Atención Especializada se presta en los siguientes Hospitales:

- La Área de Salud de Ávila dispone del Complejo Asistencial de Ávila que está constituida por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Hospital Provincial de Ávila, Centro de Especialidades Ávila y Centro de Especialidades Arenas de San Pedro.

- El Área de Salud de Burgos dispone del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, El Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero y el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro. El Complejo Asistencial lo integran el Hospital Divino Valles, el Hospital Yagüe, el Hospital Fuente Bermeja, el Hospital Militar y el Centro de Especialidades de Burgos.
- El Área de Salud de León dispone del Complejo Asistencial Universitario de León que está integrado por el Hospital de León, el Hospital Monte San Isidro, el Hospital Santa Isabel, el Centro de Especialidades Hermanos Larucea/La Condesa y el Centro de Especialidades José Aguado.
- El Área de Salud de Palencia dispone del Complejo Asistencial de Palencia que está integrado por el Hospital Río Carrión, el Hospital San Telmo y el Centro de Especialidades Cervera de Pisuerga.
- El Área de Salud de El Bierzo dispone del Hospital el Bierzo de Ponferrada.
- El Área de Salud de Salamanca dispone del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca que lo integran el Hospital Clínico de Salamanca, el Hospital Virgen de la Vega, el Hospital Los Montalvos, el Hospital Virgen del Castañar y el Centro de Especialidades Ciudad Rodrigo.

- El Área de Salud de Segovia dispone del Complejo Asistencial de Segovia que lo integra el Hospital General y el Hospital Policlínico.
- El Área de Salud de Soria dispone del Complejo Asistencial de Soria que lo integra el Hospital Santa Bárbara y el Hospital Virgen del Mirón.
- El Área de Salud de Valladolid Oeste dispone del Hospital Universitario Río Hortega y Centro de Especialidades Arturo Eyries.
- El Área de Salud de Valladolid Este dispone del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, del Hospital de Medina del Campo y Centro de Especialidades La Pilarica.
- El Área de Salud de Zamora dispone del Complejo Asistencial de Zamora que lo integra el Hospital Virgen de la Concha, el Hospital Provincial de Zamora, el Hospital de Benavente y el Centro de Especialidades de Benavente.

Los Complejos Asistenciales/Hospitales pueden agruparse atendiendo a la dotación, oferta de servicios, actividad y complejidad en los siguientes grupos:

- Grupo I (poco grado de complejidad): Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro, Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero y Hospital Medina del Campo.
- Grupo II: Complejo Asistencial de Ávila, Hospital el Bierzo, Complejo Asistencial de Palencia, Complejo Asistencial de

Segovia, Complejo Asistencial de Soria, Complejo Asistencial de Soria y Complejo Asistencial de Zamora.

- Grupo III: Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Complejo Asistencial Universitario de León, Hospital Universitario Río Hortega y Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Grupo IV: (máxima complejidad): Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

#### **4.4.2 Centros Acreditados para la Formación Sanitaria Especializada**

Los Centros Sanitarios en los que se da la Formación Sanitaria Especializada para médicos han de estar acreditados mediante un proceso sistemático, independiente y documentado, por el que se reconoce la cualificación para la formación. La acreditación se realiza de acuerdo a unos requisitos o estándares que recogen, entre otros aspectos: mínimos relativos a recursos humanos y físicos, actividad asistencial, actividad docente, actividad investigadora y calidad.

El objetivo de la acreditación de Centros, Unidades y Dispositivos Docentes es velar por la calidad en la Formación de Especialistas. El procedimiento de acreditación se inicia por parte de la Entidad Titular del Centro, requiere Informe de la Comisión de Docencia del Centro. Dicha solicitud ha de ser informada favorablemente por la Consejería de Sanidad de la Comunidad. Y esta Consejería remite al ministerio con competencias en Sanidad, quien informa a las Comisiones Nacionales y posteriormente acredita el Centro, Unidad o Dispositivo mediante Resolución.

En Castilla y León, en el ámbito de la Atención Especializada, están acreditados para la formación sanitaria especializada: Complejo Asistencial de Ávila, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Complejo Asistencial Universitario de León, Complejo Asistencial de Palencia, el Hospital El Bierzo de Ponferrada, el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, el Complejo Asistencial de Segovia, el Complejo Asistencial de Soria, el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y el Complejo Asistencial de Zamora.

El Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro y el Hospital Comarcal de Medina del Campo son dispositivos docentes que forman parte de Unidades Docentes de médicos internos residentes que se especializan en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los Hospitales y/o Complejos Asistenciales dependen de una Gerencia de Atención especializada. En cada uno de ellos encontramos tantas Unidades Docentes como especialidades en formación desarrollen en ellos. Y todas estas Unidades Docentes dependen de una Comisión de Docencia.

Se dispone de dos Unidades Docentes de carácter regional (Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Castilla y León; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Castilla y León) que disponen de plazas en diversas Gerencias de Atención Especializada. Estas unidades docentes disponen cada una de ellas de una Comisión de Docencia.

La distribución de las Unidades Docentes de Atención Especializada por Áreas es la siguiente:

Área de Salud	Unidades Docentes Acreditadas en Atención Especializada
Ávila	2
Burgos	26
León	30
Ponferrada	3
Palencia	11
Salamanca	35
Segovia	16
Soria	3
Valladolid Este	33
Valladolid Oeste	24
Zamora	7
U.D. Regionales	2
Total	<b>192</b>

**Tabla 8.- Unidades Docentes acreditadas en el ámbito de Atención Especializada (a fecha 19 de octubre de 2012).**

En Castilla y León están acreditadas para las Unidades Docentes pertenecientes a las once Gerencias de Atención Primaria (una por cada Área de Salud). En estas Unidades los médicos internos residentes firman contrato con la Gerencia de Atención Primaria y se forman en la Especialidad de Medicina Familia y Comunitaria.

Se detallan las Unidades Docentes que forman a médicos internos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria:

#### 4 Marco teórico de la Formación Especializada de Médicos en Castilla y León

PROVINCIA	UNIDAD DOCENTE	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD
ÁVILA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ÁVILA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA	ÁVILA ESTACIÓN
			ÁVILA NORTE
			ÁVILA SUR-ESTE
			ÁVILA SUR-OESTE
BURGOS	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BURGOS	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS	COMUNEROS
			CRISTOBAL ACOSTA
			GAMONAL - LA ANTIGUA
BURGOS	UDM DE MFYC BURGOS-MIRANDA	H. COMARCAL SANTIAGO APOSTOL	GAMONAL - LAS TORRES
			GARCÍA LORCA
			SAN AGUSTÍN
BURGOS	UDM DE MFYC BURGOS-ARANDA	H. SANTOS REYES	MIRANDA OESTE
LEÓN	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LEON ZONA I LEON	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN	ARANDA NORTE
			ERAS DE RENUOVA
			JOSÉ AGUADO I Y II
LEÓN	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LEÓN II PONFERRADA	HOSPITAL EL BIEZO	LA CONDESA
			SAN ANDRÉS DE RABANEDO
			PONFERRADA II
PALENCIA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE PALENCIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA	PONFERRADA III
			BEMBIBRE
			VILLABLINO
SALAMANCA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE SALAMANCA	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA	JARDINILLOS
			LA PUEBLA
			PINTOR OLIVA
SALAMANCA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE SALAMANCA	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA	ERAS DEL BOSQUE
			BALTANÁS
			ALAMEDILLA
SEGOVIA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA UDMFYC SEGOVIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA	CASTRO PRIETO
			GARRIDO SUR
			MIGUEL ARMIJO
SORIA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE SORIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA	SAN JUAN
			SEGOVIA I
			SEGOVIA II
SORIA	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE SORIA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA	SEGOVIA III (Urbano)
			SORIA NORTE
			SORIA SUR
VALLADOLID	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE VALLADOLID ESTE-VALLADOLID	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	BARRIO ESPAÑA
			CANTERAC
			CIRCUNVALACIÓN
			GAMAZO
			LA VICTORIA
			MAGDALENA
			PEÑAFIEL
			PILARICA
			PORTILLO
			RONDILLA I
			RONDILLA II
			TÓRTOLA
			TUDELA
VALLADOLID	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA VALLADOLID ESTE MEDINA DEL CAMPO	HOSPITAL COMARCAL DE MEDINA DEL CAMPO	MEDINA DEL CAMPO URBANO
			ISCAR
VALLADOLID	UDM DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE VALLADOLID OESTE-VALLADOLID	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RÍO HORTEGA	ARTURO EYRIES
			CASA DEL BARCO (Campo Grande)
			CENTRO DE SALUD SUR
			DELICIAS II
			HUERTA DEL REY
			LAGUNA DE DUERO
			PARQUESOL
PLAZA DEL EJÉRCITO (Esperanto)			
ZAMORA	UD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ZAMORA	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA	PARADA DEL MOLINO
			PUERTA NUEVA (Diego de Losada)
			SANTA ELENA (Doctor Fleming)
			VIRGEN DE LA CONCHA

**Tabla 9.- Unidades Docentes acreditadas Medicina Familiar y Comunitaria**

### **4.4.3 Oferta de plazas para la Médicos Internos Residentes en Castilla y León entre los años 2001 y 2012**

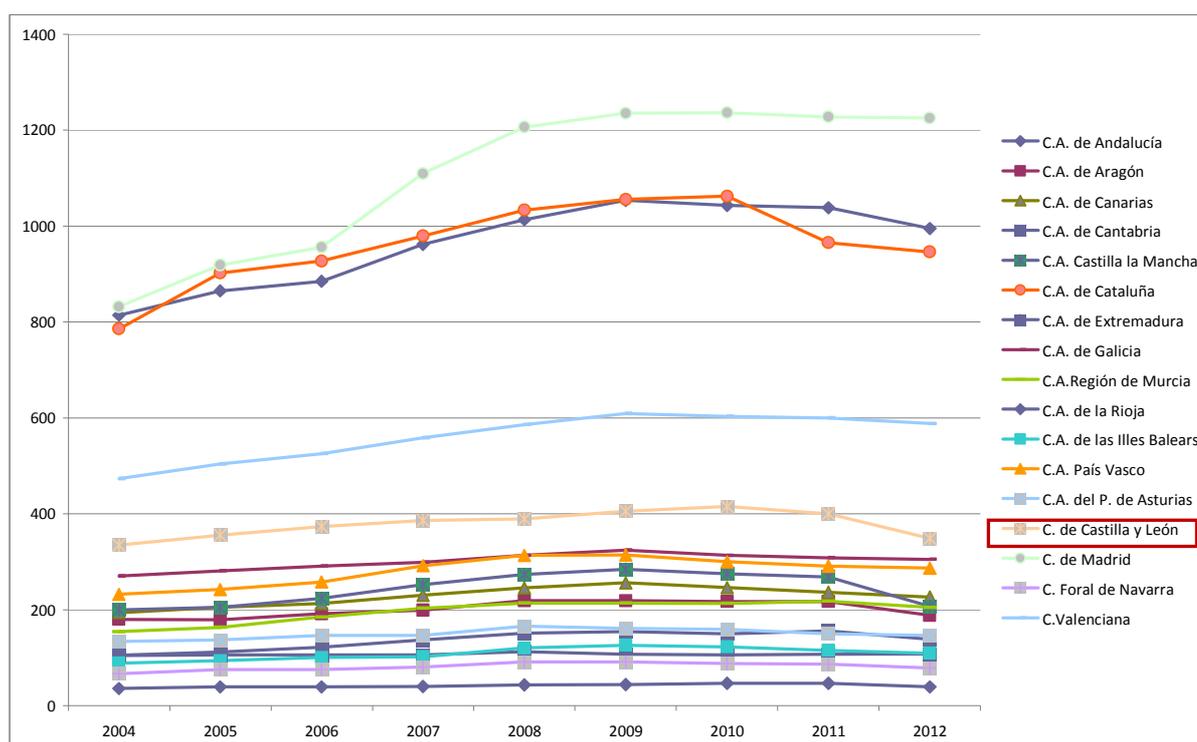
La oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de Castilla y León dentro de la Oferta del Sistema Nacional de Salud para el periodo de estudio no se puede comparar en el periodo de 2001 a 2003 en determinadas especialidades. La causa es el denominado "cupo". Las plazas ofertadas no se podían escoger al 100% de ellas, sino un tanto por ciento de las mismas, dentro del ámbito Nacional. Esto supone que el sumatorio de la oferta de las Comunidades autónomas supera a las plazas que se pueden adjudicar para algunas especialidades.

Desde el año 2004 no existe este cupo nacional mencionado en el párrafo anterior. Aunque en algunas Comunidades Autónomas presentan el denominado "cupo autonómico". Esta forma de estructuración de la oferta responde a las características señaladas anteriormente, lo que cambia es el ámbito de cupo. En lugar de tener un ámbito nacional es de ámbito autonómico. Pero aun contemplando esta circunstancia se pueden comparar el número de plazas que oferta en cada una de las Comunidades. La oferta de plazas de la Comunidades responde a dos situaciones, estas son:

- *Cuando existe cupo autonómico*: no puede cubrir el 100% de las plazas ofertadas. El criterio de selección lo marca el candidato con sus preferencias. El órgano competente en materia de formación sanitaria especializada fija el cupo.
- *Cuando no existe cupo autonómico*: se puede conseguir la cobertura del 100% de las plazas ofertadas. El criterio de selección lo marca el órgano competente en materia de

### Formación Sanitaria Especializada de la Comunidad Autónoma ofertantes.

El número de plazas ofertadas de Formación Sanitaria Especialidad, excluyendo las especialidades de diplomados en enfermería, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud por Comunidades Autónomas desde 2004 a 2012 ha sido el siguiente:



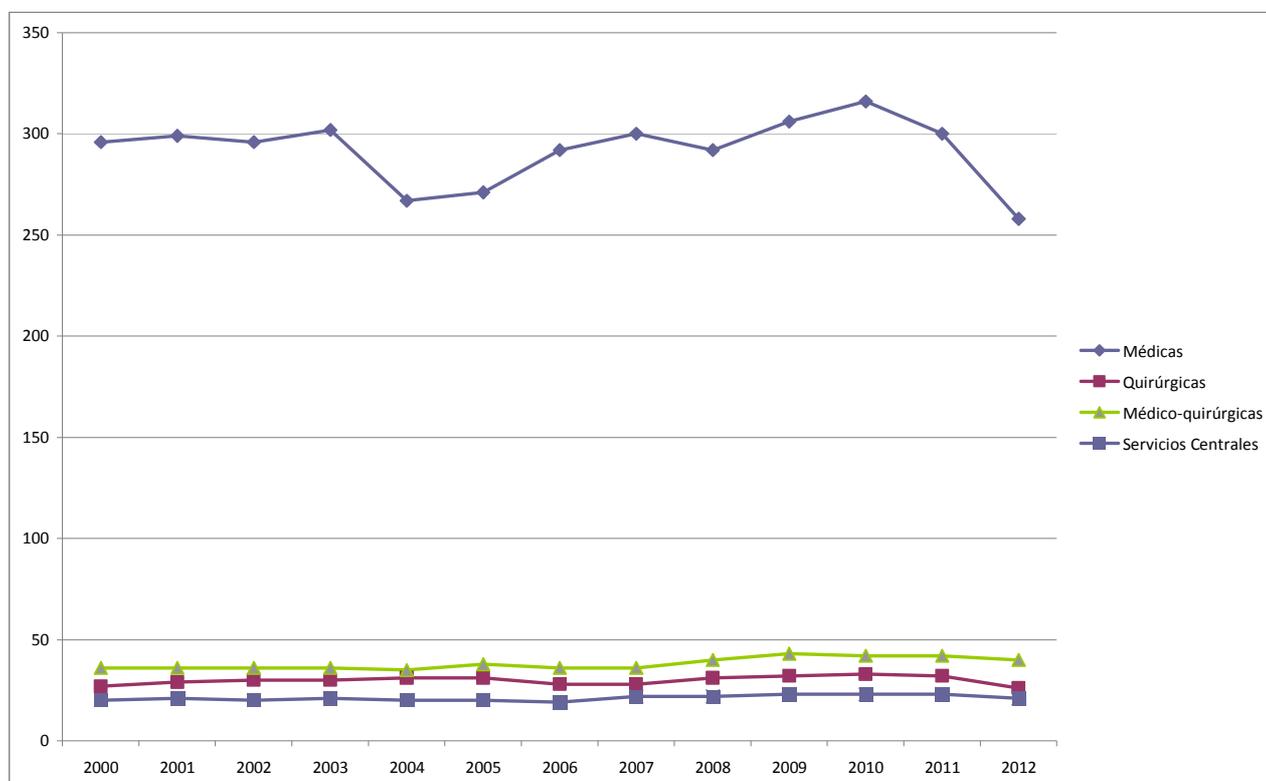
**Ilustración 64.- Evolución la oferta, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

La Comunidad de Castilla y León se sitúa en el *quinto lugar en la oferta de plazas* para la Formación Sanitaria Especializada dentro del contexto del Sistema Nacional de salud en el periodo estudiado. La oferta de plazas de Castilla y León dentro de la Oferta de Formación Sanitaria Especializada del Sistema Nacional de Salud supone alrededor de un *6% de la Oferta del Sistema Nacional de Salud*.

Las plazas ofertadas en la convocatoria del año 2001 a las que se puede acceder a la formación sanitaria especializada en Castilla y León

eran de 35 especialidades diferentes. Para la convocatoria del año 2012 el número de especialidades a las que se puede acceder en nuestra Comunidad es de 39. Las especialidades que se han desarrollado en este periodo son Cirugía Pediátrica, Geriatria, Medicina del Trabajo y Reumatología.

La oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada de Castilla y León para médicos para el periodo de 2001 a 2012 sigue la siguiente distribución:



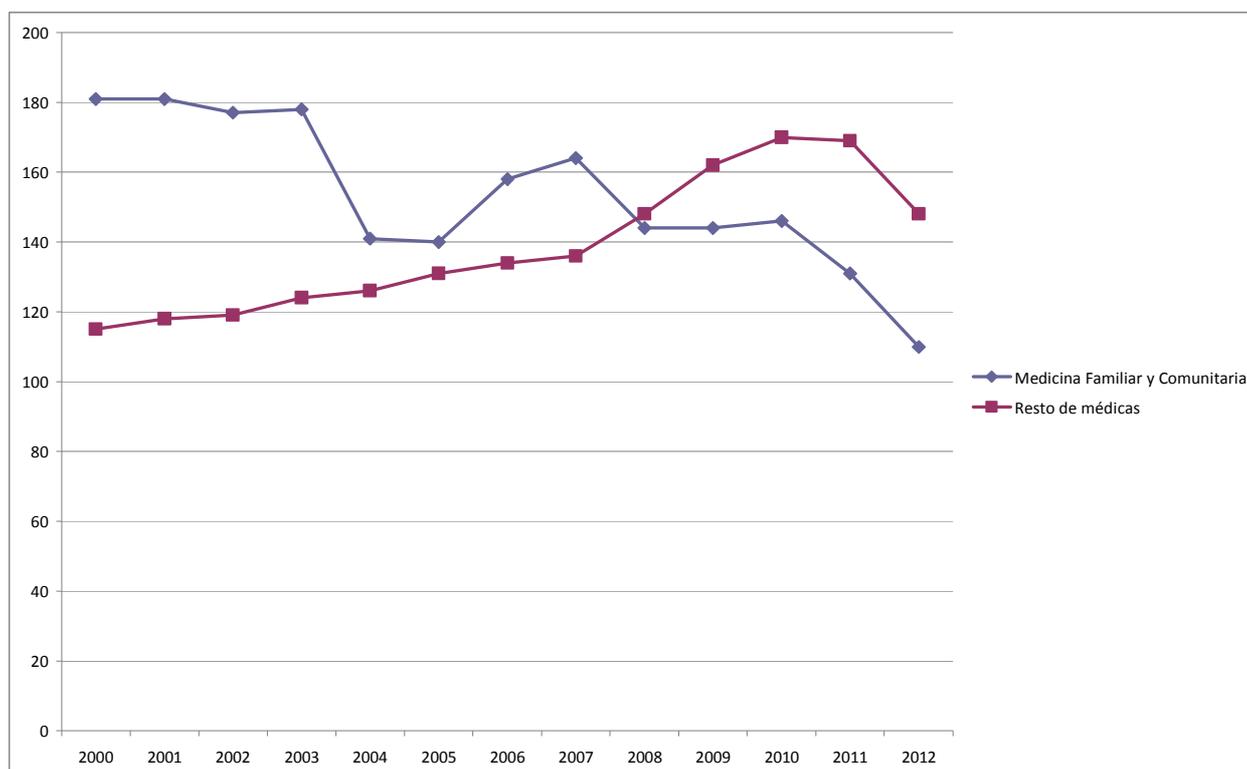
**Ilustración 65.- Evolución de la oferta en Castilla y León, año a año. Años 2001 a 2012. Elaboración Propia.**

Se compara el ascenso o descenso de las plazas de formación sanitaria especializada para los años 2001 a 2012, en el ámbito nacional y en el ámbito de Castilla y León.

	Nacional	Castilla y León
<b>Quirúrgicas</b>	55,08%	3,85%
<b>Servicios Centrales</b>	53,11%	4,76%
<b>Médico-Quirúrgicas</b>	52,52%	12,20%
<b>Médicas</b>	16,55%	3,85%

**Tabla 10.- Modificación de oferta para los años 2001 a 2012. Elaboración Propia.**

La distribución de las plazas de formación sanitaria especializada para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria frente al resto de especialidades Médicas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud sigue la siguiente distribución:



**Ilustración 66.- Evolución de la oferta de plazas formación sanitaria especializada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria frente al resto de especialidades de Médicas en el ámbito de Castilla y León según el año de convocatoria. Elaboración Propia.**

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desciende en mayor proporción que la oferta nacional.

	Nacional	Castilla y León
Medicina Familiar y Comunitaria	-3,06%	-32,12%
Resto del bloque médico	66,37%	31,30%

**Tabla 11.- Modificación de las plazas del bloque de las médicas. Elaboración Propia.**

#### **4.4.4 Tutores de médicos internos residentes: características**

El papel de los tutores es de promotor de la comprensión del conocimiento factual, procedimental y actitudinal, es quién invita a la acción e incita a la reflexión de los propios procesos y resultados. El Tutor predica una ética y realiza los hechos en concordancia con lo que piensa, siente y hace (Martínez Viniegra N. I., Ruiz Pérez L. C., 2009)<sup>199</sup>.

El tener unos amplios conocimientos de la especialidad que se tutoriza no es sinónimo, ni mucho menos, de saber enseñar. Dedicar parte del esfuerzo personal a formar nuevos profesionales requiere más habilidades y aptitudes que las de ser buen clínico con más o menos conocimientos, pero, sobre todo, se ha de estar motivado para la labor (Péres-Hervada Payá A., 2001)<sup>200</sup>, (Martín Zurro A., 2003)<sup>201</sup>.

Las *buenas prácticas* que han de desarrollar los tutores en la Formación Especializada de médicos tomando como referencia el trabajo de Miguel A. Zabala de la Universidad de Santiago de Compostela recogen todos los aspectos de la formación (Zabalza M. A., 2006). Los cinco primeros están relacionados con la organización de la formación. Los cinco siguientes dependen exclusivamente del propio profesional:

1. Planificar el proceso de enseñanza-aprendizaje. A través de un cronograma se elabora un itinerario formativo tipo que ha de adaptarse a las circunstancias de cada residente. Se reconoce una mayor satisfacción

de los implicados cuando el proceso formativo está planificado (Romero Sánchez E., 2008)<sup>202</sup>. La función tutorial debe ser un proceso debidamente planificado y programado (Martínez Juárez M., 2009)<sup>203</sup>.

2. Seleccionar y preparar los contenidos doctrinales. Los médicos internos residentes han de conocer los objetivos de las rotaciones antes de realizarlas, porque van a tener que reflexionar y estudiar sobre ellos. Para el tutor la "agenda" es descubrir, suave pero sistemáticamente, cuales son las necesidades del alumno. Una parte del profesionalismo del docente es la habilidad consciente de identificar los objetivos educativos de los médicos internos residentes e introducir los suyos a través de los del residente, persuadiéndolo (Turabián J. L., 1999)<sup>204</sup>.

3. Ofrecer informaciones y explicaciones comprensibles y bien organizadas: se traduce en tener disponibilidad para resolver dudas dando respuestas o bien dando el modo de buscar la respuesta. Entre las características de un tutor competente (Saura Llamas J., 2007) está el entusiasmo por su trabajo y la capacidad de trasmitirlo. El tutor es la principal herramienta para prevenir y tratar la desmotivación de los médicos internos residentes (Olivé Marques A., 2007)<sup>205</sup>. El comportamiento mostrado por los médicos en ejercicio influye mucho más que las informaciones y explicaciones que se puedan dar (Llor C., 2008)<sup>206</sup>.

4. Diseñar las metodología docente y organizar las actividades. Conocimiento del programa de la especialidad que se pretende formar actualizado a las normativas vigentes: supervisión, responsabilidad, autoaprendizaje, estudio individual, recursos bibliográficos actualizados, guías de prácticas clínica, etc. (Rodríguez González R., Capilla Cabezuelo E., 2010)<sup>207</sup>. Podemos encontrar médicos internos residentes que pasen su periodo formativo sin sentir ninguna necesidad de plantearse o plantear ninguna pregunta. El tutor tiene que evitar la actitud pasiva del residente,

para ello ha de buscar la reflexión y el “juicio clínico”. Los médicos internos residentes en su formación han de ser activos y participar. La función de guía del tutor es que los médicos internos residentes lleguen a formular cuestiones que surjan en el desarrollo profesional y poner a punto los instrumentos necesarios para resolverlas. Una supuesta protección por parte de los tutores hacia los médicos internos residentes impide que el residente desarrolle habilidades para aprender de forma activa.

5. Evaluar al residente: El tutor realiza una evaluación formativa en la que el objetivo de la misma es medir las competencias adquiridas por los médicos internos residentes a lo largo de las rotaciones programadas. La evaluación sumativa (Ezquerro M., Pérez-Iglesias F., Garrigues V., Muñoz J. M., Fornells J. M., Gual A., 2008)<sup>208</sup> tiene por objeto clasificar a los médicos internos residentes, establecer puntos de corte que definen el grado de aprovechamiento mínimo necesario para poder promocionar (Ezquerro M. et al. 2007), garantizar socialmente que los profesionales formados tengan un nivel suficiente evitando profesionales con nivel de competencia no adecuado y controlar la calidad de las estructuras docentes.

6. Manejo de nuevas tecnologías: se han de manejar las tecnologías necesarias para desarrollar la actividad asistencial (historia clínica digital, aparataje diagnóstico, etc...), docente (por ejemplo para la realización de presentaciones), investigadora para disponer de la información médica actualizada (Lavallo Montalvo C., 2011)<sup>209</sup> y para la labor de tutoría. Los médicos internos residentes realizan rotaciones en lugares, a veces muy distantes de sus tutores. El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) permite afrontar esta dificultad. Así permite desarrollar las tareas de: supervisión, resolución de problemas, entrevistas on-line, etc.

7. Comunicarse-relacionarse con los médicos internos residentes de una forma bidireccional con respecto en el aspecto formativo. Además está la comunicación del tutor con el paciente que está tratando. El tutor ha de compartir el paciente con un observador inicial y posteriormente este observador ha de ocuparse de primera mano del paciente con la máxima responsabilidad (Rodríguez González R., Capilla Cabezuelo E., 2010). La falta de comunicación entre residente y tutor puede transformarse en un fracaso la formación sanitaria especializada del residente. Los tutores tienen el compromiso de indicar a los médicos internos residentes que tutorizan los resultados que se espera de ellos, que conozcan los recursos y las oportunidades de aprendizaje y conocer el grado de desarrollo de su competencia profesional ajustado a los objetivos fijado en el programa desarrollado por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente. Existe un clara asociación entre la dedicación del tutor a la docencia y su accesibilidad y el grado de satisfacción de los médicos internos residentes (Ríos Zambudio A., Sánchez Gascón F., González Moro L., Guerrero Fernández M., 2003)<sup>210</sup>.

8. Tutorizar al residente: observar los conocimientos, habilidades y actitudes de los médicos internos residentes como punto inicial, recomendaciones para enseñar a aprender (Saura Llamas J., Saturno Hernández P. J., Romero Sánchez E. B., 2008)<sup>211</sup> y obtener los conocimientos, habilidades y actitudes que se suponen para el curso y la especialidad que se trate, no consiste en dar clases ejemplares, aunque el tutor es un ejemplo a seguir por el residente (Navarro Cañadas C., Valera Pelarda O., 2008)<sup>212</sup>. El contacto a diario con el residente y el acompañamiento, casi de continuo de los médicos internos residentes, fuerza a que los tutores trasmitan a los médicos internos residentes su sabiduría y de algún modo inhiban las iniciativas y propuestas de los médicos internos residentes. Tutorizar a una persona con el fin de que llegue a ser un buen profesional autónomo no es tarea sencilla (Marquet Palomer R., 2011)<sup>213</sup>.

9. Reflexionar e investigar en la metodología docente: estar al corriente de las investigaciones, la normativa que regulan la formación sanitaria especializada, etc..

10. Implicarse institucionalmente: Es absolutamente importante incluirse en equipos de trabajo, sintiendo que uno forma parte del equipo, participando en la planificación de la formación de la gerencia a la que pertenece. Este tipo de comportamientos no es tarea fácil, supone un cambio de mentalidad. Debe demostrar una actitud docente, con capacidad de autocrítica. (Saura Llamas J., 2007).

En relación con las labores de tutoría que dependen exclusivamente del profesional (Boendermaker, P. M., Schuling, J., Meyboom-de Jong, B., Zwierstra, R. P., Metz, J. C. M., 2000)<sup>214</sup> se pueden definir las *competencias de los tutores* de los médicos internos residentes del modo siguiente:

- Conocimiento de enseñanza: conocimiento acerca de métodos de enseñanza (cómo y cuándo se han de usar cada uno de ellos).
- Habilidades de enseñanza: conocimiento de la enseñanza empleados, realización de feedback (retroalimentación) ser capaz de observar, capacidad de análisis, enseñar al aprendiz a asumir las responsabilidades, fomento de la reflexión, organización, ser capaz de enseñar habilidades profesionales, capacidad de manejar conflictos, capacidad de ser comunicativo (incluyendo la escucha).
- Actitudes de enseñanza: mostrar respeto ante el residente, estar abierto a las críticas de sus enseñanzas, mostrar interés por los médicos internos residentes, ser capaz de separar la vida privada de la enseñanza, ser capaz de separar los diferentes papeles en la relación tutor-residente (profesor, colega), ser competente para superar la tensión resultante de la relación tutor-residente, realizar un papel modélico,

ofreciendo una seguridad medio ambiental (asegurar el clima de trabajo), tutorización individualizada, estar alerta, ser crítico frente al residente y al proceso de enseñanza, mostrarse abierto hacia la formación adicional para modificar hacia la mejora la tutorización, disfrutar del papel de tutor, estar disponible y accesible, sacar tiempo para la enseñanza, ser capaz de ver las cosas con perspectiva, ser estimulante, no aprovecharse del aprendiz, ser fiel a la Unidad/Servicio/Departamento, estar dispuesto a compartir los pacientes con el residente, atreverse a dar retroalimentación, aprender de los médicos internos residentes.

- Características personales: entusiasmo, flexibilidad, conocimiento de uno mismo, capacidad de reflexión, capacidad de análisis del propio conocimiento, paciencia, integridad, disfrutar con el papel de tutor.

El Centro Integral de Medicina Avanzada (Aguilar Rebolledo F., Erasmo Hernández H., 2006) <sup>215</sup> considera que un médico debe utilizar el siguiente decálogo para mantener una adecuada capacitación y actualización:

- La lectura médica continúa de al menos 2 horas semanales de bibliografía médica relacionada con la especialidad.
- El diálogo inter-médico dedicado al cuidado del paciente.
- Participación en la revisión de casos.
- Realizar una anamnesis lo más completa posible, al nivel de paciente, y saber escuchar sus temores, miedos y expectativas.
- Cultivar la relación médico-paciente-familia. Explorar al paciente lo más elemental y completo posible, realizándolo siempre con respeto como quisiéramos que nos trataran a nosotros o a un familiar, sin dejar pasar algo importante para un diagnóstico temprano y un

tratamiento oportuno, como por ejemplo, revisar los pies si es un diabético.

- Uso y práctica de cuestionarios de autoevaluación con casos clínicos o preguntas de opción múltiple.
- Asistir a congresos y realizar cursos de su especialidad, al menos 2 por año.
- Realización de cursos, acreditados sobre las enfermedades más prevalentes en su comunidad.
- El desarrollo de tareas de investigación clínica, presentación en foros científicos y/o publicación en revistas nacionales o internacionales.
- Realización de actividad docente.

Se desprende por tanto de este decálogo que la actividad docente favorece el mantenimiento de las capacidades de los profesionales que las realizan.

La acreditación de los tutores (Morales Elipe V., 2011)<sup>216</sup> favorece la elección de los futuros candidatos atendiendo a unos objetivos fijados previamente y con la atenta vigilancia del órgano colegiado, que es la Comisión de Docencia. El proceso de nombramiento de los tutores se hace más transparente pues responde a unos méritos. Se consigue que los tutores acreditados sean los idóneos para la actividad.

#### **4.4.5 Responsabilidades legales de los tutores**

El tutor del residente es el interlocutor entre la institución sanitaria y el residente (Cura Rodríguez J. L., 2011)<sup>217</sup>. Corresponde al tutor resolver cualquier incidencia que se pueda plantear, tanto en el desarrollo de la formación del residente como en sus relaciones con la organización. Debe hacer un seguimiento formativo y además detectar cualquier posible situación conflictiva que pudiera darse.

La definición que figuran en el Código Civil en lo que respecta a la responsabilidad extracontractual en el artículo 1902 señala que quien *“por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”*. Y en el artículo 1903 completa este concepto con: *“La obligación que impone el artículo 1902 es exigible no sólo por actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas por las que se deba responder”*.

Puesto que el tutor tiene a su cargo el residente, debe entonces responder, de los daños producidos en su labor asistencial. Esta responsabilidad se conoce como ***in vigilando***. Además aplicando el artículo 1903 del Código Civil al ambiente sanitario se puede hablar de la culpa ***in eligendo***: *“Se responsabiliza a los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes o empleados en la ejecución de sus tareas”*.

Por norma general el tutor indica al residente la actuación más óptima, ajustada al conocimiento científico del momento (León Vázquez F., Olivera Cañadas G., Ballarín González A. y Holgado Catalán S., 2008)<sup>218</sup>. El tutor ha de controlar con mayor o menor intensidad las actuaciones que realizan los médicos internos residentes a su cargo (Ballarín González A., López Romero A., León Vázquez F., 2011)<sup>219</sup>. A los médicos internos residentes no les está permitida una intervención que, según su programa y año de formación no le está permitido o lo ha hecho sin esperar el apoyo de su tutor (Barrios Flores F., 2013). La actividad de los médicos internos residentes se encardina en el funcionamiento ordinario de los equipos por donde rota. La condición necesaria para la delegación del trabajo dentro del equipo es que exista la capacidad de realización por parte de quien lo desarrolla. (Soler L. A., 2005)<sup>220</sup>.

## 5 Material y Métodos

### 5.1 Materiales

#### 5.1.1 Material para el análisis de variables

El estudio se ha llevado a cabo con los datos recogidos sobre los médicos internos residente proporcionado por el aplicativo informático del propiedad del Ministerio con competencias en Sanidad: SIREF<sup>®</sup> (sistema informático de registro de especialistas en formación). Recoge los datos del fichero Registro Nacional de Especialistas en Formación. Está registrado en la Agencia española de protección de datos. Los registros obtenidos para el estudio son exclusivamente de la comunidad de Castilla y León. Con ellos se ha construido una base de datos “**MIRCyL2001-2012**” que consta de 4278 registros por 45 variables.

Esta base de datos, contiene la información de Licenciados en Medicina que consiguiendo a través de una prueba selectiva competente, una plaza de médico interno residente, en una Unidad Docente de Castilla y León, para así formarse en una determinada especialidad, en cualquiera de las convocatorias desde el año 2001 a 2012, y solo incluyendo las especialidades para las que se requiere el título de Grado o Licenciado en Medicina. A estos individuos, objeto de nuestro estudio, es lo que en adelante denominaremos abreviadamente **MIRCyL**, aunque algunos de ellos, por diversos motivos no se hayan incorporado.

Para lograr el objetivo de la investigación, la base de datos “**MIRCyL2001-2012**” recoge las siguientes variables:

## 1. **Identificación de los MIRCyL:**

- *Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de Identificación de Extranjeros (NIE)*
- *Nombre y Apellidos*
- *Fecha de nacimiento:* A partir de esta fecha y la fecha de incorporación en la plaza, se calcula la edad del médico interno residente en la fecha que comienza su formación.
- *Procedencia:* España, Resto de Europa, Asia, África Estados Unidos y Resto de América.
- *Provincia:* en la que el médico interno reside en el momento de la solicitud a la prueba de acceso a las pruebas selectivas.

## 2. **Elección de plazas:**

- *Año de convocatoria:* desde 2001 a 2012.
- *Fecha de incorporación:* Fecha en la que se incorpora el MIRCyL a la formación Sanitaria Especializada y con la que calculamos la *Edad MIR*
- *Número de convocatoria:* en el año 2001 hay dos convocatorias una para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y otra para el resto de especialidades fundamentalmente.
- *Especialidad elegida:* las especialidades destinadas al título de medicina en nuestro país en la actualidad son 44: Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología, Cardiología, Neurocirugía, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Neurología,

Oftalmología, Endocrinología y Nutrición, Pediatría y sus áreas específicas, Cirugía Cardiovascular, Aparato Digestivo, Angiología y Cirugía Vascular, Obstetricia y Ginecología, Otorrinolaringología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Radiodiagnóstico, Urología, Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Anestesiología y Reanimación, Cirugía Torácica, Reumatología, Oncología Médica, Medicina Interna, Neumología, Nefrología, Psiquiatría, Hematología y Hemoterapia, Medicina Intensiva, Oncología Radioterápica, Medicina Física y Rehabilitación, Alergología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Geriatria, Neurofisiología Clínica, Inmunología, Análisis Clínicos, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología y Parasitología, Farmacología Clínica, Medicina del Trabajo y Bioquímica Clínica. Cuatro de las especialidades no son exclusivamente de la licenciatura de Medicina: Inmunología, Análisis Clínicos, Microbiología y Parasitología y Bioquímica Clínica.

No se estudian las especialidades que no son exclusivamente de la licenciatura o grado de medicina: Inmunología, Análisis Clínicos, Microbiología y Parasitología y Bioquímica Clínica. Ni tampoco, la especialidad de Farmacología Clínica porque no está disponible en la Comunidad de Castilla y León.

Con lo que nuestro estudio se centra en las 39 especialidades restantes. Debido a este gran número de especialidades, para llevar a cabo algunos análisis más exhaustivos y comparativos, se agrupan en cuatro grandes bloques, de la siguiente forma:

## 5 Material y Métodos

Bloque Especialidad	Especialidades estudiadas por los MIRCyL	
Médica	Alergología	Medicina Interna
	Anestesiología y Reanimación	Medicina Preventiva y Salud Pública
	Aparato Digestivo	Nefrología
	Cardiología	Neumología
	Endocrinología y Nutrición	Neurología
	Geriatría	Oncología Médica
	Hematología y Hemoterapia	Oncología Radioterápica
	Medicina del Trabajo	Pediatría y Áreas Específicas
	Medicina Familiar y Comunitaria	Psiquiatría
	Medicina Física y Rehabilitación	Reumatología
	Medicina Intensiva	
Médico-quirúrgica	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	Otorrinolaringología
	Obstetricia y Ginecología	Urología
	Oftalmología	
Quirúrgica	Angiología y Cirugía Vascul ar	Cirugía Pediátrica
	Cirugía Cardiovascular	Cirugía Plástica Estética y Reparadora
	Cirugía General y del Aparato Digestivo	Cirugía Torácica
	Cirugía Oral y Maxilofacial	Neurocirugía
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	
Servicios Centrales	Anatomía Patológica	Neurofisiología Clínica
	Medicina Nuclear	Radiodiagnóstico

**Tabla 12.- Bloques de especialidades. Elaboración Propia.**



**Ilustración 67.- Localización de las Áreas de Salud. Elaboración Propia.**

- *Número de orden de los MIRCyL*: A través de la puntuación obtenida y el expediente académico se determina el número de orden para elegir una plaza de una determinada especialidad en una Unidad Docente. La puntuación más alta tendrá el número menor de orden, e irá creciendo en orden inverso a la puntuación. El mejor posicionado puede elegir la especialidad y la Unidad Docente de toda la oferta que se presenta en esa convocatoria. El siguiente mejor podrá elegir entre todas las restantes y así sucesivamente.
- *Área de Salud*: Área donde se va a realizar la formación. Castilla y León se estructura en 11 Áreas de Salud: Ávila, Burgos, León, El Bierzo, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Este, Valladolid Oeste y Zamora.
- *Unidad / Centro Docente*: Lugar donde el MIRCyL realizará la Formación Sanitaria Especializada.

Área de Salud	Unidad Docente/Centro Docente
Ávila	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA ÁVILA
	UDMFYC ÁVILA
	UDPYPC HOSPITAL NTRA. SRA. DE SONSOLES
Burgos	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BURGOS
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BURGOS- MIRANDA DE EBRO
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BURGOS-ARANDA
	UDMFYC BURGOS-ARANDA
	UDMFYC BURGOS
	UDMFYC BURGOS-MIRANDA DE EBRO
	UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA BURGOS
UDPYPC COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS	
El Bierzo	HOSPITAL EL BIERZO
	UDM ATENCIÓN FYC DE LEÓN ZONA II-PONFERRADA

**Tabla 13.- Localización de las Unidades Docentes/ Centros Docentes por Área de Salud (continua). Elaboración Propia**

## 5 Material y Métodos

Área de Salud	Unidad Docente/Centro Docente
León	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA LEÓN ZONA I LEÓN
	UDM DE SALUD LABORAL DE CASTILLA Y LEÓN (C.A.U. DE LEÓN)
	UDM PEDIATRÍA DEL C.A.U. DE LEÓN
	UDM SALUD MENTAL C.A.U. DE LEÓN
	UDMFYC LEÓN I. LEÓN
Palencia	COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA PALENCIA
	UDM DE SALUD MENTAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA
	UDMFYC PALENCIA
	UDPYPC COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA
Salamanca	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. SALAMANCA
	UDMFYC SALAMANCA
	UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA SALAMANCA
	UDPYPC C.A.U. DE SALAMANCA
Segovia	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SEGOVIA
	UDM PEDIATRÍA DEL C.A. DE SEGOVIA
	UDMFYC SEGOVIA
	UDPYPC C.A. DE SEGOVIA
Soria	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SORIA
	UDM DE SALUD LABORAL DE CASTILLA Y LEÓN (COMPLEJO A. DE SORIA)
	UDMFYC SORIA
Valladolid Este	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA VALLADOLID ESTE VALLADOLID
	UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA VALLADOLID ESTE-MEDINA DEL CAMPO
	UDM PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID
	UDMFYC VALLADOLID ESTE-MEDINA DEL CAMPO
	UDMFYC VALLADOLID ESTE-VALLADOLID
	UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA VALLADOLID ESTE
	UDPYPC HOSPITALCLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID
Valladolid Oeste	HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA
	UDM ATENCIÓN FYC DE VALLADOLID OESTE
	UDM PEDIATRÍA DEL HOSPITAL U. RÍO HORTEGA
	UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA VALLADOLID OESTE
	UDPYPC HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA
Zamora	COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA
	UDMFYC ZAMORA
	UDPYPC DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

**Tabla 14.- Localización de las Unidades Docentes/Centros Docentes por Área de Salud (continua). Elaboración Propia.**

Dónde:

**UDM:** Unidad Docente Multiprofesional. Son aquellas que forman a especialistas de diferentes titulaciones universitarias en diversas especialidades que tienen la particularidad de tener campos asistenciales afines.

**UDMFYC:** Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

**UDPYPC:** Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología

**UDM:** Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria

**UDMPYSP:** Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública

- *Número total de plazas:* El número total de plazas ofertadas en cada año para formación sanitaria especializada.
- *Número de plazas medicina:* El número total de plazas ofertadas en cada año para formación sanitaria especializada exclusivamente Licenciados en Medicina (son las 39 especialidades de estudio).

### **3. Estado final del MIRCyL**

- *Situación actual:* Esta variable nos indica si el MIRCyL, está actualmente:

- *En formación:* realizando la formación sanitaria especializada
- *Histórico:* ya ha terminado el proceso formativo.

Puede que algún MIRCyL, nunca llegara a comenzar la formación y se queda en un estado de incorporación, serían tratados como históricos, excepto para el análisis de las evaluaciones.

- *Estado:* el MIRCyL puede estar en distintos estados según el momento de la consulta: *en formación, formación completada, no incorporado y suspensión de contrato*. El estado “no incorporado” no se ha registrado para todo el periodo de estudio.
- *Evaluaciones:* los MIRCyL son evaluados por cada año de formación con un resultado que puede ser:
  1. *Apto:* se supera el periodo formativo con cuatro posibilidades: *Apto por convalidación, Suficiente, Destacado y Excelente*.
  2. *No apto:* no se supera el periodo con tres posibilidades:
    1. *No recuperable:* “no aptos por deficiencias relevantes no recuperables”.
    2. *No apto recuperable por Insuficiente aprendizaje:* “no aptos por deficiencias relevantes recuperables”

3. *No apto recuperable por suspensión del contrato*: “no apto por haber quedado suspendido el contrato de trabajo por un tiempo superior al 25% del tiempo de formación del curso de que se trate”.

## **5.1.2 Material para la dinámica de sistemas**

Para hacer una Dinámica de Sistemas se utiliza el software *VensimPLE*<sup>®</sup> que permite crear modelos de simulación, conceptualizar y analizarlos.

## **5.1.3 Material para el estudio legislativo y de jurisprudencia de la relación laboral especial**

Se ha usado el archivo jurídico de *Westlaw*<sup>®</sup> que registra las sentencias de los tribunales. Permite hacer búsquedas de la jurisprudencia relacionada con una norma o con algún artículo de la misma a través de palabras clave.

## **5.2 Métodos**

### **5.2.1 Análisis de las variables registradas**

Se analizan las variables en un estudio observacional de la base de datos *MIRCyL2001-2012* construida a lo largo de los 12 años de estudio.

En primer lugar se realizó una limpieza de la base de datos. Para ello, se realizó un análisis exploratorio de los datos donde se prestó

especial atención en la comprobación o corrección de los valores extremos presentes en algunas de las variables estudiadas.

Una vez revisados los datos correspondientes a los 4.470 registros y las 45 variables, se realizó un estudio descriptivo con el objeto de clasificar, representar y, en definitiva, resumir, el conjunto de datos. Para ello se utilizaron fundamentalmente representaciones gráficas: diagramas de barras, diagramas de sectores, box plots (diagramas de caja) y diagramas de dispersión.

Asimismo se presentan, en forma de tablas, distribuciones de frecuencias, así como un resumen de los estadísticos más usuales (media, desviación típica, mediana, etc.) en el caso de variables de tipo cuantitativo. En toda la parte de descriptiva se presentan los resultados de cada variable no sólo con el total, sino también con su distribución por sexo, por grupo de especialidades, etc.

Por último, se completa el estudio estadístico con un apartado en el que se describen y comparan tendencias del número de orden de elección de los MIRCyL. Para ello se crea una nueva variable, un **orden estandarizado** a partir del número de orden en el que se ha elegido la plaza, de forma que:

$$\text{Orden estandarizado} = \frac{\text{Número de orden} - \text{Mín (Nº orden del año } i)}{\text{Máx (Nº orden año } i) - \text{Mín (Nº orden año } i)}$$

Donde:

*Número de orden*: es el número de orden a nivel nacional en el que se ha elegido.

*Mín (Nº orden del año i)*: es el menor número de orden a nivel nacional en el que se ha elegido la especialidad en el año i.

*Máx (Nº orden año i)*: es el mayor número de orden a nivel nacional en el que se ha elegido la especialidad en el año i.

De forma que en cada año de cada convocatoria el orden de elección de los MIRCyL, siempre está comprendido entre 0 y 1, esto nos permite la comparabilidad entre especialidades y años.

Por otra parte, para ver cuáles son las especialidades preferidas, a partir del orden estandarizado de elección en el año, cada MIRCyL aporta una **cotización a cada especialidad**. De esta forma creamos la variable cotización definiendo cada una de sus categorías de la siguiente manera:

Condición sobre el nº de orden del año i	Cotización de la especialidad elegida en el año i
$N^{\circ} \text{ orden de elección} \leq Q_{i1}$	<i>Cotización alta</i>
$Q_{i1} < N^{\circ} \text{ orden de elección} \leq Me_i$	<i>Cotización media-alta</i>
$Me_i < N^{\circ} \text{ orden de elección} \leq Q_{i3}$	<i>Cotización media-baja</i>
$Q_{i3} < N^{\circ} \text{ orden de elección}$	<i>Cotización baja</i>

**Tabla 15.- Estructura de la cotización de especialidades**

Donde:

$Q_{i1}$ , es el primer cuartil del número de orden de elección en el año i.

$Me_i$ , es la mediana del número de orden de elección en el año i.

$Q_{i3}$ , es el tercer cuartil del número de orden de elección en el año i.

$i=2001, \dots, 2012$  son los años que abarca la investigación.

## 5.2.2 Dinámica de sistemas con prospección

Con el estudio de la materia y las variables disponibles se plantea una *Dinámica de Sistemas* con los apartados de conceptualización, formulación y prospección o simulación.

## 5.2.3 Análisis legislativo y de jurisprudencia de la relación laboral especial

Se analiza la *trayectoria laboral* de los médicos internos residentes. Basándonos en las normas que sustentan la relación laboral especial de los residentes se elaboran los problemas que pueden plantearse. A estos problemas se les intenta dar solución en la discusión.

Se analizan el curso de las reclamaciones que pueden elaborar los residentes en relación con su relación laboral especial. Se hace una *búsqueda de sentencias* generadas por los Tribunales: Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León y Tribunal Supremo (de carácter nacional).

Las referencias **bibliográficas** que se citan siguen el estilo de Vancouver. En el texto se hace una referencia numérica y además se indican los apellidos de los autores junto con el año de publicación. Se añade esta información por resultar relevante en la lectura de la redacción y únicamente recurrir a la bibliografía para ampliar información.

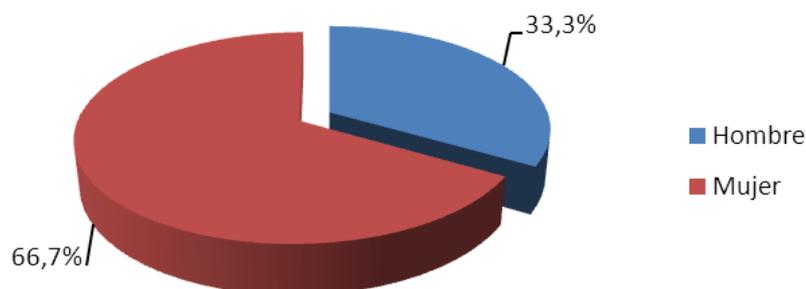
## 6 Resultados

### 6.1 Análisis de las variables registradas

#### 6.1.1 Características sociodemográficas de los MIRCyL

Durante estos 12 años de estudio, se encuentra con información sobre los 4.470 médicos internos residentes que eligieron Castilla y León como destino para realizar su periodo de especialización. Se puede dar el caso de que una misma persona se presente a varias convocatorias, en este caso serán tratados como varios registros independientes, ya que lo que nos interesa ver la evolución durante los 12 años de los MIRCyL convocatoria a convocatoria.

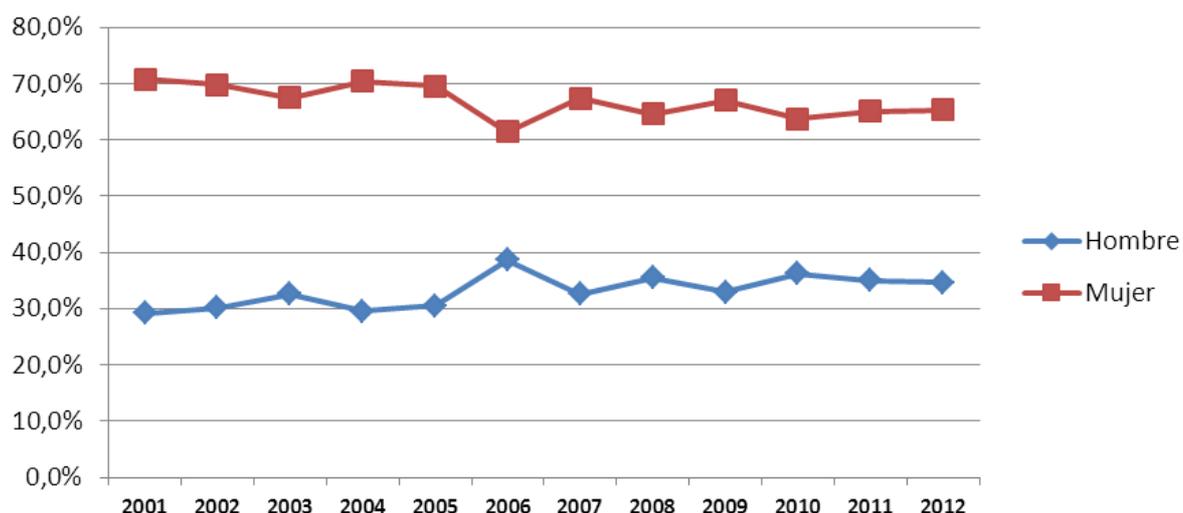
Durante estos 12 años de estudio, los MIRCyL son mayoritariamente mujeres, en global 2 de cada 3 son mujeres.



**Ilustración 68.- Distribución por sexo de los MIRCyL. Años 2001-2012.**

**Elaboración Propia.**

Año a año, vemos como el número de mujeres que se presentan al MIR, es superior al de hombres. En el año 2001, año en que la diferencia entre hombres y mujeres ha sido mayor, más del 70% de los presentados eran mujeres.



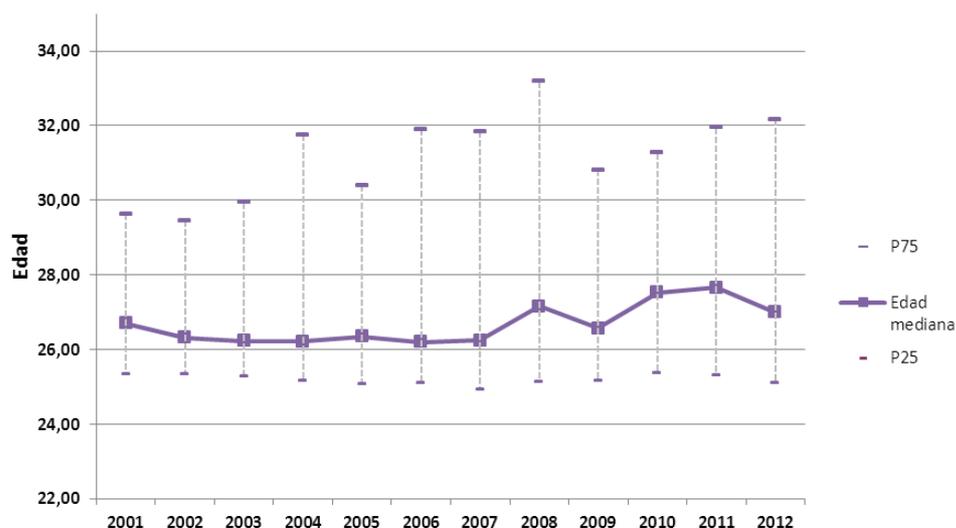
**Ilustración 69.- Evolución del porcentaje de los MIRCyL por género. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

La edad media de los presentados a lo largo de los 12 años de estudio ha sido de 29,5 años (Desviación Típica de 6,4), ligeramente superior en los hombres (30,2 años, Desviación Típica de 6,8) que en las mujeres (29,1 años; Desviación Típica de 6,3).

	Recuento	Media	Desviación típica	Mediana	Rango intercuartílico	Mínimo	Máximo
<b>Hombre</b>	1.489	30,2	6,8	27,6	7,0	60,3	22,8
<b>Mujer</b>	2.981	29,1	6,2	26,3	5,4	61,7	23,4
<b>Total</b>	<b>4.470</b>	<b>29,5</b>	<b>6,4</b>	<b>26,7</b>	<b>6,0</b>	<b>61,7</b>	<b>22,8</b>

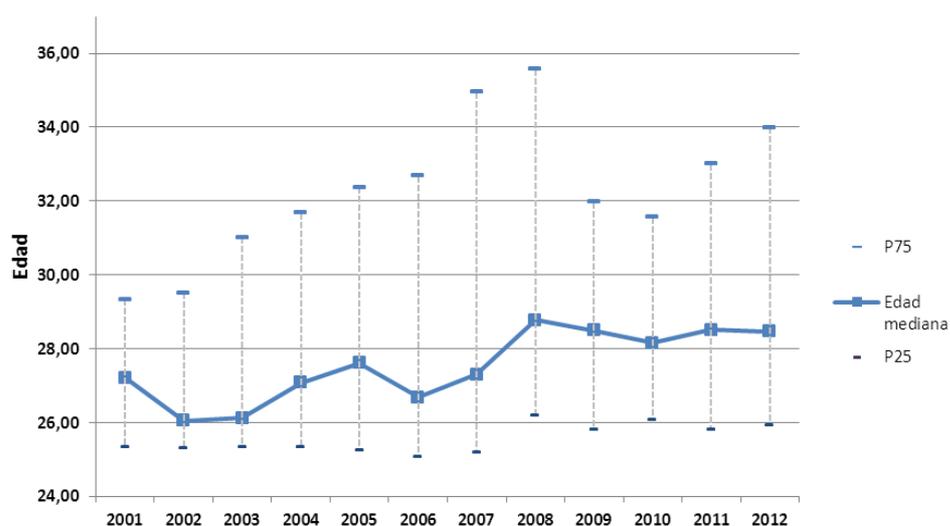
**Tabla 16.- Descripción de la edad de los MIRCyL por género. Años 2001-2012. . Elaboración Propia.**

## 6 Resultados

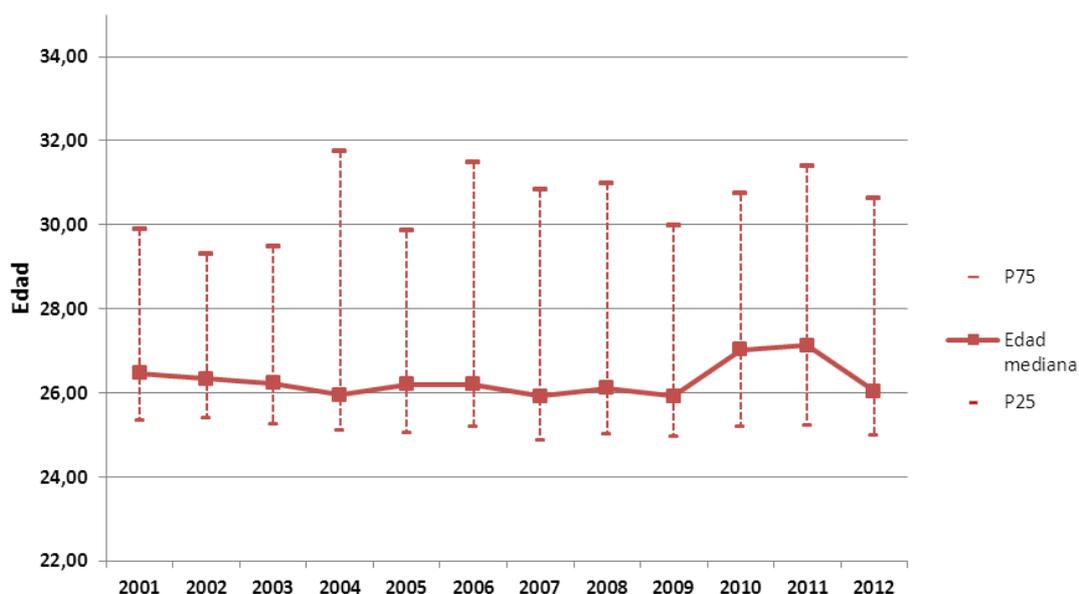


**Ilustración 70.- Evaluación de la edad de los MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. . Elaboración Propia.**

Por género, vemos como la edad mediana de los hombres ha aumentado desde 2001. En el año 2008, la mediana de edad de los hombres MIRCyL, fue de casi 29 años. Entre las mujeres, la edad se ha mantenido más estable entorno a los 26 años, rompiendo sólo la tendencia en los años 2010 y 2011, donde aumentó hasta los 27 años.



**Ilustración 71.- Evaluación de la edad de los hombres MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



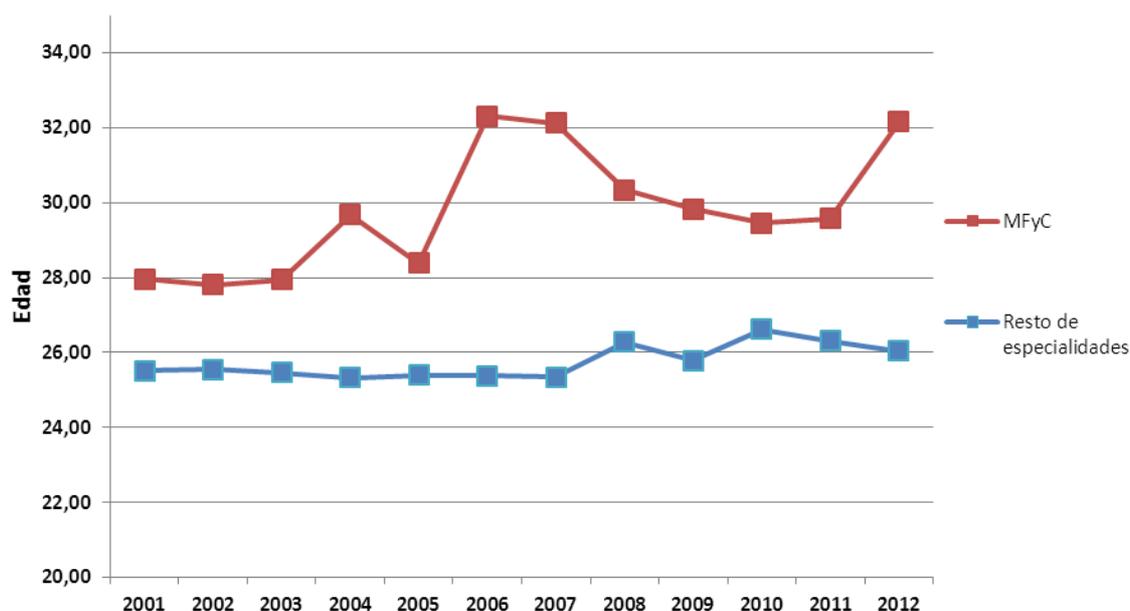
**Ilustración 72.- Evaluación de la edad de las mujeres MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Los MIRCyL que eligieron Medicina Familiar y Comunitaria durante estos 12 años de estudio, tienen una edad superior a los que eligieron el resto de especialidades.

La edad media de éstos fue de 32,1, años (DT=7,7), más de 4 años superior a la media de los que eligieron el resto de especialidades (27,7 años: DT=4,6). La diferencia de edad es mayor, durante los años 2006, 2007 y 2012.

	Recuento	Media	Desviación típica	Mediana	Rango intercuartílico	Mínimo	Máximo
Medicina de Familia y Comunitaria	1.841	32,1	7,7	29,2	10,0	22,8	61,7
Resto de Especialidades	2.629	27,7	4,6	25,7	3,2	23,6	55,4
Total	4.470	29,5	6,4	26,7	6,0	61,7	22,8

**Tabla 17.- Descripción de la edad de los MIRCyL por sexo. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

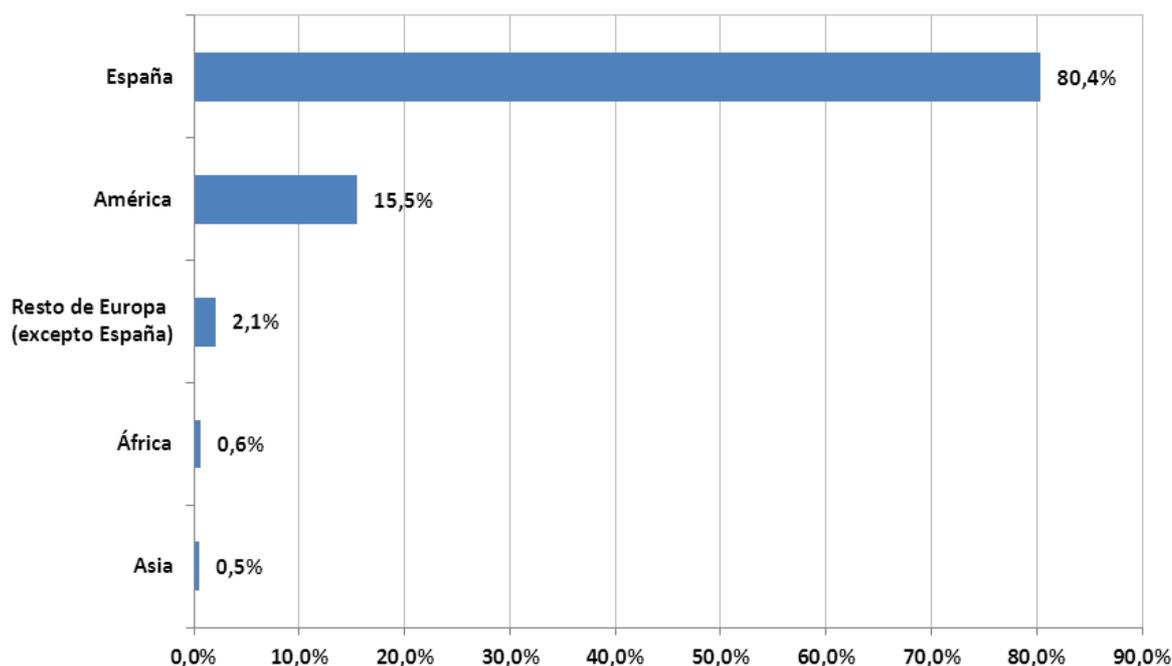


**Ilustración 73.- Evolución de la edad de los MIRCyL que eligieron Medicina de Familia y Comunitaria o el resto de especialidades, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Estudiando las procedencias de los MIRCyL, se comprueba que casi el 80,4% son españoles, del resto de nacionalidades destaca los que proceden de América (excepto Estados Unidos) que asciende al 15,50%.

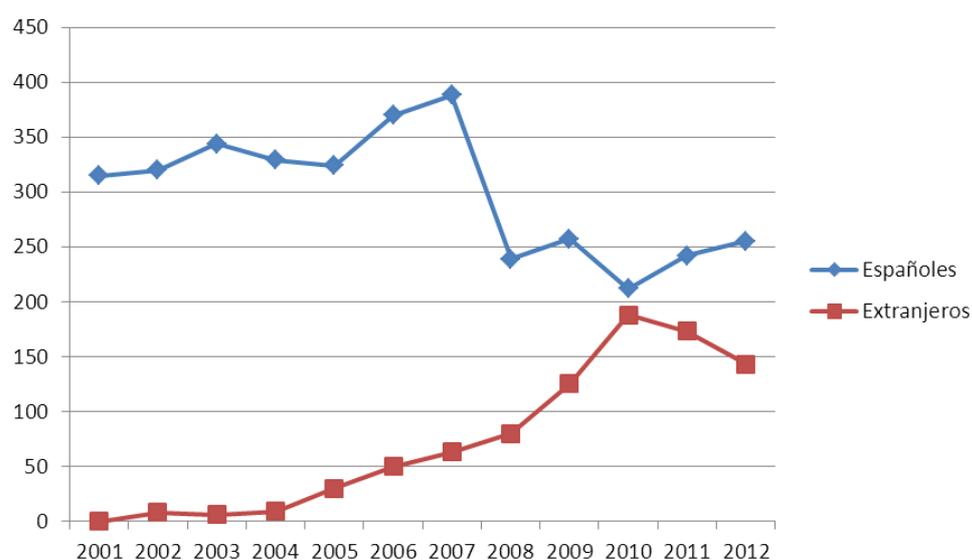
	Frecuencia	Porcentaje
España	3.595	80,4
América	695	15,5
Resto de Europa (excepto España)	96	2,1
África	28	0,6
Asia	23	0,5
No contesta	33	0,7
<b>Total</b>	<b>4.470</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 18.- Distribución porcentual de los MIRCyL por procedencia. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 74.- MIRCyL, según la procedencia. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Durante la última década ha habido una avalancha creciente de médicos extranjeros que ha venido a España. En el siguiente gráfico se puede ver como los MIRCyL han experimentado este proceso especialmente a partir de 2005.

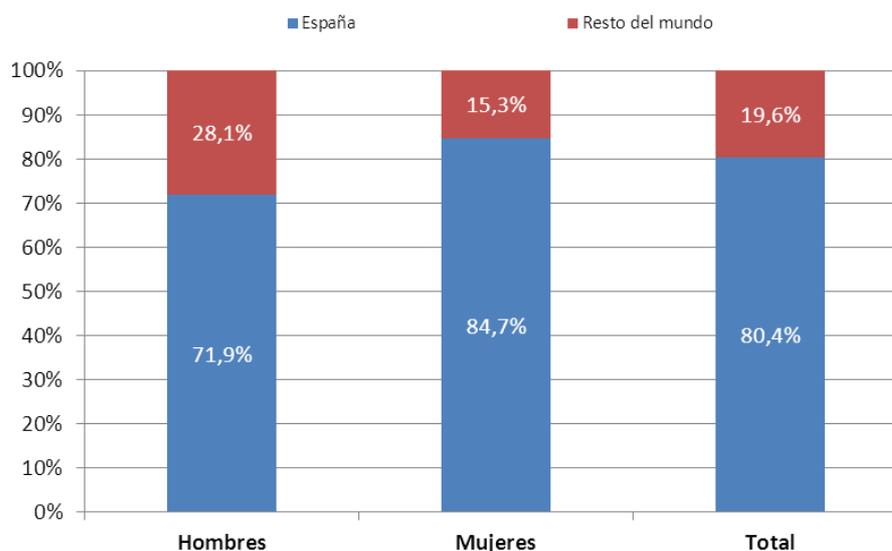


**Ilustración 75.- Evolución en la procedencia de los médicos internos residente estudiados MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

La procedencia por género, muestra que entre los hombres, un 20% provienen de América (excepto Estados Unidos) mientras que este mismo porcentaje es del 12,4% entre las mujeres.

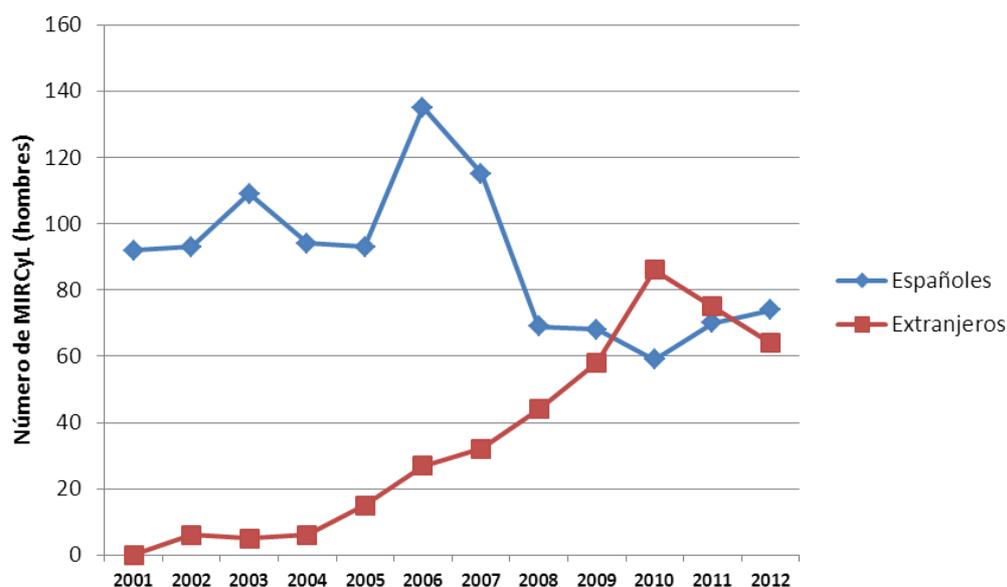
	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
España	1.071	71,9%	2.524	84,7%
América	326	21,9%	369	12,4%
Resto de Europa (excepto España)	44	3,0%	52	1,7%
África	20	1,3%	8	0,3%
Asia	12	0,8%	11	0,4%
No contesta	16	1,1%	17	0,6%
Total	1.489	100,0%	2.981	100,0%

**Tabla 19.- Distribución porcentual de los MIRCyL, por procedencia. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

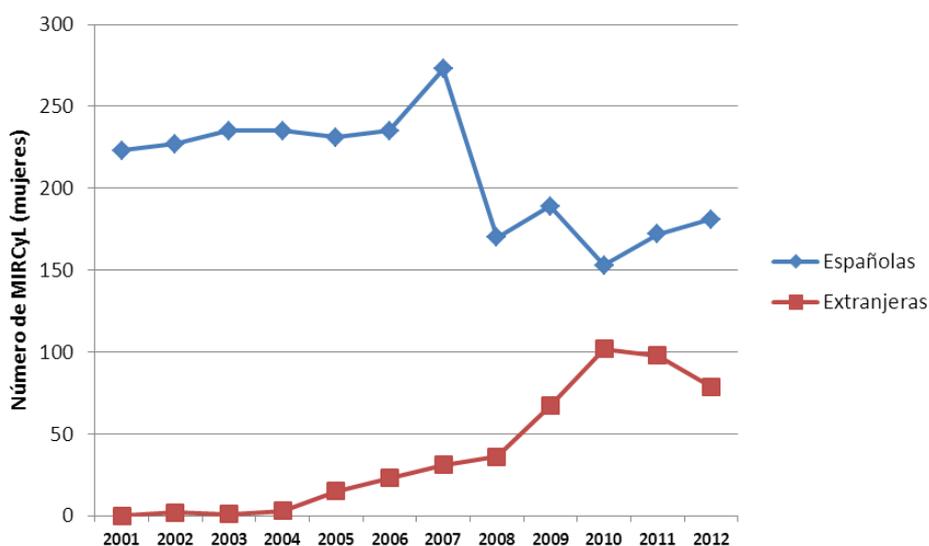


**Ilustración 76.- Evolución en la procedencia de los MIRCyL por género. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

La evolución entre los hombres, muestra como en el año 2010 y 2011, el número de extranjeros MIRCyL era mayor que los españoles. Para los MIRCyL mujeres el número de extranjeras ha ido aumentando sobre todo a partir de 2005, pero siempre se ha mantenido un porcentaje mayor de españolas que extranjeras.



**Ilustración 77.- Evolución en la procedencia de los MIRCyL hombres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



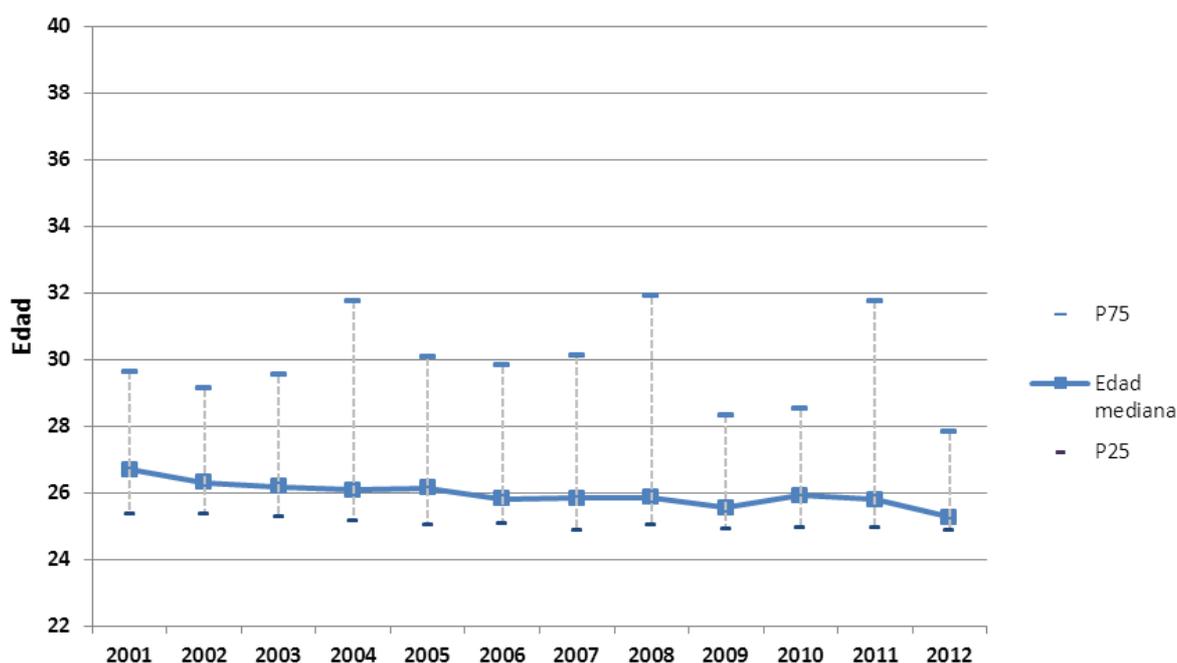
**Ilustración 78.- Evolución en la procedencia de los MIRCyL mujeres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Independientemente de la procedencia, los MIRCyL tenían fijado un domicilio en España. Más del 50% tenían su residencia en Castilla y León.

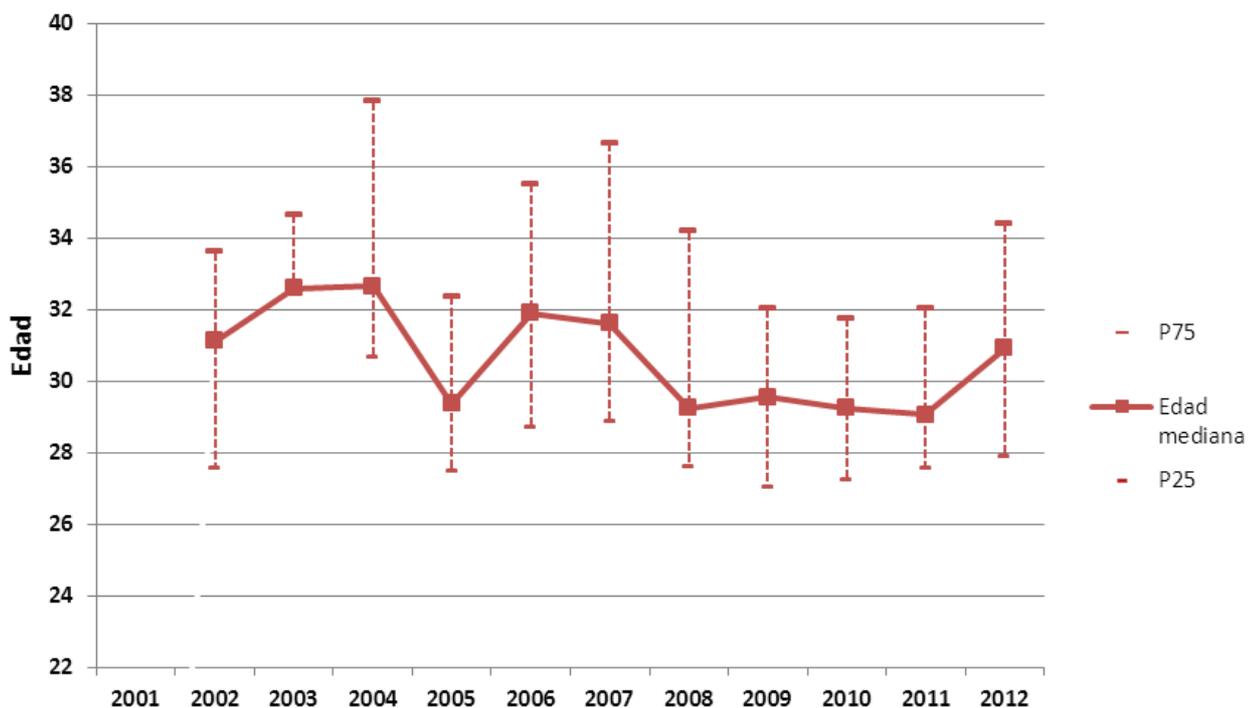
Si estudiamos la edad mediana de los MIRCyL según su nacionalidad a lo largo de los 12 años de estudio vemos que en los españoles es de 26,0 años (Rango intercuartílico =4,9) mientras que en los extranjeros es de 29,7 años (Rango intercuartílico =5,7).

	Recuento	Media	Desviación típica	Mediana	Rango intercuartílico	Mínimo	Máximo
Españoles	3.595	29,1	6,6	26,0	4,9	22,8	61,7
Extranjeros	842	31,2	5,2	29,7	5,7	23,4	58,7
Total <sup>1</sup>	4.437	29,5	6,4	26,7	6,0	22,8	61,7

**Tabla 20.- Descripción de la edad de los MIRCyL por sexo. Años 2001-2012.**  
Elaboración Propia.



**Ilustración 79 Evolución de la edad de los MIRCyL españoles, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 80.- Evolución de la edad de los MIRCyL extranjeros, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

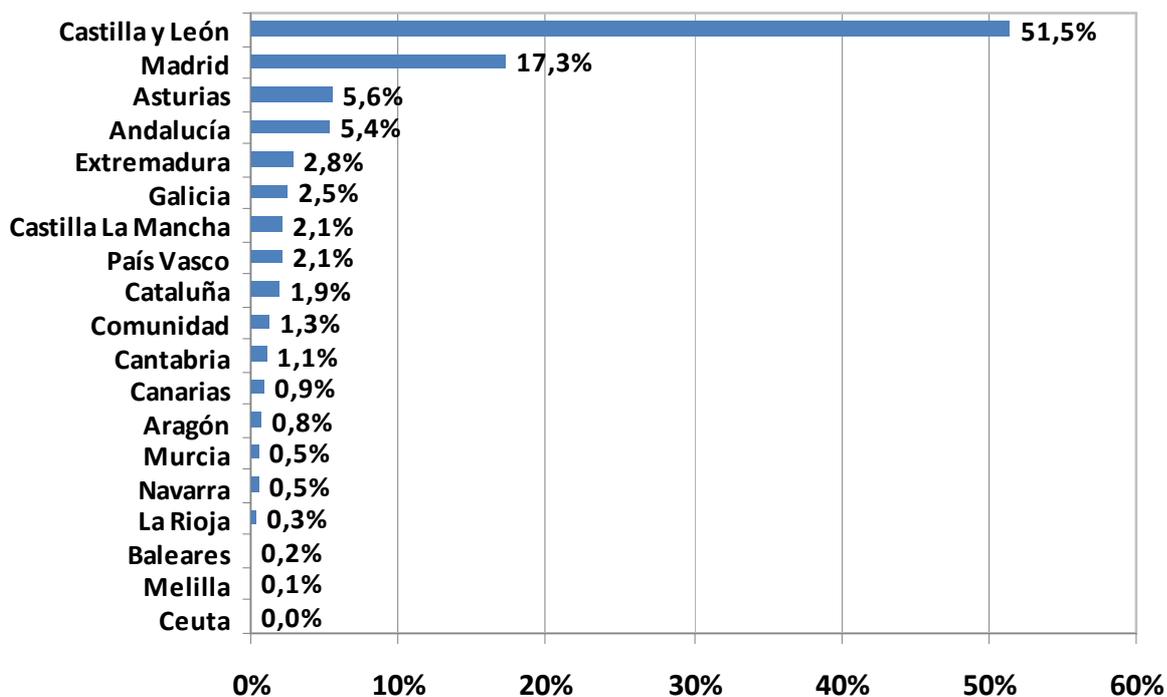
La evolución a lo largo de los años muestra la mediana de edad de los españoles MIRCyL, se mantiene alrededor de los 26 años, bajando ligeramente. La edad mediana de los extranjeros presenta más variaciones, durante los años 2003 y 2004, la edad mediana fue de más de 32 años, mientras que entre 2008 y 2011 fue de alrededor de 29 años.

Independiente de la procedencia, extranjera o española, los MIRCyL indicaron un domicilio en España. Más del 50% tenían fijada su residencia en Castilla y León. Observamos que la Comunidad de Madrid (17,3%) es la siguiente por porcentaje de distribución.

## 6 Resultados

	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	242	5,40%
Aragón	36	0,80%
Asturias	249	5,60%
Baleares	11	0,20%
Canarias	39	0,90%
Cantabria	49	1,10%
Castilla La Mancha	94	2,10%
<b>Castilla y León</b>	<b>2.302</b>	<b>51,50%</b>
Cataluña	83	1,90%
Ceuta	2	0,00%
Comunidad Valenciana	60	1,30%
Extremadura	126	2,80%
Galicia	113	2,50%
La Rioja	15	0,30%
Madrid	775	17,30%
Melilla	6	0,10%
Murcia	21	0,50%
Navarra	23	0,50%
País Vasco	92	2,10%
NC	132	3,0%
<b>Total</b>	<b>4.470</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 21.- Distribución porcentual de los MIRCyL por lugar de residencia en España. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 81.- MIRCyL según el lugar de residencia antes de comenzar su formación. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

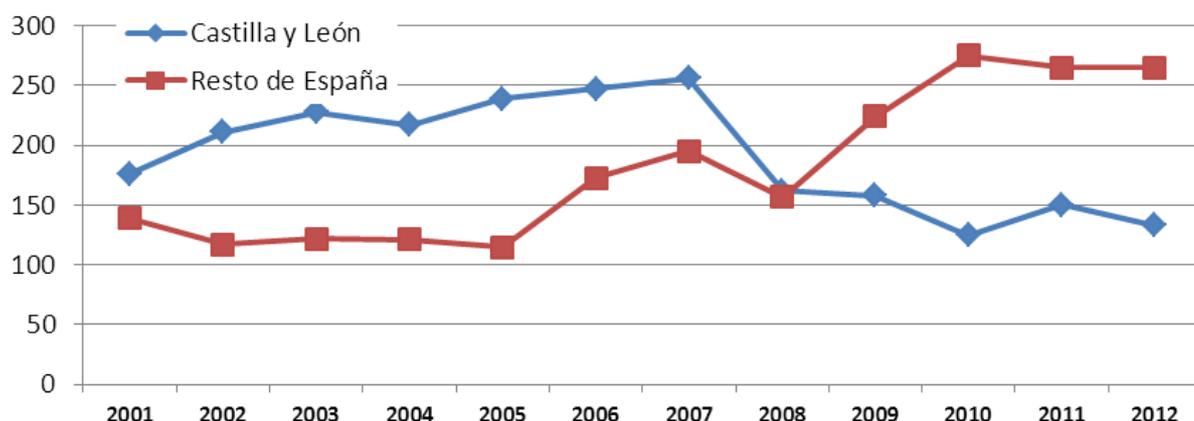
Casi un 55% de las mujeres tenían fijada su residencia en Castilla y León antes de comenzar su Formación Sanitaria Especializada. En los hombres, más de la mitad (casi un 55%) no tenían fijada la residencia en Castilla y León al comenzar su Formación Sanitaria Especializada.

La Comunidad de Madrid era el domicilio fijado para el 19,3% de los hombres frente a un 16,4% de las mujeres.

	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	100	6,70%	142	4,80%
Aragón	13	0,90%	23	0,80%
Asturias	106	7,10%	143	4,80%
Baleares	6	0,40%	5	0,20%
Canarias	11	0,70%	28	0,90%
Cantabria	17	1,10%	32	1,10%
Castilla La Mancha	37	2,50%	57	1,90%
<b>Castilla y León</b>	<b>675</b>	<b>45,30%</b>	<b>1.627</b>	<b>54,60%</b>
Cataluña	29	1,90%	54	1,80%
Ceuta	1	0,10%	1	0,00%
Comunidad Valenciana	21	1,40%	39	1,30%
Extremadura	46	3,10%	80	2,70%
Galicia	36	2,40%	77	2,60%
La Rioja	2	0,10%	13	0,40%
Madrid	287	19,30%	488	16,40%
Melilla	2	0,10%	4	0,10%
Murcia	13	0,90%	8	0,30%
Navarra	3	0,20%	20	0,70%
País Vasco	24	1,60%	68	2,30%
NC	60	4,00%	72	2,40%
<b>Total</b>	<b>1.489</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.981</b>	<b>100,00%</b>

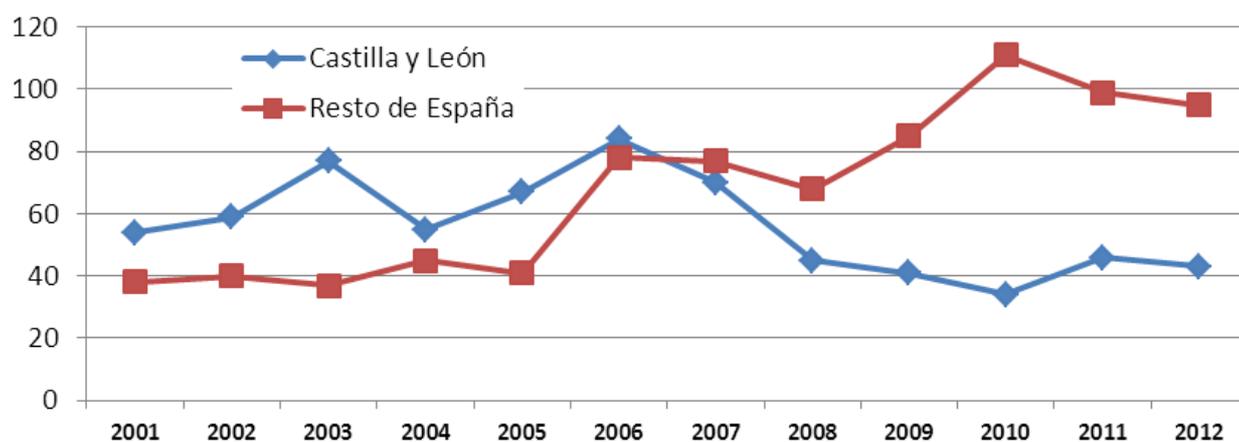
**Tabla 22.- Distribución de los MIRCyL por lugar de residencia en España y sexo. Años 2001-2002. Elaboración Propia.**

A lo largo de los años, se ha incrementado notablemente el número de residentes de fuera de Castilla y León que escogen una Unidad Docente de nuestra Comunidad para realizar su Formación Sanitaria Especializada.

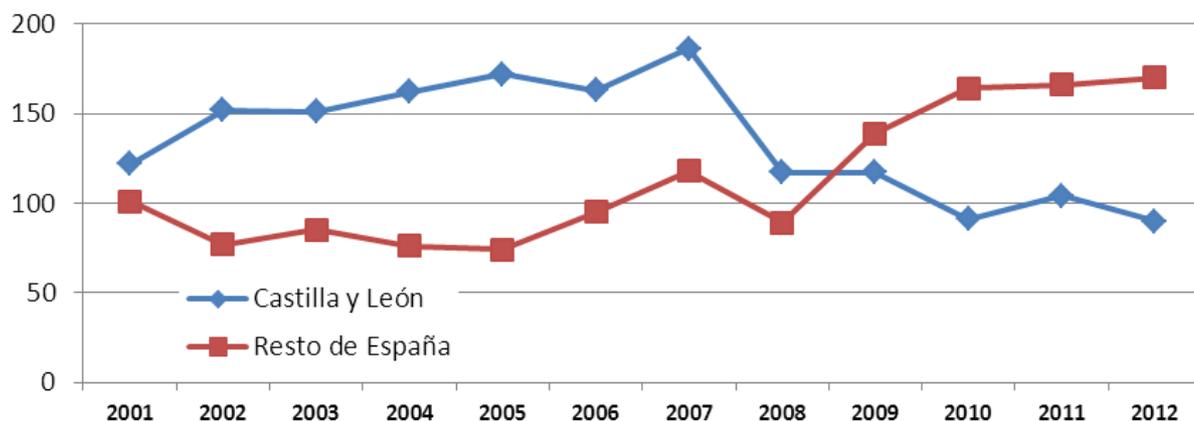


**Ilustración 82.- Evolución en la Comunidad de residencia de los MIRCyL, año a años. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Entre los hombres, destaca cómo en el año 2010, el número de MIRCyL fuera de la comunidad supera a los que residen en Castilla y León. Por el contrario el año 2007, entre las mujeres, supera ampliamente las residentes en la comunidad que las que viven fuera. (Ilustración 83 e Ilustración 84).



**Ilustración 83.- Evolución en la Comunidad de residencia de los MIRCyL hombres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 84.- Evolución en la Comunidad de residencia de los MIRCyL mujeres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

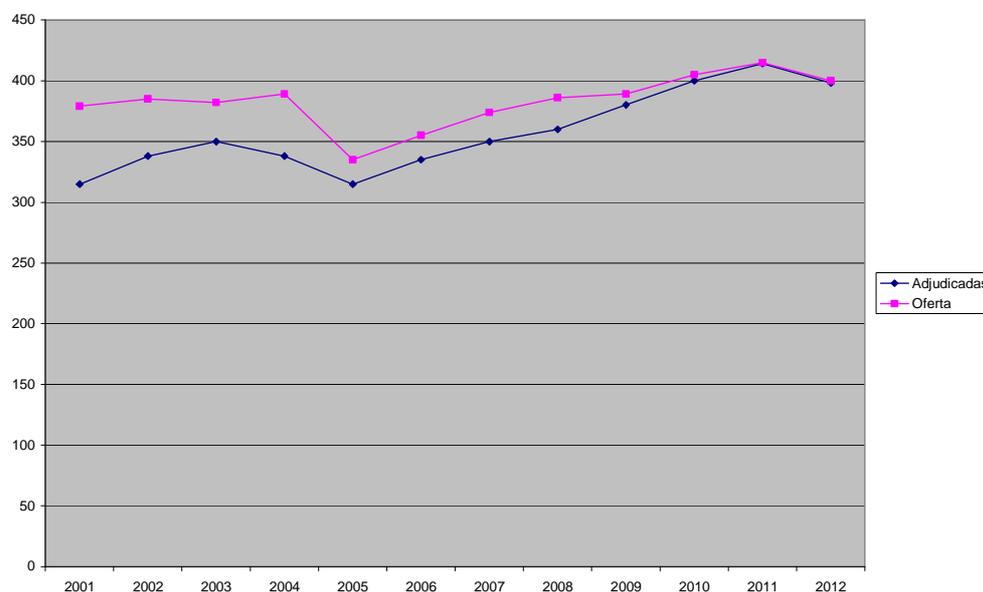
## 6.1.2 MIRCyL registrados durante los años 2001 a 2012

Las plazas ofertas para el periodo de estudio son:

Año de inicio	Total plazas	Nº Plazas Licenciados en Medicina	
		ESPAÑA	Castilla y Leon
2001	5.006	2.750	220
2001 (exclusiva para MFyC)	1.831	1.831	159
2002	5.107	4.665	385
2003	5.267	4.825	382
2004	5.497	5.042	389
2005	5.592	5.097	335
2006	5.948	5.442	355
2007	6.158	5.643	374
2008	6.638	6.100	386
2009	7.086	6.512	389
2010	7.269	6.682	405
2011	7.196	6.682	415
2012	7.052	6.471	400
Total 2001-2012	75.647	67.742	4.594

**Tabla 23.- Distribución anual del número de plazas para Formación Sanitaria Especializadas. Total de plazas, plazas en especialidades reservadas a Licenciados en Medicina, año a año. Castilla y León y España. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

El número de MIRCyL en relación con las plazas ofertadas para las 39 especialidades a estudiar es la siguiente:



**Ilustración 85.- Evolución del número de MIRCyL y de la oferta, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Por especialidad, la distribución de las plazas fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje
Ávila	155	3,5
Burgos	537	12
León	576	12,9
El Bierzo	124	2,8
Palencia	191	4,3
Salamanca	922	20,6
Segovia	280	6,3
Soria	118	2,6
Valladolid Este	846	18,9
Valladolid Oeste	556	12,4
Zamora	165	3,7
<b>Total</b>	<b>4.470</b>	<b>100</b>

**Tabla 24.- Distribución de los MIRCyL, por Área de Salud de destino. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Por especialidad, la distribución de las plazas fue la siguiente:

## 6 Resultados

	Frecuencia	Porcentaje
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	1.841	41,2
MEDICINA INTERNA	259	5,8
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	258	5,8
PSIQUIATRÍA	172	3,8
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	154	3,4
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	147	3,3
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	139	3,1
RADIODIAGNÓSTICO	135	3
MEDICINA INTENSIVA	120	2,7
OFTALMOLOGÍA	114	2,6
CARDIOLOGÍA	93	2,1
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	76	1,7
NEUMOLOGÍA	73	1,6
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	72	1,6
NEFROLOGÍA	67	1,5
APARATO DIGESTIVO	66	1,5
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA.	63	1,4
NEUROLOGÍA	60	1,3
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	59	1,3
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	55	1,2
ONCOLOGÍA MÉDICA	50	1,1
UROLOGÍA	49	1,1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	47	1,1
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	38	0,9
ALERGOLOGÍA	34	0,8
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	32	0,7
ANATOMÍA PATOLÓGICA	26	0,6
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	25	0,6
NEUROCIRUGÍA	22	0,5
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	20	0,4
MEDICINA NUCLEAR	17	0,4
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	16	0,4
MEDICINA DEL TRABAJO	15	0,3
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	13	0,3
CIRUGÍA TORÁCICA	13	0,3
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	12	0,3
GERIATRÍA	12	0,3
REUMATOLOGÍA	5	0,1
Total	4.470	100

**Tabla 25.- Distribución de los MIRCyL, por especialidad (ordenado de mayor a menor número de plazas). Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Las plazas adjudicadas por Centro Sanitario o Unidad Docente a la que están adscritas:

## 6 Resultados

	Recuento
CAU DE SALAMANCA	649
H CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	469
CAU DE LEÓN	345
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA	306
CAU DE BURGOS	290
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA LEÓN ZONA I LEÓN	221
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA VALLADOLID ESTE VALLADOLID	211
UDM ATENCIÓN FYC DE VALLADOLID OESTE	211
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA	173
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BURGOS	143
CA DE SEGOVIA	141
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA PALENCIA	139
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA ÁVILA	129
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SEGOVIA	124
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA ZAMORA	111
UDM ATENCIÓN FYC DE LEÓN ZONA II-PONFERRADA	99
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SORIA	84
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA VALLADOLID ESTE-MEDINA DEL CAMPO	81
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BURGOS- MIRANDA DE EBRO	55
UDPYPC H. CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	52
CA DE ZAMORA	50
CA DE PALENCIA	48
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. SALAMANCA	47
UDPYPC CAU DE SALAMANCA	42
CA DE SORIA	33
UDPYPC CA DE BURGOS	33
H. DEL BIERZO	25
UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA VALLADOLID ESTE	24
UDPYPC H. U. RÍO HORTEGA VALLADOLID	21
CA DE ÁVILA	14
UDPYPC CA DE SEGOVIA	13
UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA VALLADOLID OESTE	12
UDPYPC H. NTRA. SRA. DE SONSOLES	12
UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA BURGOS-ARANDA	11
UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA SALAMANCA	11
UDM PEDIATRÍA DEL HCU DE VALLADOLID	9
UDM PEDIATRÍA DEL C.A.U. DE LEÓN	7
UDM PEDIATRÍA DEL H.U. RÍO HORTEGA	6
UDMPYSP DE CASTILLA Y LEÓN. ÁREA BURGOS	5
UDPYPC DEL CA DE ZAMORA	4
UDM DE SALUD LABORAL DE CASTILLA Y LEÓN	3
UDM DE SALUD MENTAL DEL CA DE PALENCIA	2
UDM PEDIATRÍA DEL C.A. DE SEGOVIA	2

**Tabla 26.- Distribución de los MIRCyL, por Unidad Docente (ordenado de mayor a menor número de plazas). Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

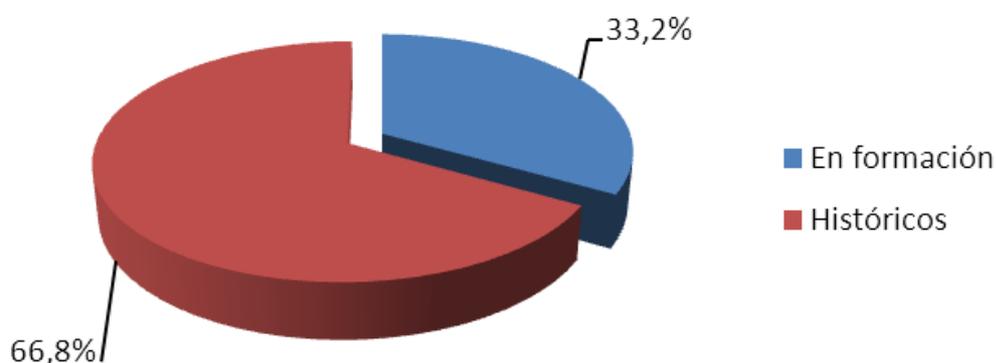
### 6.1.3 Descripción de la situación actual de los MIRCyL, y evaluación anual. Años 2001-2012

En 2012, nuestro año final de estudio, existían 1.479 médicos que continuaban en formación, aunque 2 con suspensión de contrato. Durante estos 12 años, han finalizado su formación (históricos) 2.985 y 95 de los cuales no se llegaron a *incorporar*.

De los 2.985 médicos que han pasado a la situación de históricos en Castilla y León, el 87,81% ha *finalizado* su formación, un 8,74% *renunció* a su especialidad, el 3,14% *no llegó a incorporarse* y el resto sufrieron una *suspensión de contrato* (0,23%) o *despido* (0,23%).

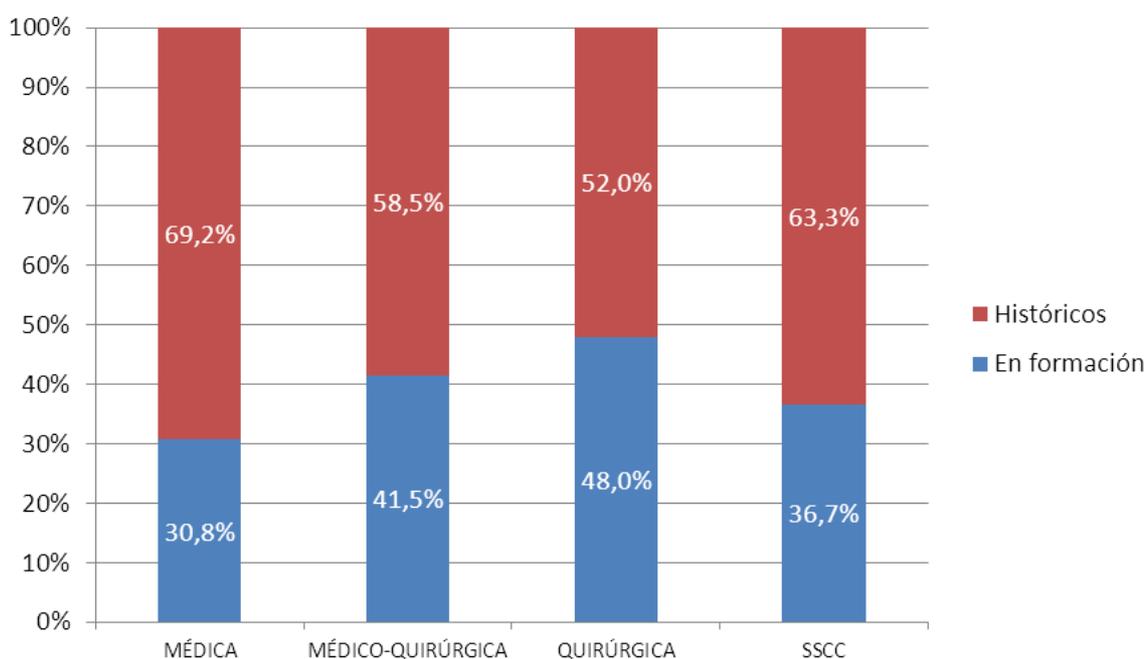
		Actualmente en Formación	Histórico	Total*
Último estado	Despido	0	7	7
	En formación	1.479	0	1.479
	Formación completada	0	2.621	2.621
	No incorporado	0	95	95
	Renuncia	0	261	261
	Suspensión contrato	0	7	7
	<b>Total</b>	<b>1.479</b>	<b>2.985</b>	<b>4.470</b>

**Tabla 27.- Situación actual y último estado de los MIRCyL. Años 2001-2012.**  
Elaboración Propia.



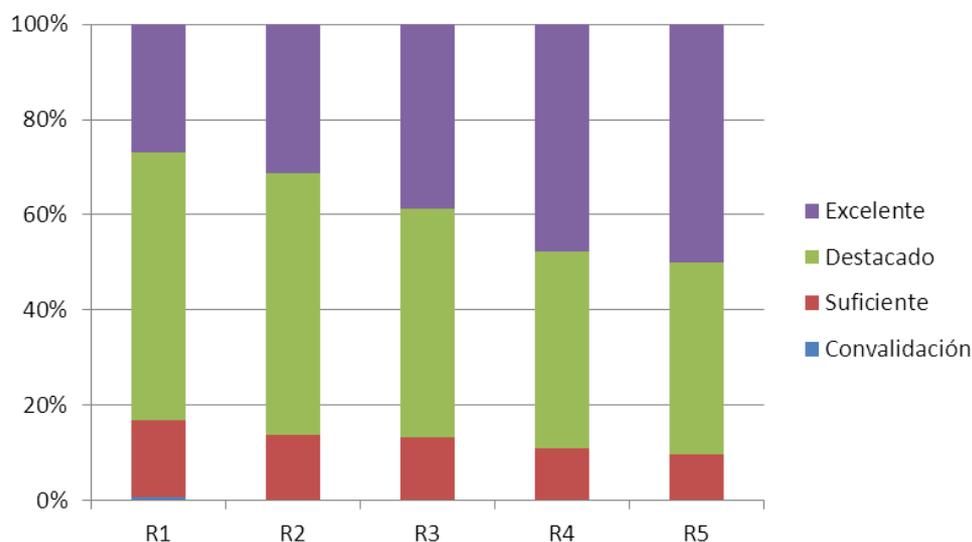
**Ilustración 86.- Situación actual de los MIRCyL, de los últimos 12 años de Castilla y León. Elaboración Propia.**

Por bloque de especialidad, la situación de los MIRCyL es la siguiente:



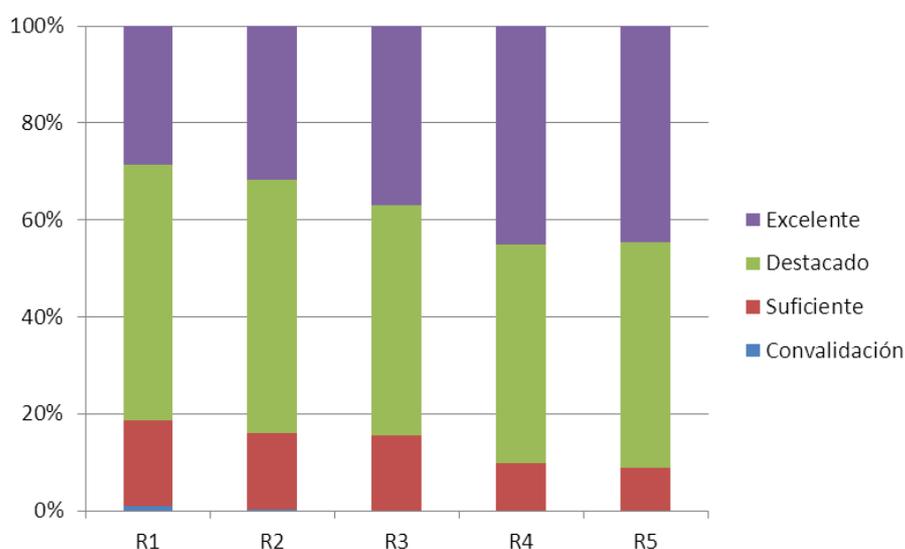
**Tabla 28.- Situación actual de los MIRCyL de los últimos 12 años por bloque de especialidad. Elaboración Propia.**

Los 2.621 médicos que complementaron su formación, superaron una evaluación anual, con los siguientes resultados:

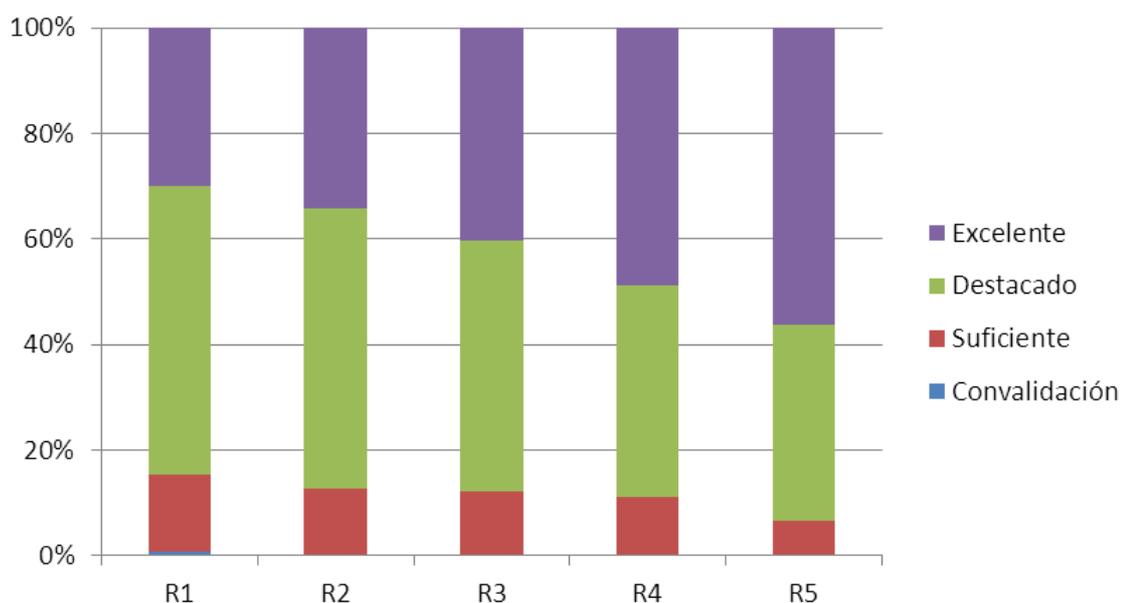


**Ilustración 87.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Por sexo, no se observan diferencias, según se avanza en la formación se incrementan el número de Excelentes y disminuyen los Destacados y Suficientes.

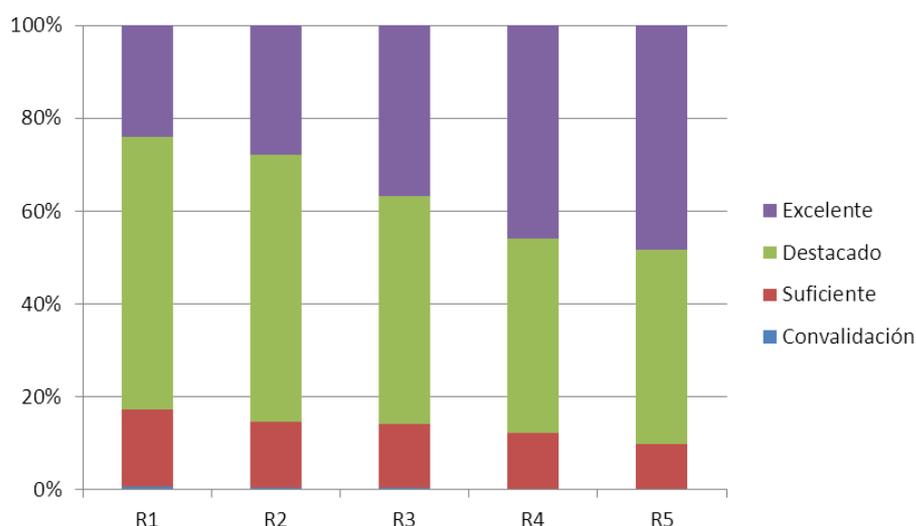


**Ilustración 88.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL hombres. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

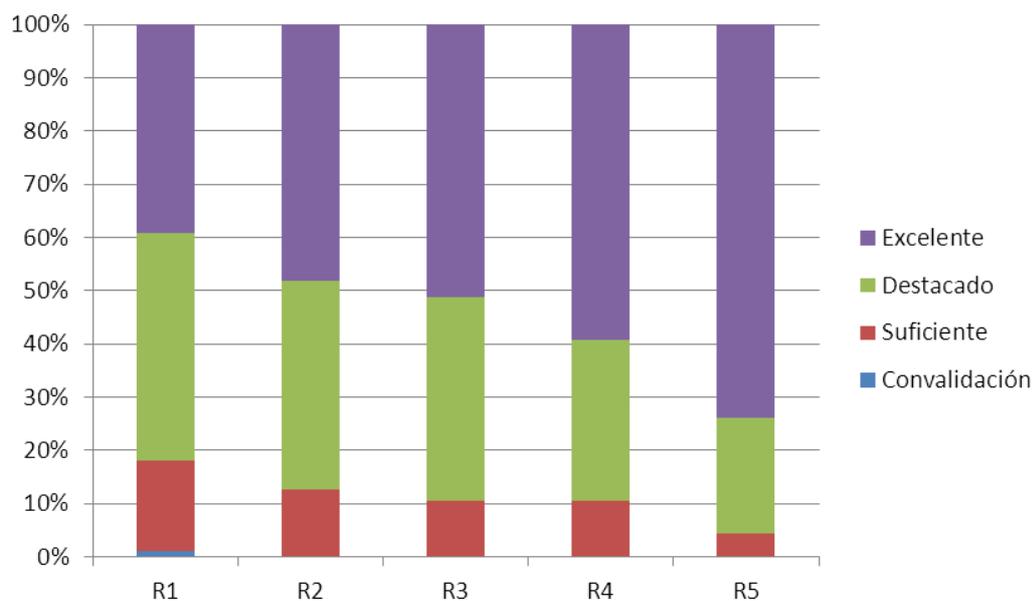


**Ilustración 89.- Evaluación por año de residencia de las MIRCyL mujeres. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

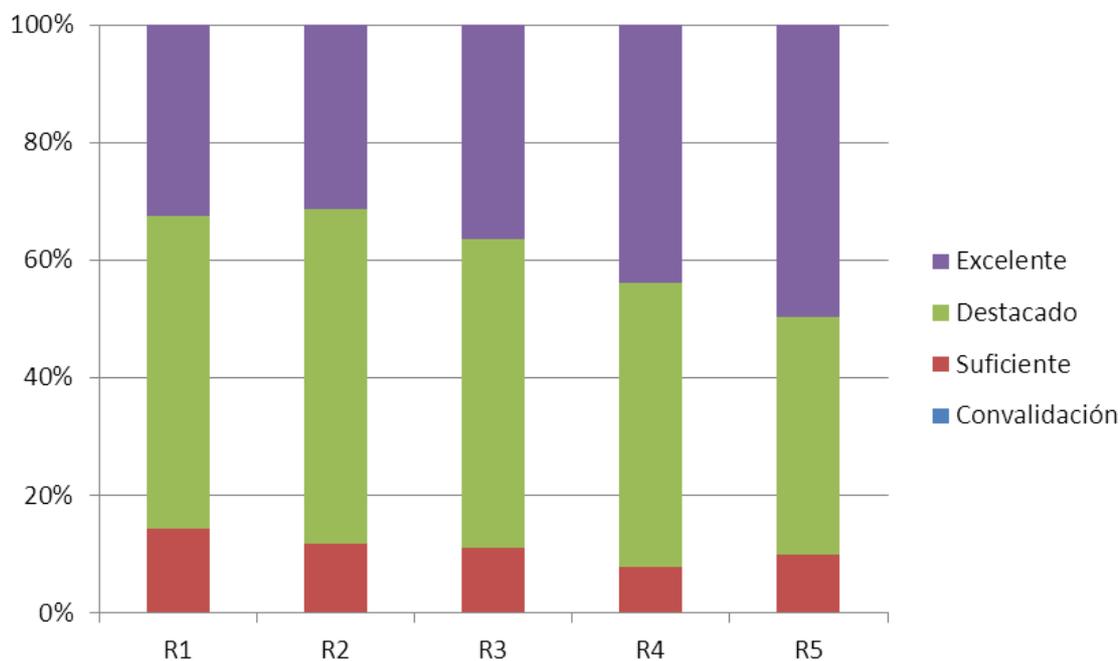
Comprobamos la evaluación de los MIRCyL por bloques de especialidad. Vemos como en el bloque quirúrgico y de servicios centrales, hay diferencias con el patrón general, no incrementándose tan notablemente el número de Excelentes.



**Ilustración 90 .- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque Médico. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

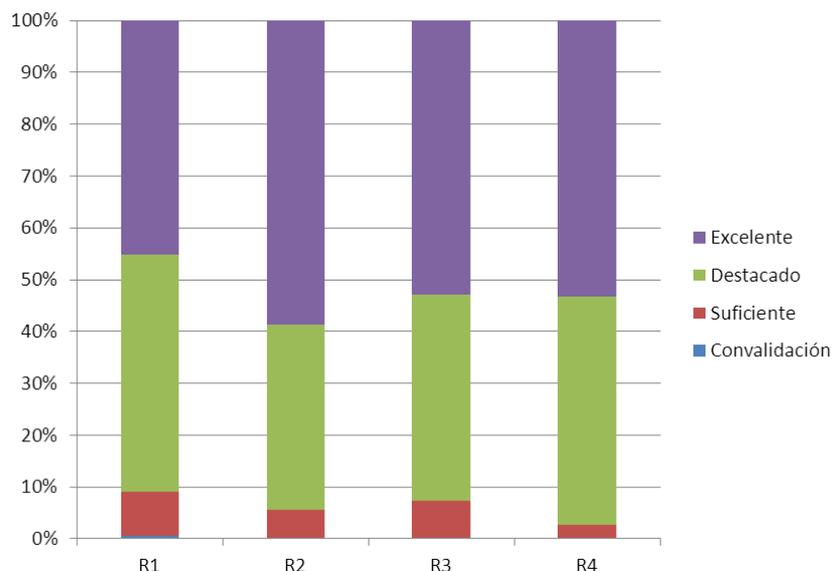


**Ilustración 91.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque Médico-quirúrgico. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



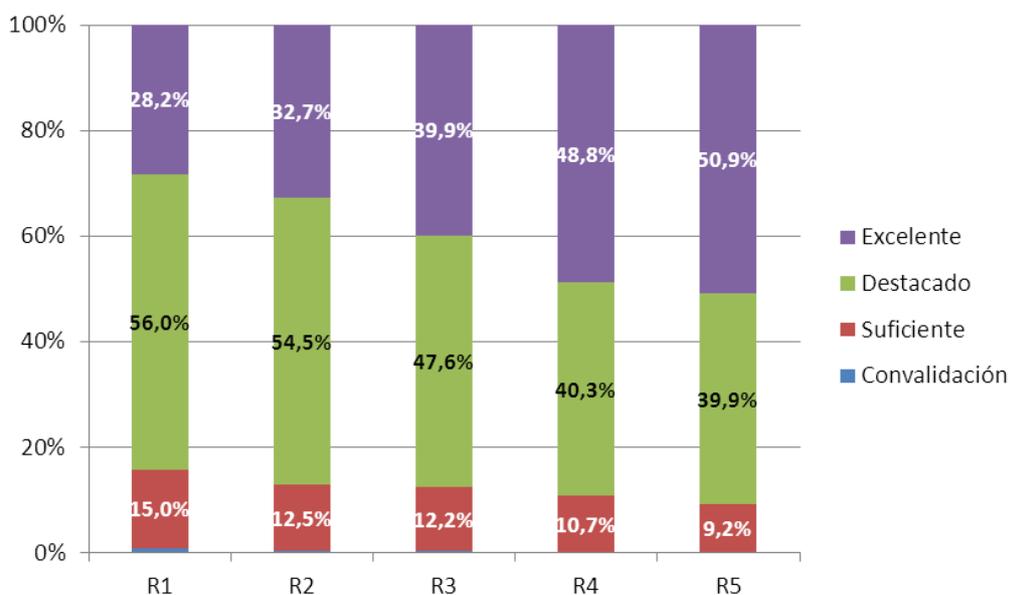
**Ilustración 92.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque Quirúrgico. Años 2001-2012. . Elaboración Propia.**

## 6 Resultados

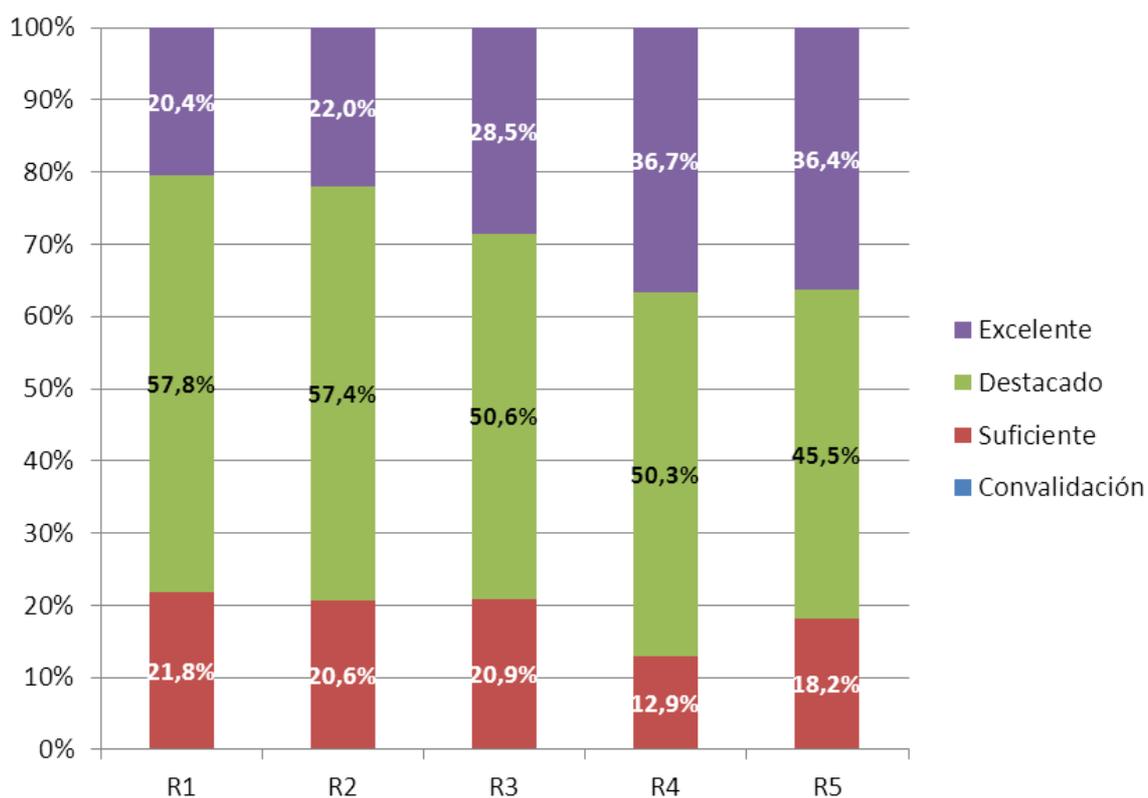


**Ilustración 93.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque de Servicios Centrales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Si comparamos las evaluaciones de los MIRCyL, según su nacionalidad, vemos que los de nacionalidad española en R4 un 48,8% son Excelentes, mientras que en nacionalidad extranjera es de 36,7%. Análogo para R5 (50,9% para nacionales y 36,4% para extranjeros).



**Ilustración 94 .- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL de nacionalidad española. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 95.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL extranjeros.  
Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

### **6.1.4 Descripción y evolución en las preferencias de los MIRCyL al elegir especialidades de Formación Sanitaria Especializada. Años 2001 a 2012 \***

Cada año, se establece el orden de las especialidades que primero agotaron sus plazas, se dice que las que primero agotan las plazas, son las más "cotizadas", estableciéndose así un **orden de cotización de especialidades**.

---

\* Se han eliminado los presentados a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en segunda convocatoria del año 2001.

Para homogeneizar el número de orden elegido y eliminar la variación debida al distinto número de plazas ofertadas en cada uno de los últimos 12 años (ya que si hay más plazas se elegirá una especialidad con números más altos) y al factor localidad (es decir, el orden que se establece a nivel nacional, si hay una Unidad Docente de "moda" fuera de Castilla y León, puede que los que se formen en nuestra Comunidad tengan valores de orden más altos, sin que la preferencia por la especialidad haya cambiado), nos lleva a acortar el número de orden estudiado, entre los valores 0 y 1.

Para ello se crea una nueva variable, un orden estandarizado a partir del número de orden en el que se ha elegido la plaza, de forma que:

$$\text{Orden estandarizado} = \frac{\text{Número de orden} - \text{Mín (N}^\circ \text{ orden del año } i)}{\text{Máx (N}^\circ \text{ orden año } i) - \text{Mín (N}^\circ \text{ orden año } i)}$$

Donde:

*Número de orden*: es el número de orden a nivel nacional en el que se ha elegido.

*Mín (N<sup>o</sup> orden del año i)*: es el menor número de orden a nivel nacional en el que se ha elegido la especialidad en el año i.

*Máx (N<sup>o</sup> orden año i)*: es el mayor número de orden a nivel nacional en el que se ha elegido la especialidad en el año i.

De esta forma, en cada año de estudio, la variable orden estandarizado, está comprendida entre 0 y 1.

El número menor de orden es 0 y el número mayor 1. Así:

- Las especialidades más cotizadas, estarán en valores cercanos a 0.
- Las especialidades menos cotizadas, estarán en valores cercanos a 1.

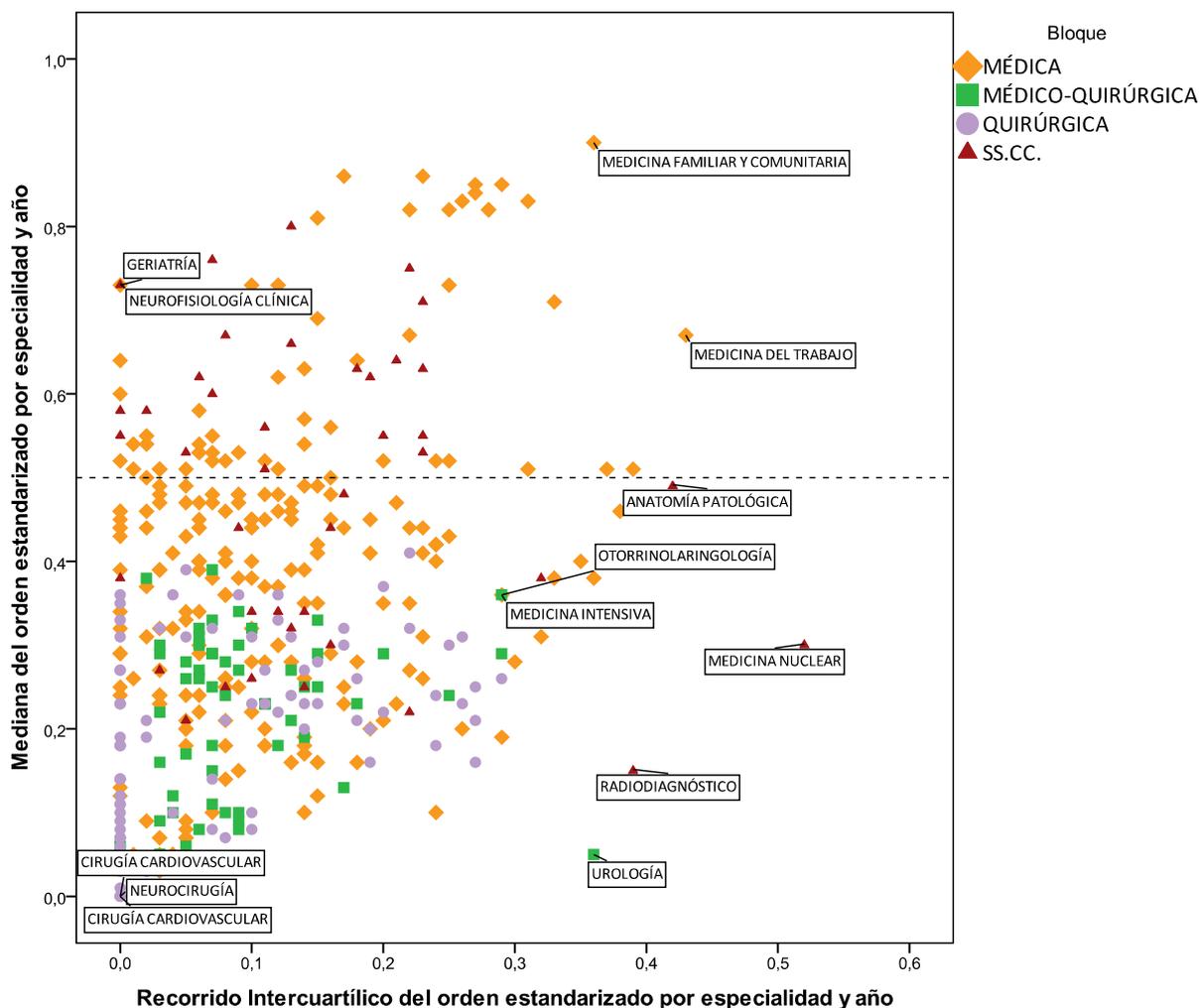
Para realizar el análisis de la posición relativa de las 39 especialidades se elabora un gráfico de dispersión con las medianas por especialidad y año de convocatoria del orden estandarizado de los electores.

En el eje de ordenadas, se sitúa la mediana del orden estandarizado de cada especialidad en cada año de estudio. Y en el eje de abscisas está el rango intercuartílico de esta misma variable como medida de dispersión.

Si la mediana es menor, es que la especialidad se ha elegido con números bajos (mejor plaza) y a igualdad de mediana, cuanto más hacia la derecha mayor es la heterogeneidad en el orden de los adjudicatarios.

Los cuatro cuadrantes del gráfico, podrían interpretarse de la manera que se especifica en el siguiente esquema:

Plazas poco cotizadas con poca dispersión	Plazas poco cotizadas con mucha dispersión
Plazas muy cotizadas con poca dispersión	Plazas muy cotizadas con mucha dispersión



**Ilustración 96.-** Dispersión en la mediana y rango intercuartílico del orden estandarizado de elección de los MIRCyL, por bloque de especialidad. Años 2001-2012. Elaboración Propia.

El gráfico muestra que los bloques más cotizados son el de **Médico-quirúrgicas** y **Quirúrgicas** mientras que los bloques de Médicas y Servicios centrales ocupan los lugares más altos del gráfico ya que corresponden a especialidades elegidas con números más altos (eligen más tarde) a lo largo de los últimos 12 años.

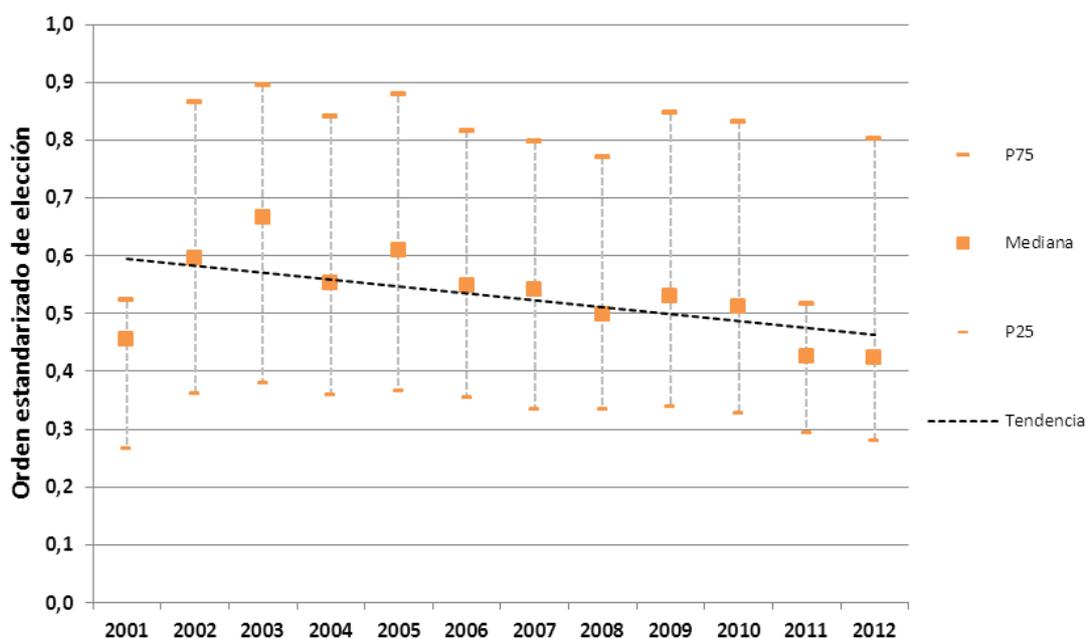
A la derecha, las especialidades elegidas con números de orden heterogéneos, muy variables. En el caso de especialidades como a *Urología*, *Medicina Nuclear*, han sido elegidas por candidatos que tienen

muy buena puntuación junto a otros candidatos con inferior puntuación (alta variabilidad).

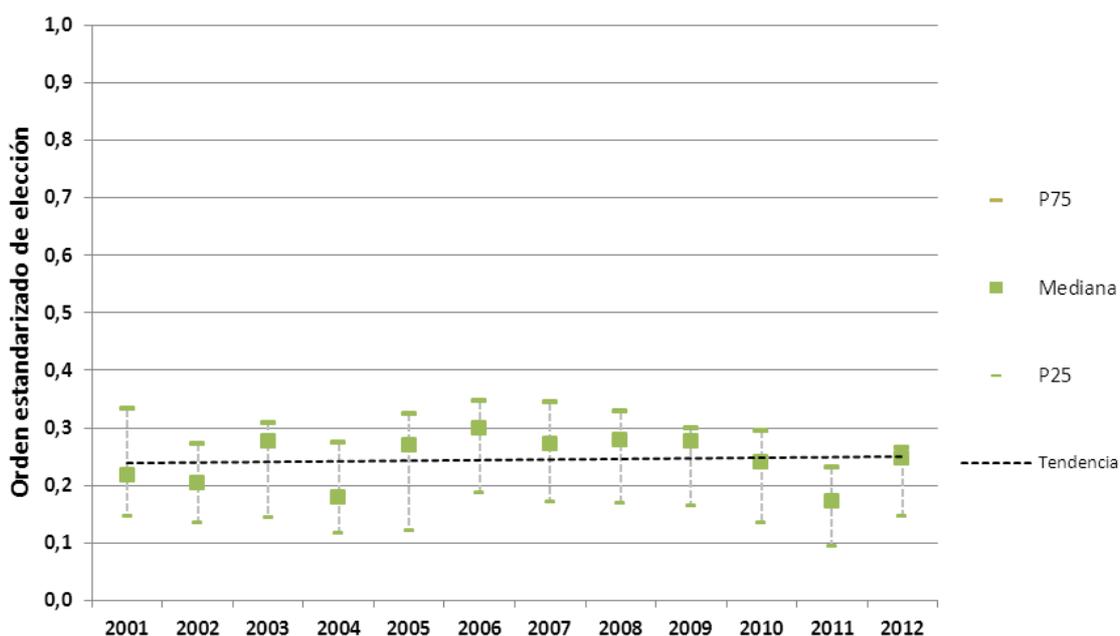
A continuación se estudia si se han producido cambios en la cotización de las plazas elegidas por bloque de especialidad a lo largo de los años de estudio, si la preferencia por una especialidad es menor, el número de orden estandarizado de elección aumentará.

En el bloque de Médicas y Servicios Centrales las plazas parecen perder cotización en los últimos años, mientras que Médico-quirúrgicas y Quirúrgicas se mantienen como bloques de especialidades mejor cotizadas.

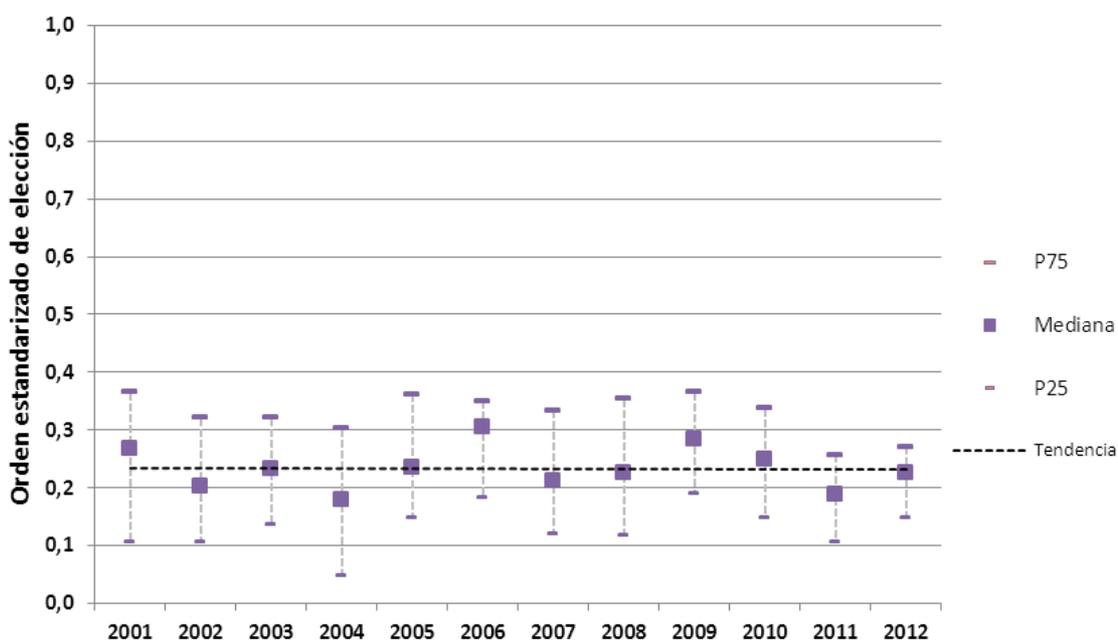
Opción de las 3 o 4 que suelen quedar en los primeros puestos al menos en los últimos años, sería interesante hacer evolución temporal de las distintas posiciones que han ido teniendo todos los años.



**Ilustración 97.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Médicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

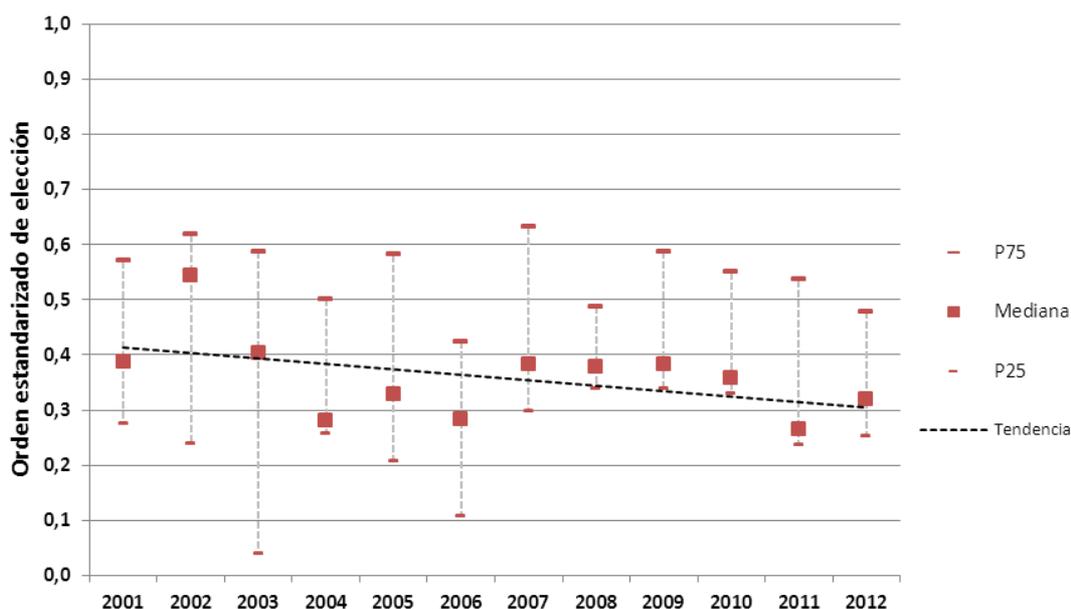


**Ilustración 98.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Médico-quirúrgicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 99.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Quirúrgicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

## 6 Resultados



**Ilustración 100.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Servicios Centrales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Por especialidad, vemos las 10 más elegidas de los últimos 12 años. En el Anexo I se puede ver el orden completo de plazas elegidas.

Número de orden	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	Neurocirugía	Cardiología	Angiología y cirugía vascular	Neurocirugía	Cardiología	Endocrinología y nutrición
2	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía plástica estética y reparadora	Oncología médica	Cirugía plástica estética y reparadora
3	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía oral y maxilofacial	Cardiología	Cardiología	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Cardiología
4	Cardiología	Oftalmología	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Urología	Cirugía plástica estética y reparadora	Dermatología médico-quirúrgica y v.
5	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Neurología	Cirugía torácica	Oftalmología	Neurocirugía	Cirugía cardiovascular
6	Cirugía oral y maxilofacial	Angiología y cirugía vascular	Oncología médica	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Cirugía oral y maxilofacial	Pediatría y áreas específicas
7	Oncología médica	Oncología médica	Aparato digestivo	Angiología y cirugía vascular	Pediatría y áreas específicas	Cirugía oral y maxilofacial
8	Oftalmología	Cirugía plástica estética y reparadora	Pediatría y áreas específicas	Neurología	Endocrinología y nutrición	Neurocirugía
9	Urología	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Neurología	Otorrinolaringología	Cirugía torácica	Oftalmología
10	Neurología	Endocrinología y nutrición	Otorrinolaringología	Endocrinología y nutrición	Geriatría	Cirugía torácica

**Ilustración 101.- Las 10 mejores en la elección de especialidades de los MIRCyL. Años 2001-2006. Elaboración Propia.**

## 6 Resultados

Número de orden	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	Cirugía plástica estética y reparadora	Cardiología	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía cardiovascular	Cirugía plástica estética y reparadora	Cardiología
2	Cardiología	Cirugía plástica estética y reparadora	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Cirugía Gral. y del A. Digestivo	Pediatría y áreas específicas	Hematología y hemo terapia
3	Cirugía cardiovascular	Cirugía oral y maxilofacial	Cardiología	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Cirugía ortopédica y traumatología	Radiodiagnóstico
4	Cirugía oral y maxilofacial	Neurocirugía	Cirugía oral y maxilofacial	Cirugía ortopédica y traumatología	Cardiología	Cardiología
5	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Cirugía cardiovascular	Oftalmología	Cirugía ortopédica y traumatología	Cirugía ortopédica y traumatología
6	Endocrinología y nutrición	Neurología	Otorrinolaringología	Hematología y hemo terapia	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía plástica estética y reparadora
7	Pediatría y áreas específicas	Endocrinología y nutrición	Pediatría y áreas específicas	Aparato Digestivo	Hematología y hemo terapia	Neurología
8	Oftalmología	Cirugía cardiovascular	Neurocirugía	Cardiología	Radiodiagnóstico	Cardiología
9	Cirugía Gral. y del A. Digestivo	Otorrinolaringología	Cirugía torácica	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía Torácica	Hematología y Hemo terapia
10	Cirugía ortopédica y traumatología	Cirugía torácica	Endocrinología y nutrición	Dermatología médico-quirúrgica y v.	Urología	Dermatología médico-quirúrgica y v.

**Ilustración 102.- Las 10 mejores en la elección de especialidades de los MIRCyL. Años 2006-2012. Elaboración Propia.**

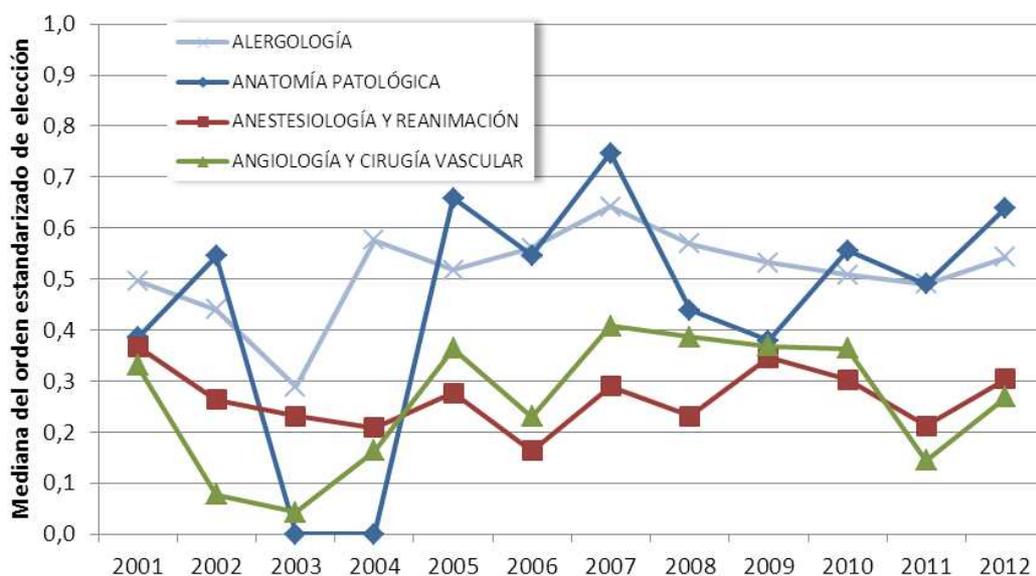
Hay especialidades que siempre aparecen en las 10 mejores, como Cardiología, o Dermatología, son especialidades muy cotizadas.

	Neurología	Cardiología	Dermatología médico-quirúrgica y Venerología	Pediatría y áreas específicas	Cirugía Plástica y Reparadora
2001	10	4	5	15	3
2002	5	1	9	12	8
2003	9	3	4	8	1
2004	8	3	6	11	2
2005	16	1	3	7	4
2006	19	3	4	6	2
2007	11	2	5	7	1
2008	6	1	5	11	2
2009	11	3	2	7	1
2010	16	8	3	12	9
2011	48	4	11	10	1
2012	22	1	10	28	6

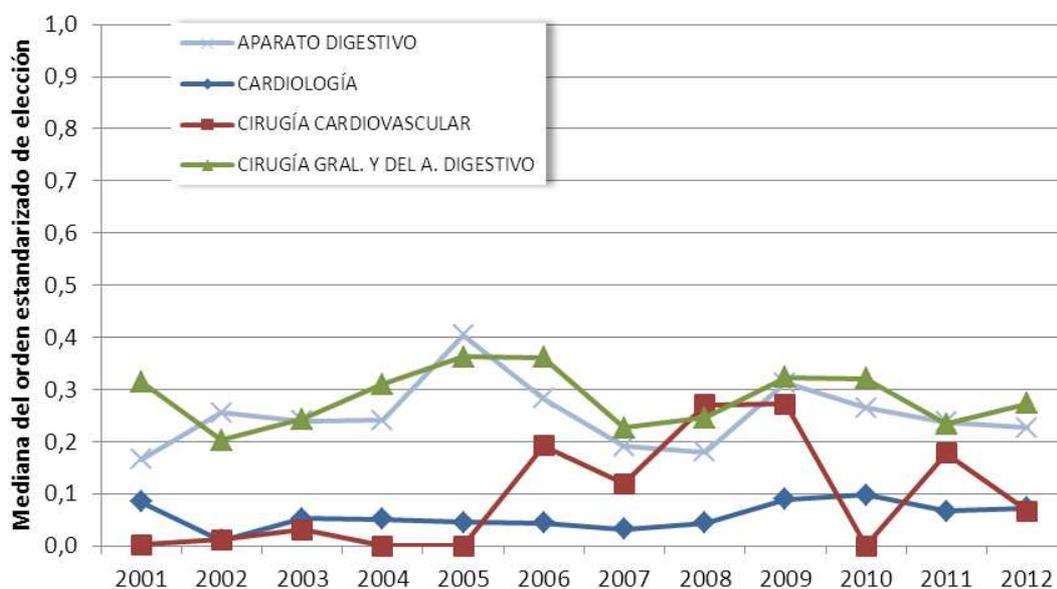
■ Entre las 5 primeras especialidades elegidas

**Ilustración 103 .- Evolución del puesto de elección en algunas especialidades. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

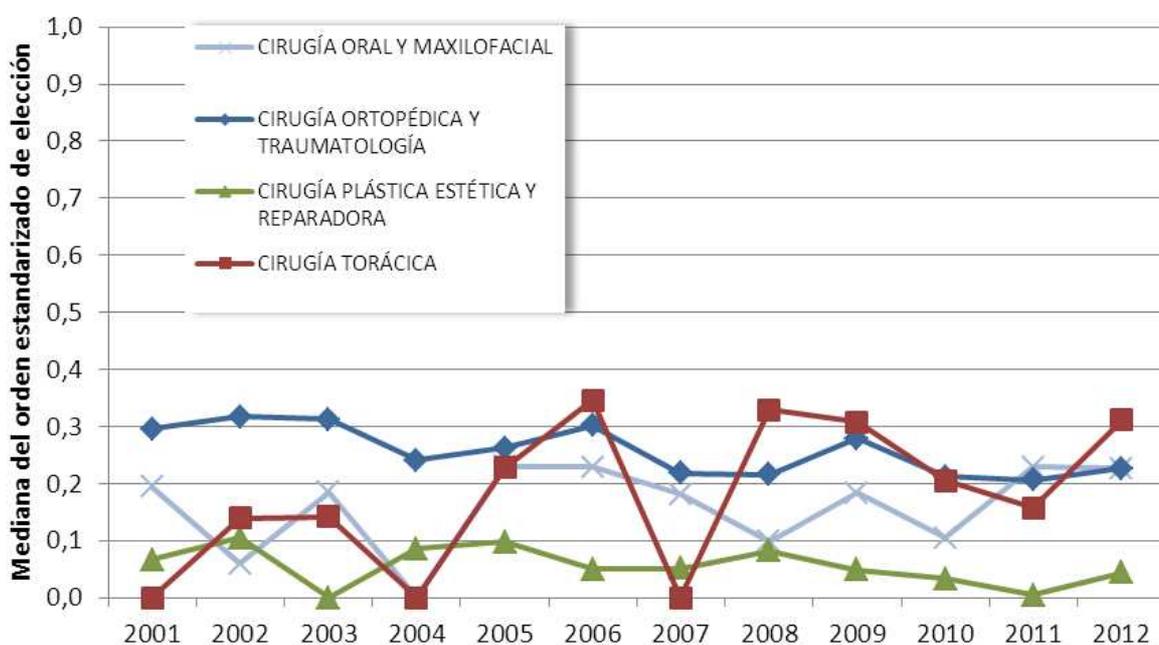
A continuación vemos la evolución en los últimos 12 años de la mediana del número de orden estandarizado de elección de cada especialidad.



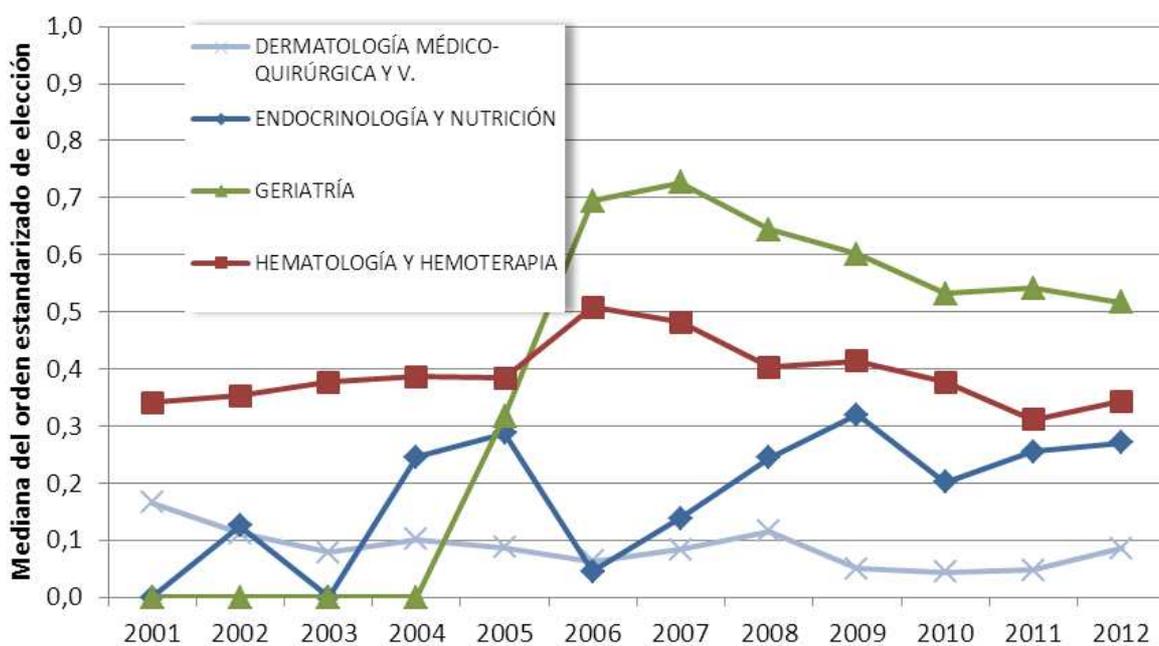
**Ilustración 104 .-Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 105.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

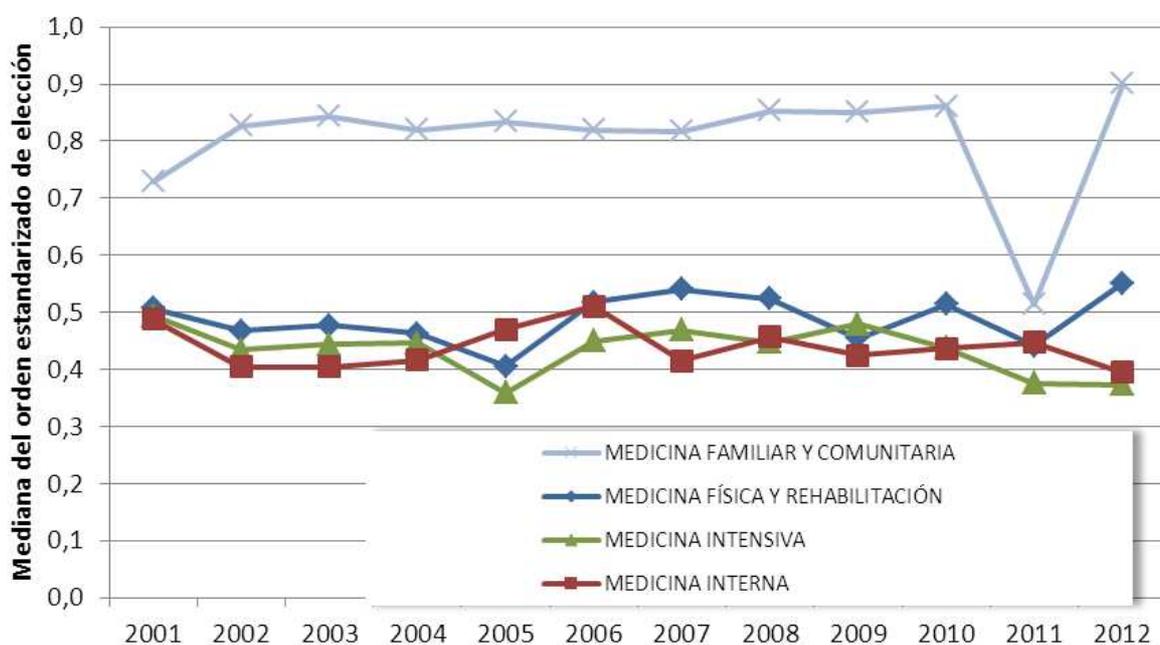


**Ilustración 106.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

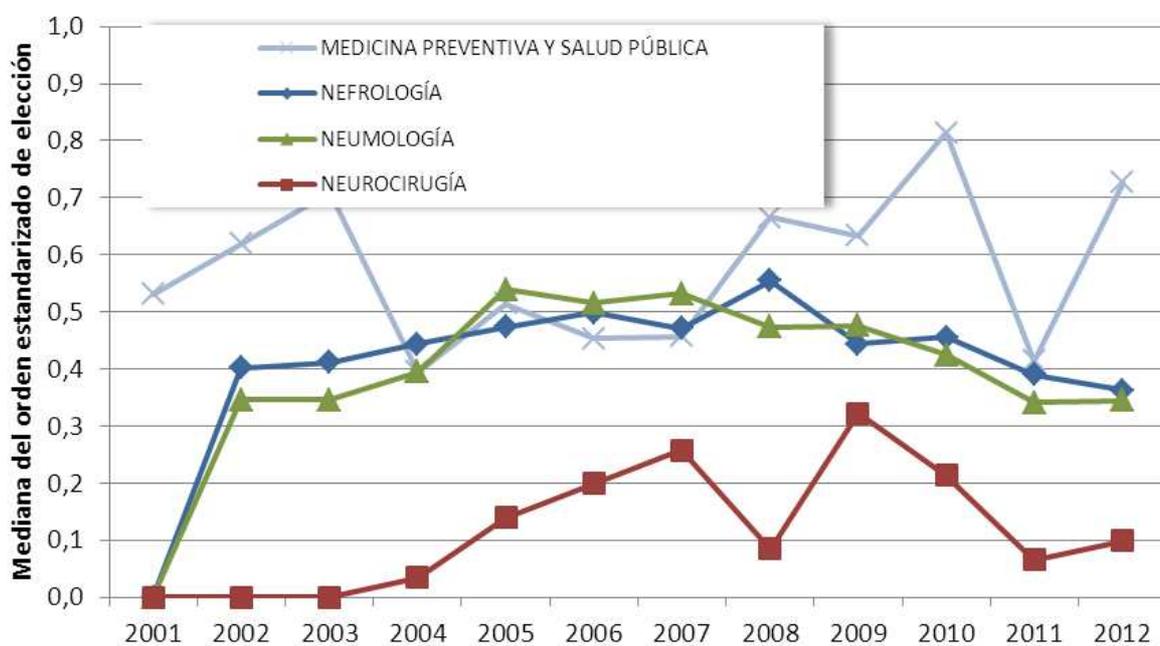


**Ilustración 107.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

## 6 Resultados

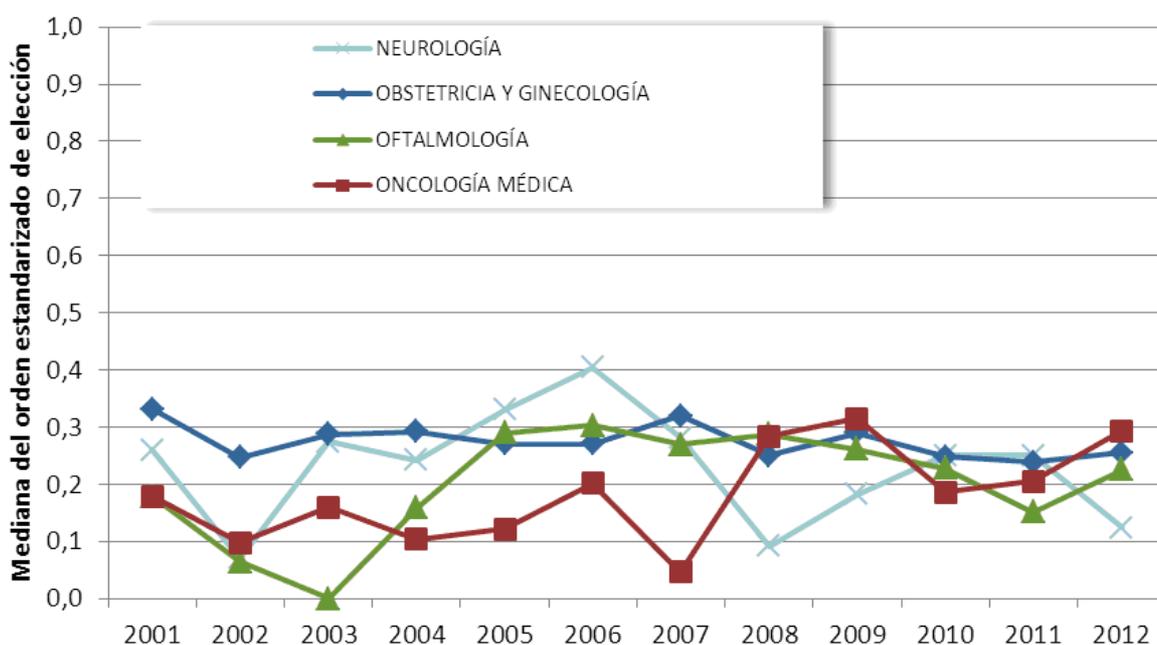


**Ilustración 108.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

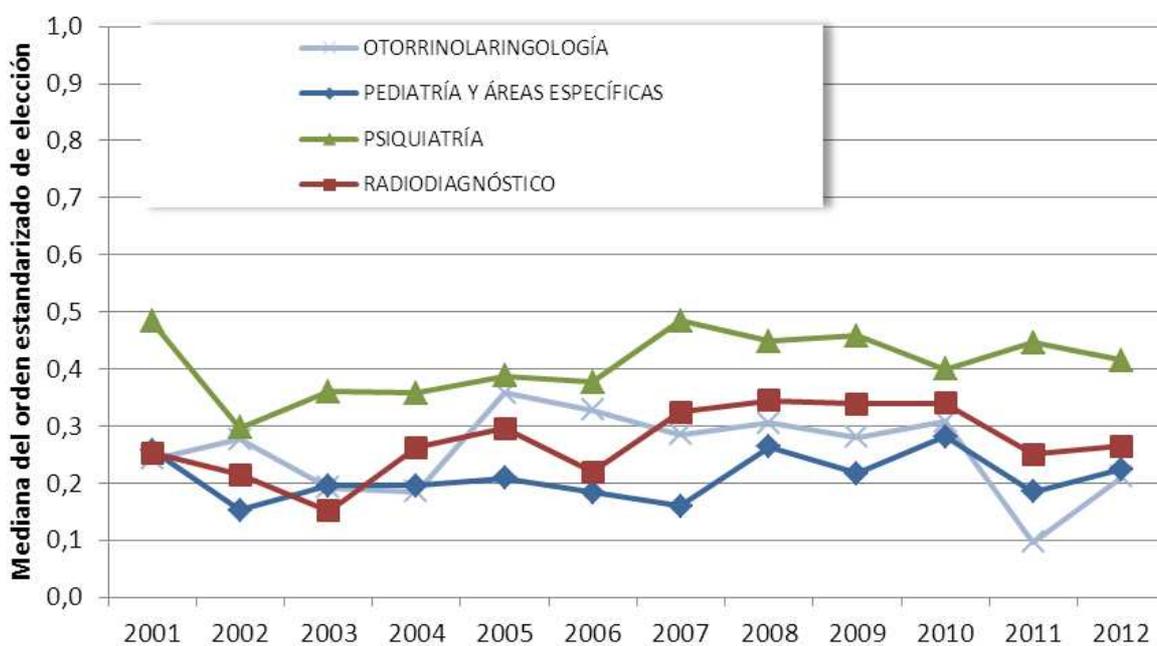


**Ilustración 109 .-Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

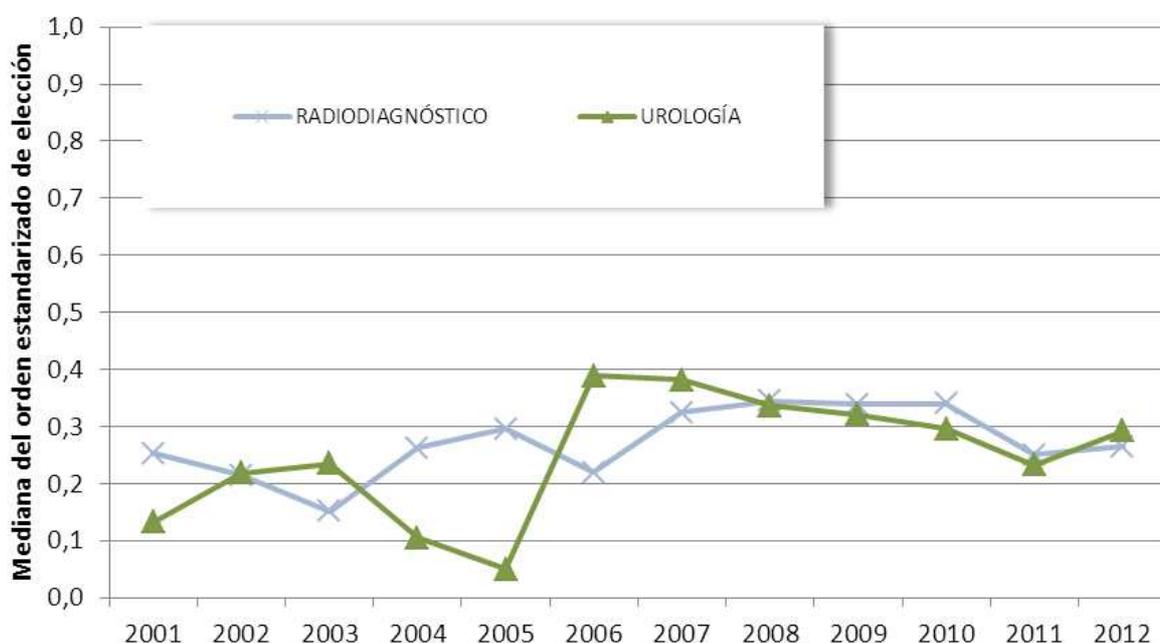
## 6 Resultados



**Ilustración 110.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 111.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 112.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

#### **6.1.4.1 Cotización que aporta el número de elección de los MIRCyL, cada año a cada especialidad**

Cada año, según el orden estandarizado de elección, cada MIRCyL aporta una cotización a cada especialidad, de tal forma que si elige la especialidad con un número bajo, incrementa su cotización, mientras que si la elige con un número alto, disminuye su cotización.

Según esto podemos crear la variable Cotización, definiendo cada una de sus categorías de la siguiente manera:

## 6 Resultados

Condición sobre el nº de orden del año $i$	Cotización de la especialidad elegida en el año $i$
$N^{\circ}$ orden de elección $\leq Q_{i1}$	<i>Cotización alta</i>
$Q_{i1} < N^{\circ}$ orden de elección $\leq Me_i$	<i>Cotización media-alta</i>
$Me_i < N^{\circ}$ orden de elección $\leq Q_{i3}$	<i>Cotización media-baja</i>
$Q_{i3} < N^{\circ}$ orden de elección	<i>Cotización baja</i>

Donde:

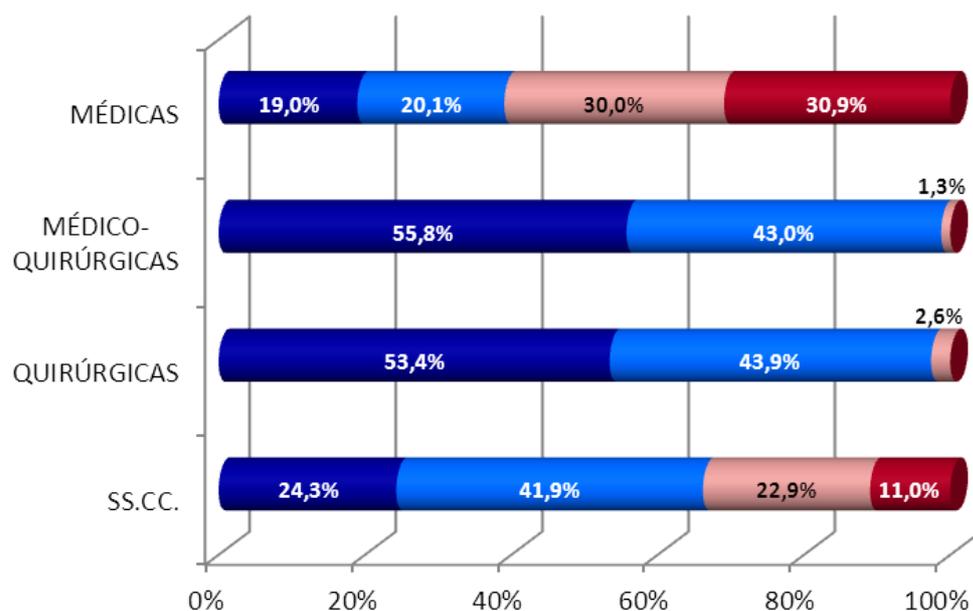
$Q_{i1}$ , es el primer cuartil del número de orden de elección en el año  $i$

$Me_i$ , es la mediana del número de orden de elección en el año  $i$

$Q_{i3}$ , es el tercer cuartil del número de orden de elección en el año  $i$

$i=2001, \dots, 2012$  son los años que abarca la investigación

■ Cotización alta ■ Cotización media-alta ■ Cotización media-baja ■ Cotización baja



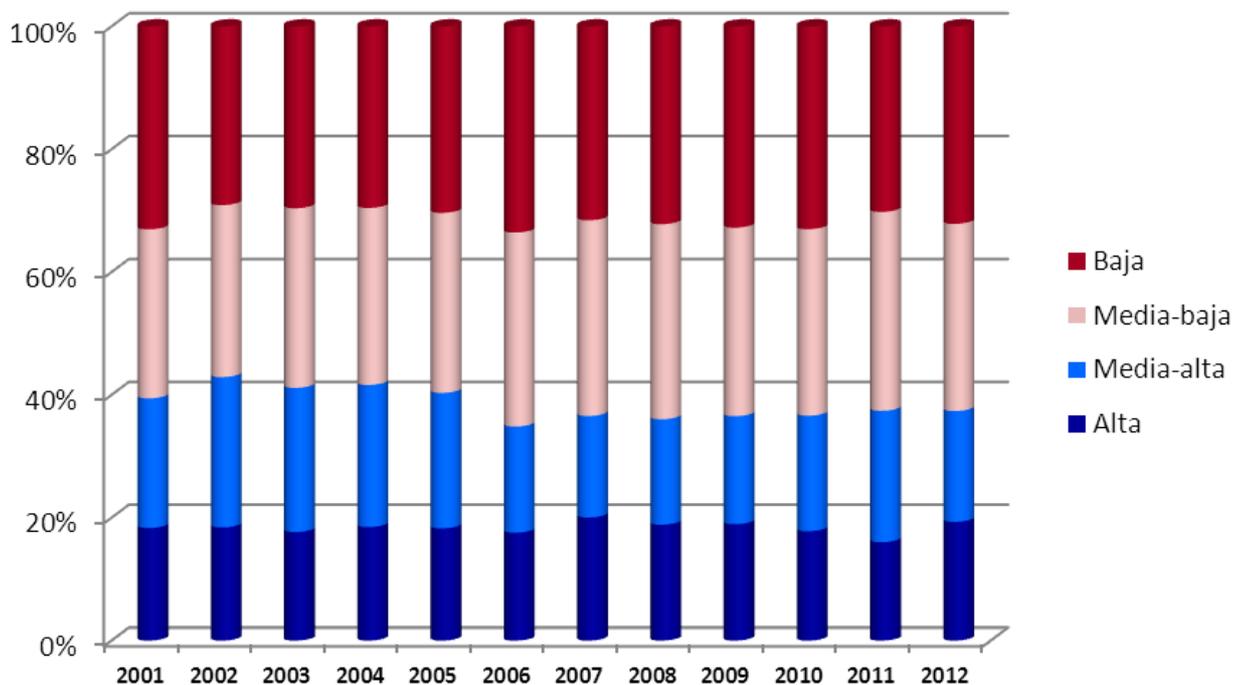
**Ilustración 113 .-Distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL por bloque de especialidades. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Más del 30% de los MIRCyL que eligen las especialidades **Médicas** lo hacen con números altos de orden lo que hace que disminuya su cotización. Menos del 20% de los que eligen este bloque, lo hacen con los primeros números de orden, con los más inferiores.

Más de la mitad de los que eligen las especialidades **Médico-quirúrgicas** y **Quirúrgicas**, aportan una cotización alta (están entre el 25% de las mejores calificaciones). No hay ningún MIRCyL que haya elegido ninguno de estos 2 bloques si tenían un número de orden por encima del 75% del total de su convocatoria.

El bloque de **Servicios Centrales** es heterogéneo, pero es elegido mayoritariamente por número de orden medio-alto (41,9%). Hay un 11,0% que elige este bloque que tiene un número de orden alto, cotización baja.

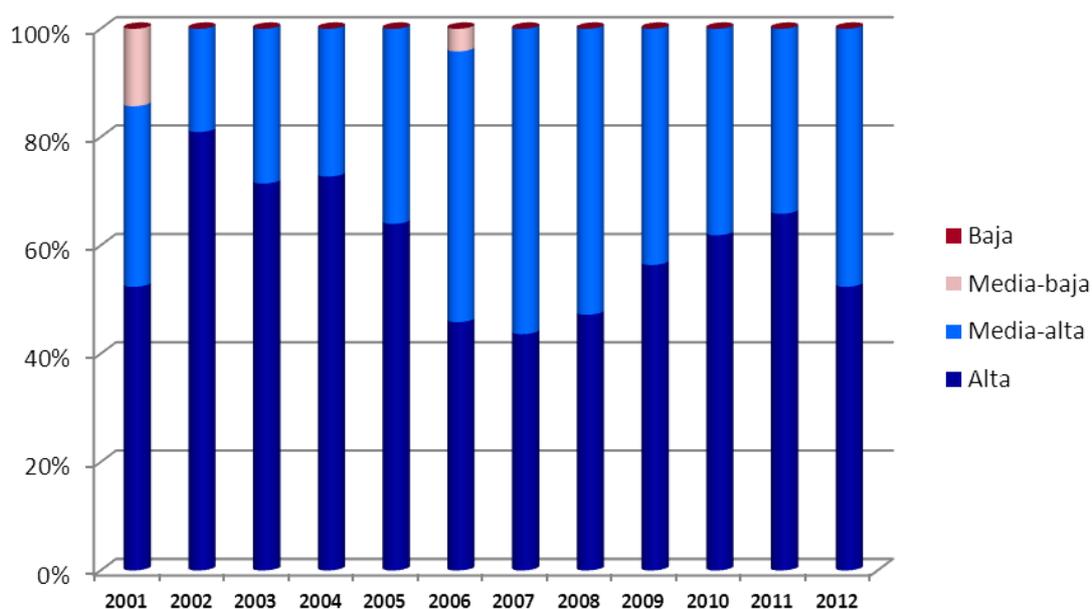
A continuación veremos la evolución de la cotización de los bloques de especialidades a lo largo de los 12 años de estudio.



**Ilustración 114.- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Médicas. Años 2001-2012.**  
Elaboración Propia.

En el bloque de especialidades **Médicas** la tendencia no ha cambiado en los últimos años.

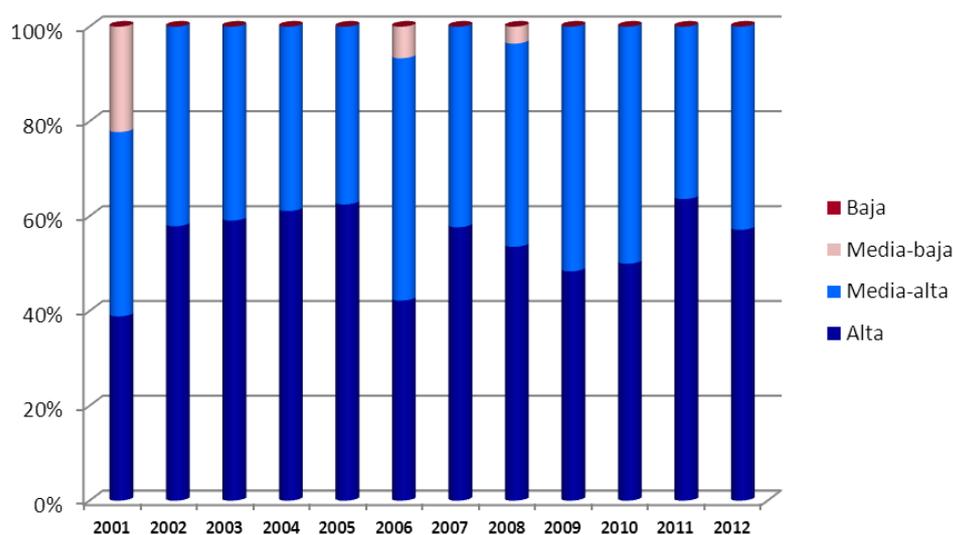
En el de **Médico-quirúrgicas**, su cotización fue muy alta en los años 2002 a 2004, disminuyendo en años posteriores.



**Ilustración 115.- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Médico-quirúrgicas. Años 2001-2012.**

**Elaboración Propia.**

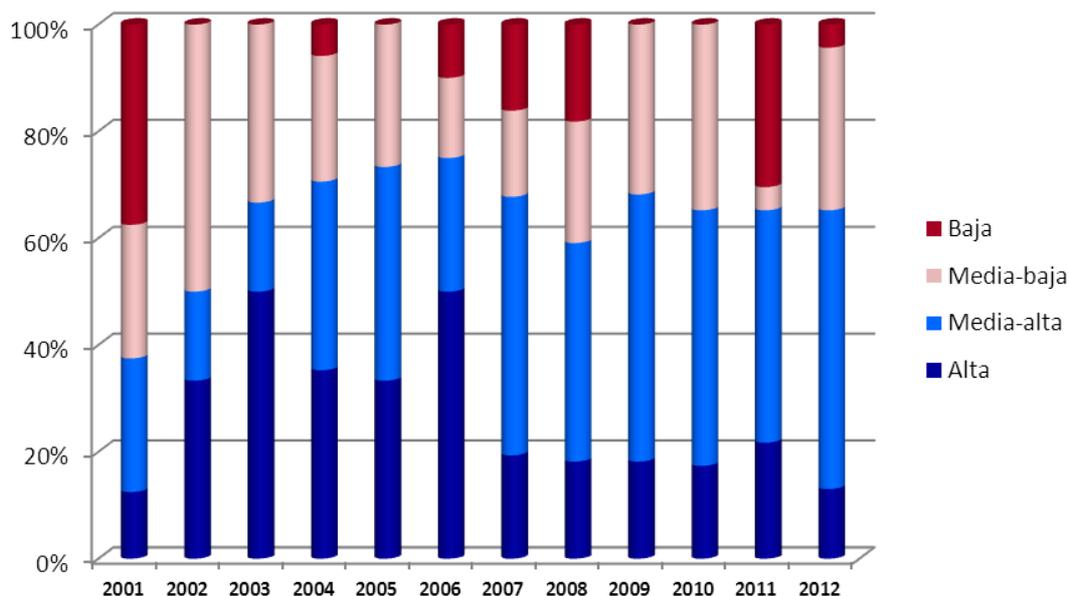
En el bloque de especialidades *Quirúrgicas*, se mantiene una tendencia de alta cotización, los años de menor cotización, fueron 2001 y 2006.



**Ilustración 116 .- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Quirúrgicas. Años 2001-2012.**

**Elaboración Propia.**

El bloque más heterogéneo, es el de los ***Servicios centrales***, muestra una mejoría en su cotización a lo largo de los años, predominando los valores medios a la hora de la elección.



**Ilustración 117.- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Servicios Centrales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Se calcula para cada especialidad, la distribución porcentual de la cotización que aporta cada MIRCyL. Se ordena según el mayor porcentaje de cotizaciones altas, medias-altas, medias-bajas y bajas, tenga cada especialidad. De esta forma, en la siguiente tabla se muestra el orden de especialidades según su cotización a la hora de elegir plaza. En el Anexo II, podemos ver todas las especialidades con su evolución año por año.

## 6 Resultados

Posición por cotización	Especialidad	Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
1	CARDIOLOGÍA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3	CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4	DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	91,7%	8,3%	0,0%	0,0%
6	NEUROCIRUGÍA	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%
7	PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	79,5%	20,2%	0,4%	0,0%
8	CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	76,9%	23,1%	0,0%	0,0%
9	ONCOLOGÍA MÉDICA	62,0%	32,0%	6,0%	0,0%
10	ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%
11	OFTALMOLOGÍA	59,6%	40,4%	0,0%	0,0%
12	APARATO DIGESTIVO	57,6%	40,9%	1,5%	0,0%
13	CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	49,6%	47,5%	2,9%	0,0%
14	OTORRINOLARINGOLOGÍA	48,9%	48,9%	2,1%	0,0%
15	NEUROLOGÍA	48,3%	50,0%	1,7%	0,0%
16	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	47,6%	51,0%	1,4%	0,0%
17	ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	46,9%	50,0%	3,1%	0,0%
18	ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	46,8%	50,0%	3,2%	0,0%
19	CIRUGÍA TORÁCICA	38,5%	61,5%	0,0%	0,0%
20	CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	38,2%	57,9%	3,9%	0,0%
21	RADIODIAGNÓSTICO	37,8%	60,7%	1,5%	0,0%
22	UROLOGÍA	32,7%	63,3%	4,1%	0,0%
23	HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	25,0%	41,7%	33,3%	0,0%
24	PSIQUIATRÍA	15,1%	42,4%	39,5%	2,9%
25	MEDICINA INTERNA	14,7%	37,5%	43,6%	4,2%
26	MEDICINA INTENSIVA	13,3%	40,0%	45,0%	1,7%
27	NEUMOLOGÍA	8,2%	38,4%	53,4%	0,0%
28	ALERGOLOGÍA	5,9%	8,8%	76,5%	8,8%
29	MEDICINA NUCLEAR	5,9%	5,9%	70,6%	17,6%
30	ANATOMÍA PATOLÓGICA	3,8%	11,5%	65,4%	19,2%
31	MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	1,8%	21,8%	45,5%	30,9%
32	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1,7%	33,9%	55,9%	8,5%
33	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	1,4%	6,1%	33,4%	59,1%
34	REUMATOLOGÍA	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%
35	NEFROLOGÍA	0,0%	49,3%	50,7%	0,0%
36	ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	0,0%	30,0%	70,0%	0,0%
37	GERIATRÍA	0,0%	8,3%	58,3%	33,3%
38	NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	0,0%	7,9%	52,6%	39,5%
39	MEDICINA DEL TRABAJO	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%

**Tabla 29 .- Especialidades ordenadas por su distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

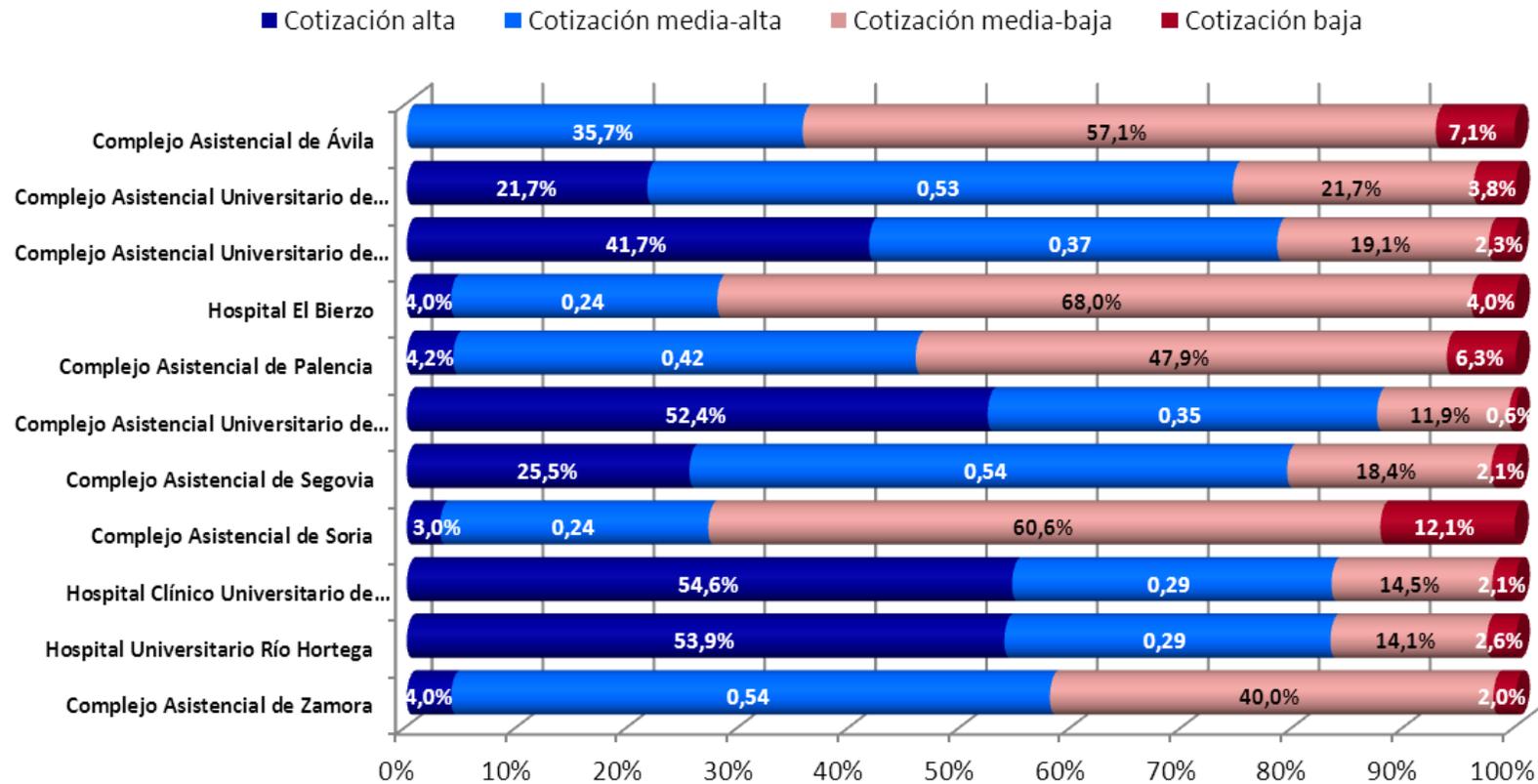
También hemos ordenado las especialidades según la cotización que aporta cada MIRCyL, de forma, que *Cardiología, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica, estética y reparadora y Dermatología médico quirúrgica y venereología*, son especialidades que durante los 12 años de estudio, han sido elegidas dentro del 25% de los mejores puestos.

En el lado opuesto, se sitúan *Reumatología, Nefrología, Geriátrica, Neurofisiología Clínica y Medicina del trabajo*, que son elegidas por los MIRCyL con número de orden por encima del 50% de todos los electores.

Los hospitales “*más cotizados*”, es decir, aquellos que cuentan con mayor porcentaje de especialidades más cotizadas son Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Hospital Universitario Río Hortega y Complejo Asistencial Universitario de León. Se indican en la ilustración 118.

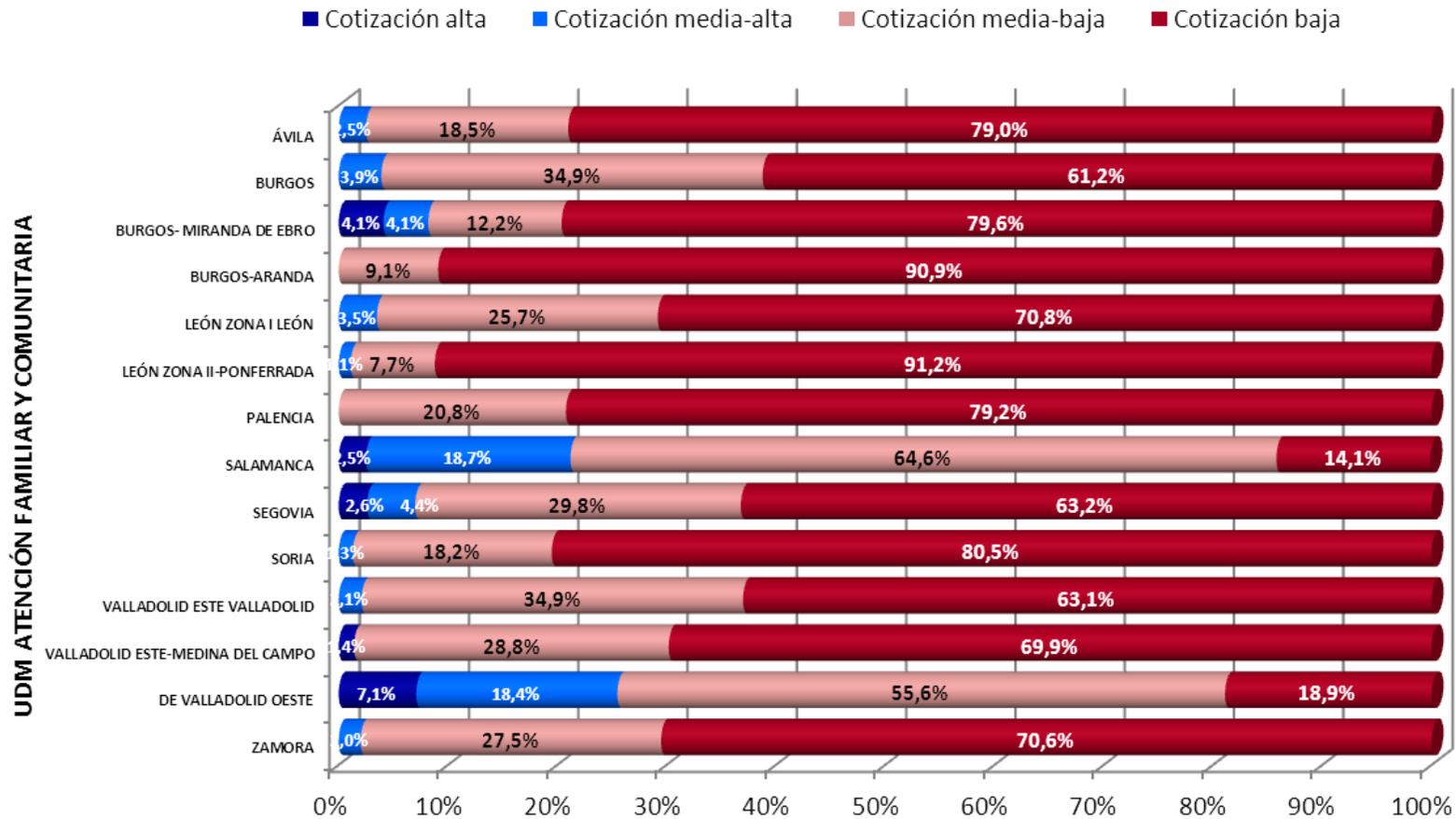
Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (adscritas a Gerencias de Atención Primaria) están “*menos cotizadas*” que los hospitales, es decir que tiene un gran porcentaje de especialidad consideradas de baja cotización para los MIRCyL en este año de estudio. Dentro de estas unidades, destaca la UDM de Salamanca y la UDM de Valladolid Oeste que cuentan con porcentajes más altos de cotizaciones media-alta y media-baja. El resto de UDM son mayoritariamente cotizadas bajas por la mayoría de los MIRCyL. Se indican en la ilustración 119.

## 6 Resultados



**Ilustración 118.- Distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL para cada uno de los hospitales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

## 6 Resultados



**Ilustración 119.- Distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en las UDM de Atención Familiar y Comunitaria. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

## 6.2 Dinámica de sistemas con prospección

La Dinámica de Sistemas es un método de estudio del comportamiento de organizaciones mediante la construcción de un modelo de simulación informática que pone manifiesto las relaciones entre la estructura de la organización (o sistema) y su comportamiento (Aracil J. y Gordillo F., 2007)<sup>221</sup>.

El **sistema** se define como un conjunto de partes entre las que se establece alguna forma de relación que las articula. Por lo tanto las partes que componen el sistema interactúan entre sí. El sistema se percibe como algo que posee una entidad que lo distingue de su entorno, aunque mantiene interacción con él. Esta identidad permanece a lo largo del tiempo y bajo entornos cambiantes.

La representación de los elementos que lo componen puede expresarse en un **modelo** que intenta reproducir la realidad. El modelo no pretende explicar toda la realidad, sino que atiende a determinados aspectos relevantes para el problema de partida.

El modelo se construye en tres fases:

- **Conceptualización**, que consiste en la exploración de la materia a estudiar y definición de los problemas que se quieren resolver. Se establecen los límites del sistema. Con posterioridad se analizan las interrelaciones de los mismos (las retroalimentaciones). Se forma de este modo el diagrama de influencias del sistema.
- **Formulación**, el diagrama de influencias se transforma en un diagrama de Forrester. A partir de esta nueva representación se elaboran las ecuaciones del modelo. Esta etapa es el momento más delicado e importante de la construcción del problema.

- **Prospección o simulación**, se estudia el comportamiento del sistema en distintos escenarios, con el fin de elaborar unas recomendaciones ante estas nuevas actuaciones que se realicen en la realidad. Esta evolución de las variables introducidas en el modelo no se deben interpretar como una predicción, sino como una proyección o una tendencia.

### **6.2.1 Conceptualización del modelo del sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León**

El Modelo del Sistema de Formación Especializada de médicos internos residentes de Castilla y León se articula en cuatro etapas:

- Oferta de plazas
- Adjudicación de plazas
- Firma de contrato de incorporación
- Especialistas en Formación Sanitaria Especializada.

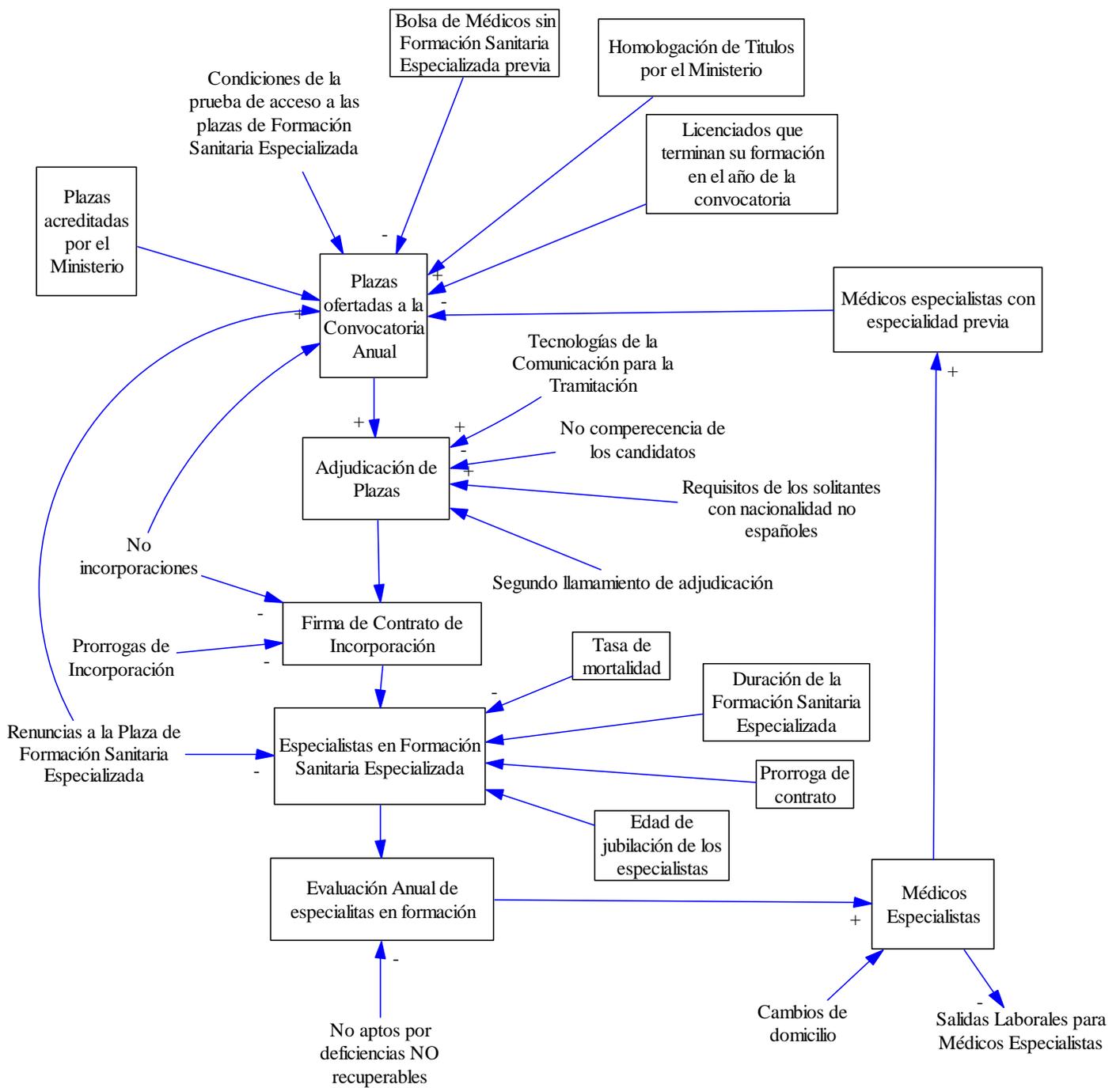
Los factores que actúan en cada una de las etapas de la conceptualización son las siguientes:

- La **Oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada** exclusivamente para médicos, en el ámbito de Comunidad de Castilla y León, para cada una de las Convocatorias Anuales depende de:
  - Las plazas acreditadas por el Ministerio con competencias en Sanidad.
  - Los licenciados que terminan su formación de Grado antes de la fecha de la convocatoria.

- La Bolsa de médicos sin Formación Sanitaria Especializada previa.
- Las homologaciones de los Títulos que realice el Ministerio con competencias en Sanidad.
- Las condiciones de la prueba de acceso a las plazas de Formación Sanitaria Especializada.
- El número de médicos especialistas con una especialidad previa que se presentan nuevamente a la convocatoria.
- Los adjudicatarios que no han acudido a los actos de asignación de plazas pueden presentarse nuevamente para obtener una plaza.
- Los adjudicatarios que no se han incorporado a la plaza adjudicada pueden presentarse nuevamente a otra convocatoria.
- Los médicos que renuncian a una especialidad previa que estaban cursando.
- La proporción de admitidos con nacionalidad diferente a la española.
- La **Adjudicación de plazas** depende de:
  - Las Tecnologías de la Comunicación que se utilizan para su tramitación.
  - Los requisitos que se les pide a los solicitantes con nacionalidad no española en el momento.
  - Las no comparencias de los candidatos.

- El segundo llamamiento de adjudicación de plazas.
- La **Firma del Contrato de Incorporación** depende de
  - Las prórrogas de incorporación de los adjudicatarios en el momento de formalizar la relación laboral.
  - Las no incorporaciones de los adjudicatarios a la convocatoria de formalización de la relación laboral.
- Los **especialistas en Formación Sanitaria Especializada** dependen de:
  - Las renunciaciones a las plazas que se puedan realizar.
  - La duración de las especialidades.
  - La tasa de mortalidad para la población de su edad.
  - La edad de jubilación para los médicos especialistas.
  - Los retrasos en la incorporación por no cumplir los requisitos de la prueba.
  - Las prórrogas, por suspensión de contrato de trabajo, ajustadas a las necesidades formativas.
  - Las evaluaciones anuales negativas por deficiencias relevantes no recuperables.
  - Los médicos internos residentes que finalizan la especialidad con una calificación positiva.

La conceptualización del modelo se representa mediante el siguiente diagrama que interrelaciona los factores anteriormente señalados:



**Ilustración 120.- Diagrama de Influencias del Modelo sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León. Elaboración propia.**

## 6.2.2 Formulación del modelo del Sistema de la Formación Sanitaria especializada para médicos internos residentes en el ámbito de Castilla y León

Se entiende por población de médicos internos residentes el conjunto de los mismos que componen que tienen un contrato con el Servicio de Salud de Castilla y León. Contamos cuantos médicos internos residentes hay en un instante de tiempo  $t$ , dejamos que pase un periodo de tiempo  $\Delta t$ , volvemos a contar teniendo en cuenta que individuos que se han incorporado y los que han salido del Servicio de Salud de Castilla y León en ese periodo de tiempo.

La tasa de reposición de los médicos internos residentes se obtiene de la fórmula siguiente:

$$i = \frac{\text{(médicos internos residentes firman contrato para un año } n)}{\text{(población de médicos internos residentes para el año } n)}$$

La tasa de finalización de los médicos internos residentes está integrada por la suma de otras tres: tasa de renunciadas ( $r$ ) tasa de suspensos ( $s$ ) y tasa de aprobados finales ( $a$ ). Luego:

$$f = r + s + a$$

Las fórmulas para dichas tasas son:

$$r = \frac{\text{(médicos internos residentes que renuncian para un año } n)}{\text{(población de médicos internos residentes para el año } n)}$$

$$s = \frac{\text{(médicos internos residentes que suspenden para un año } n)}{\text{(población de médicos internos residentes para el año } n)}$$

$$a = \frac{\text{(médicos internos residentes que aprueban para un año } n)}{\text{(población de médicos internos residentes para el año } n)}$$

Con este modelo se quiere conocer "el número de médicos internos residentes que hay cuando ha pasado un periodo de tiempo  $\Delta t$ , periodo que es igual a los que había en el instante  $t$  más los que han ingresado en el Servicio de Salud menos los que ha abandonado el Servicio de Salud de Castilla y León".

Podemos expresarlo matemáticamente del modo que sigue: denotamos por  $R(t)$  el número de médicos internos residentes que hay en un instante  $t$ , análogamente para  $R(t + \Delta t)$ , utilizando tasas de reposición ( $r$ ) y tasas de abandono ( $a$ )

$$R(t + \Delta t) = R(t) + [i * R(t) * \Delta t] - [f * R(t) * \Delta t]$$

A esta fórmula le aplicamos el límite cuando  $\Delta t$  tiende a cero y se transforma en la siguiente:

$$R'(t) = (i - f) + R(t)$$

Esta es una ecuación diferencial ordinaria de tipo lineal. Esta ecuación se completa con una condición inicial, que corresponde al número de médicos internos residentes que hay en el instante en que se empieza a estudiar. Este instante se representa por 0, es decir  $R(0) = R_0$ .

La ecuación junto con la condición inicial compone el modelo completo, que se puede indicar así:

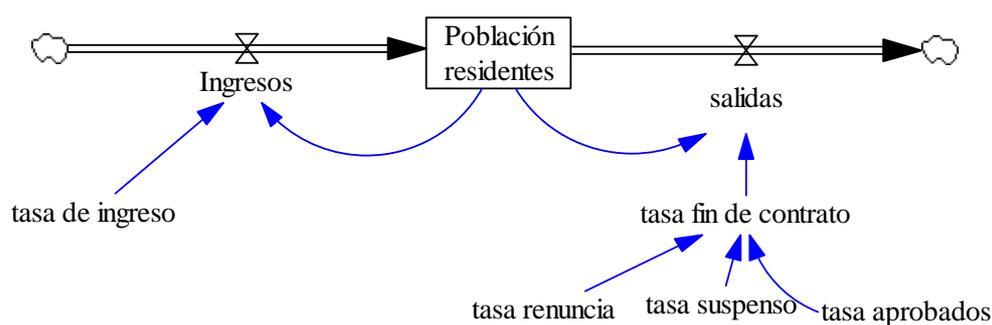
$$(R_1) \left\{ \begin{array}{l} R'(t) = (i - f) + R(t) \\ R(0) = R_0 \end{array} \right.$$

Con este modelo vamos a estudiar el comportamiento cualitativo del número de médicos internos residentes en función de la tasa de reposición y la tasa de abandono. La dinámica de este tipo de poblaciones nos dice:

- Si la tasa de reposición es mayor que la tasa de finalización la población crece.
- Si la tasa de reposición es menor que la tasa de finalización la población decrece.
- Si la tasa de reposición es igual que la tasa de finalización la población permanece constante.

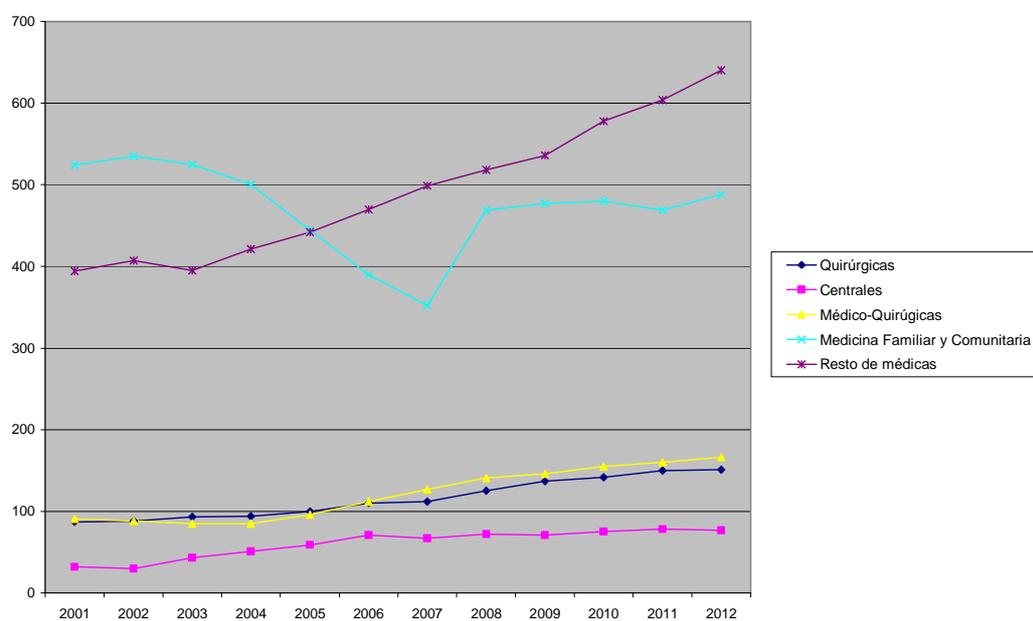
Con la información disponible para el periodo de 2001 a 2012 se elaboran las tasas (incorporación, renuncia, suspensos y aprobados) para las diferentes especialidades de la formación sanitaria especializada. Dadas las peculiaridades de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se estudia esta especialidad de modo independiente del resto de especialidades médicas.

A partir del Diagrama de Influencias del Modelo sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León se desarrolla el diagrama de Flujo o de Forrester siguiente:



**Ilustración 121.- Diagrama de Flujo o de Forrester del Modelo sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León. Elaboración propia.**

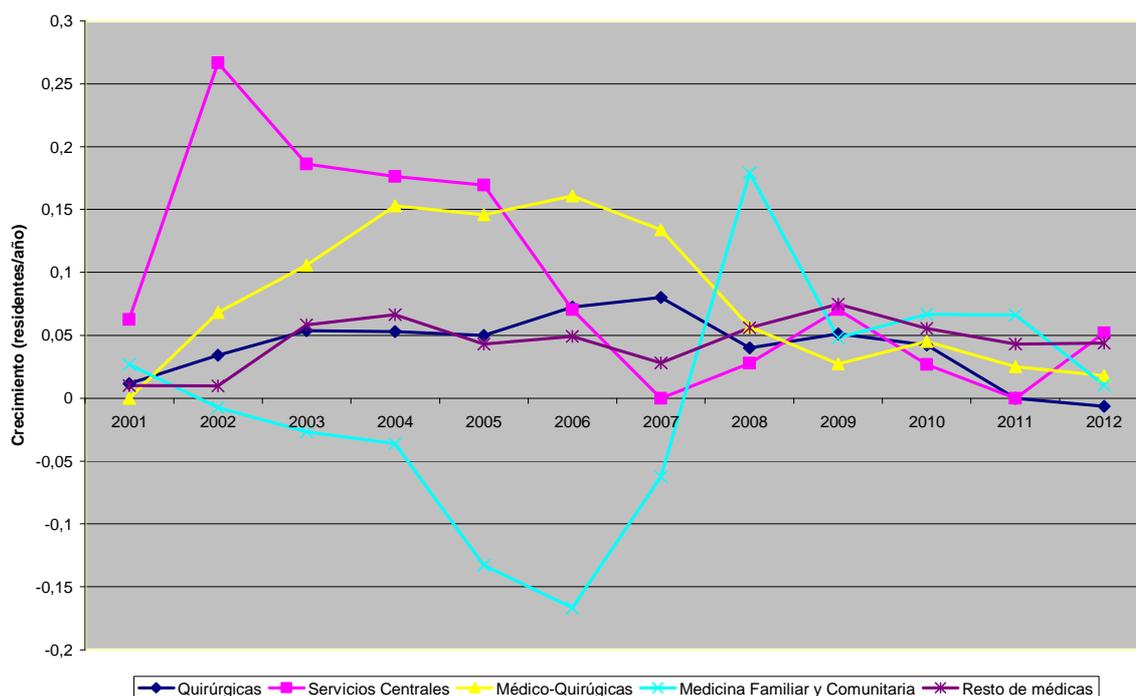
Se analizan las poblaciones de los médicos internos residentes para el periodo de estudio de 2001 a 2012 organizadas por grupos de especialidad.



**Ilustración 122.- Población de MIRCyL, por bloque de especialidades, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.**

Todas las poblaciones de residentes aumentan a excepción de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (desciende 7,38%).

El crecimiento de los bloques de especialidades médicas es el siguiente:



**Ilustración 123.- Crecimiento de MIRCyL, por bloques de especialidades, año a año. De 2001 a 2012. . Elaboración Propia.**

El crecimiento en la especialidad de *Medicina Familiar y Comunitaria* es inferior a cero desde el 2002 al 2007. El crecimiento que experimenta en el año 2008 es debido al cambio de la duración del programa de la especialidad. En 2005 paso de 3 años a 4 años. Los médicos internos residentes que firmaron contrato en 2005 fueron los primeros en terminar su formación en cuatro años, esto es en 2009. Y el año 2008, no salió ningún especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. El resto de especialidades tienden a disminuir su crecimiento poblacional.

### **6.2.3 Prospección del modelo del sistema de la Formación especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León**

Se diseñan dos planteamientos que hacen referencia al ingreso de médicos internos residentes a partir de la oferta publicada en el Boletín Oficial del Estado en el año 2012.

Se asumen que las renunciaciones y suspensos mantienen el mismo comportamiento que en el periodo de 2001 a 2012. Para dar un valor a estos parámetros se toma el promedio. Consideramos en la simulación que no se producen incorporaciones.

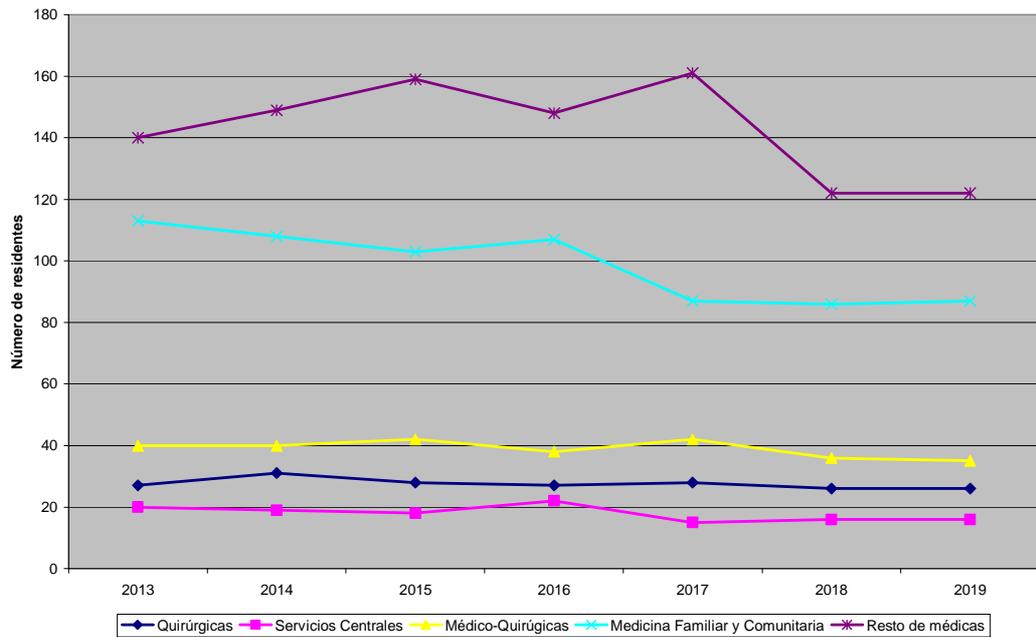
En lo que respecta a la oferta se toma como referencia la publicada en el Boletín Oficial del Estado en el 2012.

El **planteamiento del 10%** considera que el número de residentes que ingresan en 2012, 2013, 2014 y 2015 es un 10% menos de la oferta publicada en el Boletín Oficial del Estado en 2012.

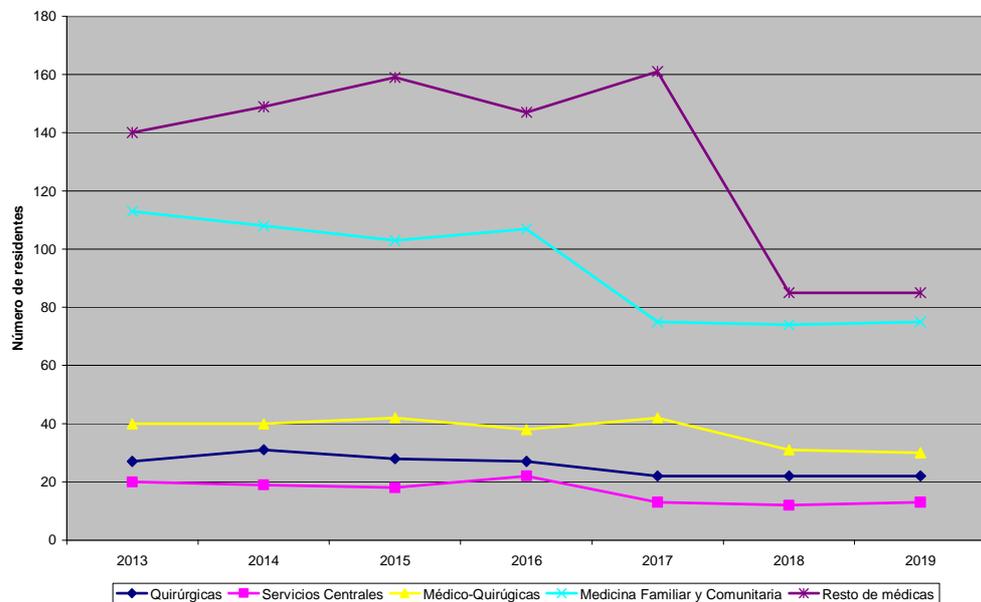
El **planteamiento del 20%** considera que el número de residentes que ingresan en 2012, 2013, 2014 y 2015 es un 20% menos de la oferta publicada en el Boletín Oficial del Estado en 2012.

Los resultados de estos planteamientos para el periodo de 2013 a 2019 se muestran a continuación:

## 6 Resultados



**Ilustración 124.- Estimación de MIRCyL para el planteamiento del 10%, por bloques de especialidades, año a año. De 2001 a 2012. Elaboración Propia.**



**Ilustración 125.- Estimación de MIRCyL para el planteamiento del 20%, por bloques de especialidades, año a año. De 2001 a 2012. Elaboración Propia.**

Las pérdidas producidas para cada bloque de especialidades son:

	Quirúrgicas	Servicios Centrales	Médico-Quirúrgicas	Medicina Familiar y Comunitaria	Resto de Médicas
Planteamiento 10%	3,85%	15,79%	4,50%	19,63%	3,94%
Planteamiento 20%	4,55%	18,75%	4,69%	22,10%	4,17%

**Tabla 30.- Porcentaje de pérdidas estimado para cada bloque de especialidades. Elaboración Propia.**

Para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se estiman pérdidas de alrededor de un 20% de los adjudicatarios.

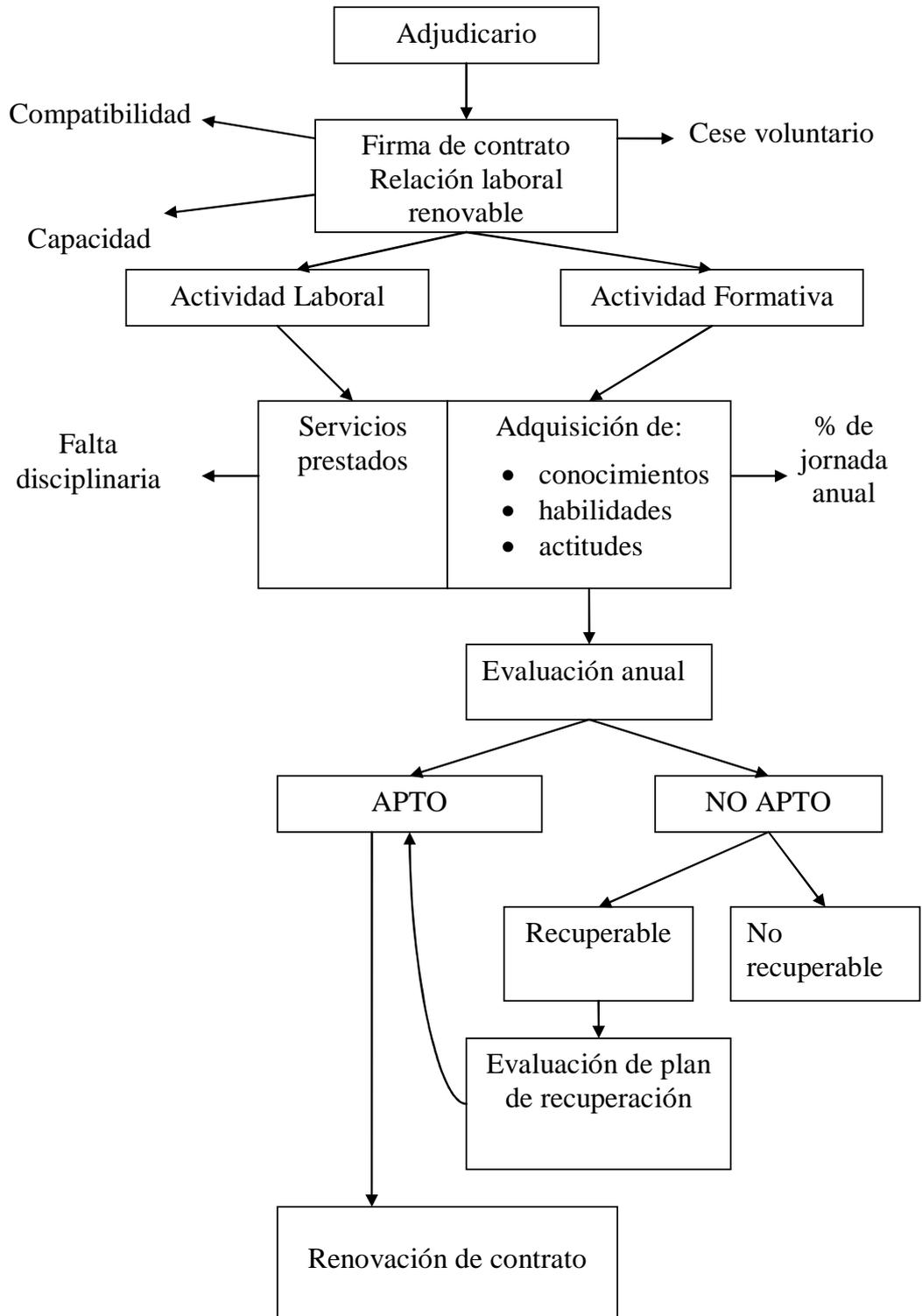
## **6.3 Análisis legislativo y de jurisprudencia de la relación laboral especial**

### **6.3.1 Trayectoria de la relación laboral especial: incidencias**

La normativa aplicable (Pedrajas Moreno A. y Sala Franco T., 2006)<sup>222</sup> a esta relación laboral especial será:

- El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre.
- Con carácter supletorio, el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo y demás legislación laboral que le sea de aplicación.
- Los convenios colectivos aplicables.
- El contrato individual de trabajo, sin que pueda establecer condiciones menos favorables al trabajador o contrarias a las previstas en las disposiciones legales y convenios colectivos.

El recorrido laboral de los médicos internos residentes se puede esquematizar del modo que sigue:



**Ilustración 126.- Trayectoria Laboral de los médicos internos residentes.**

**Elaboración propia.**

Tomando como referencia el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, se estructuran las circunstancias que pueden generar incidencias en el ámbito de la relación laboral especial que desarrollan los médicos internos residentes en las Instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León:

- Imposibilidad de la prestación de servicios superior al 25 por ciento de la jornada anual como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales.
- Cese voluntario la prestación de los servicios y las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro.
- Cometer faltas disciplinarias tipificadas en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud y en la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.
- Evaluación anual no apta por deficiencias relevantes.
- Otras: compatibilización de la actividad formativa con otra, pérdida de la capacidad (Gran Invalidez, Invalidez Permanente Total), muerte, pérdida de acreditación de la Unidad Docente y sufrir violencia de genero.

### 6.3.2 Jurisprudencia de la relación laboral especial de los médicos internos residentes

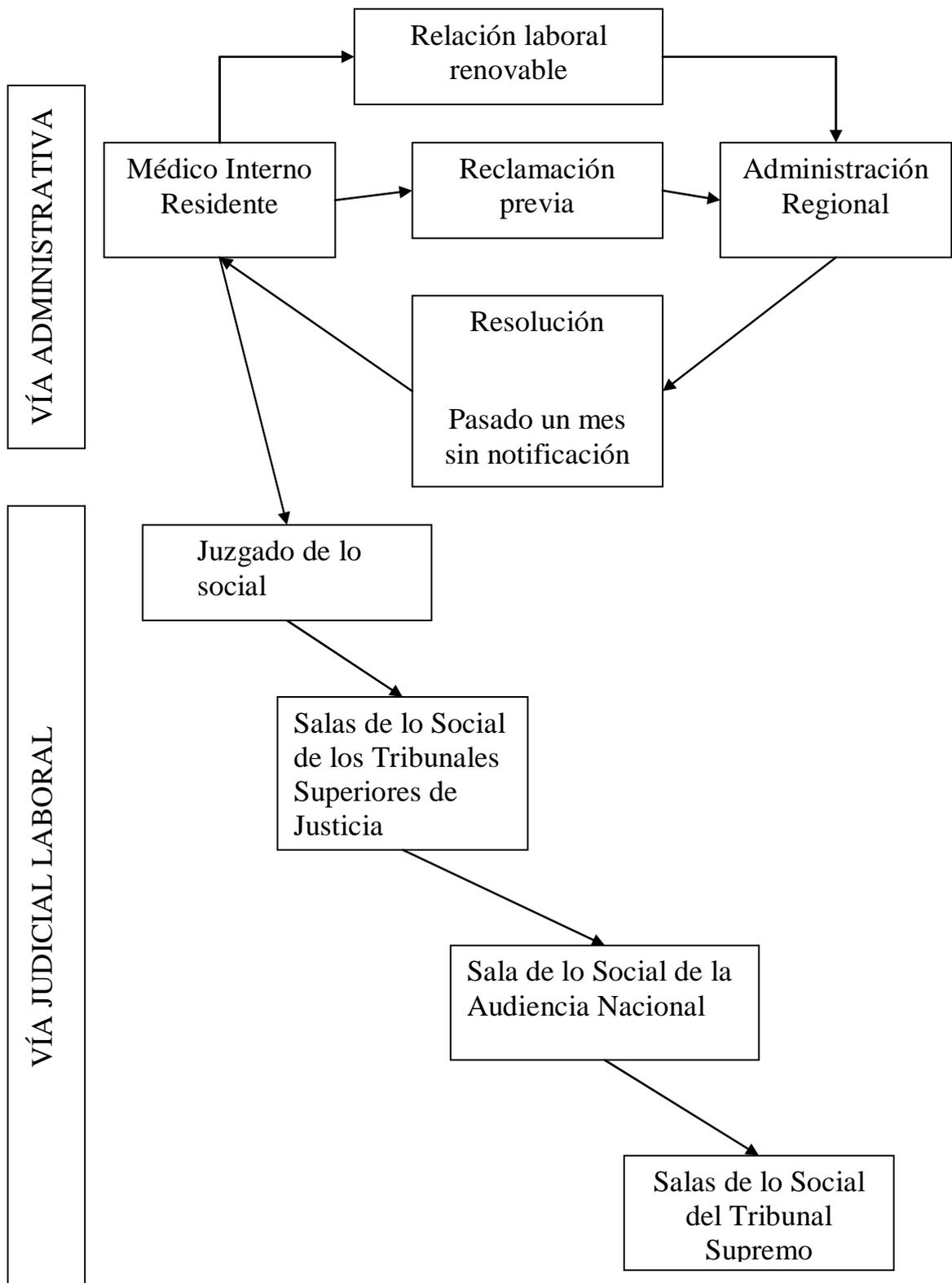
Tomando como base el contrato laboral que tiene los médicos internos residentes con la institución sanitaria, se expone las vías de reclamación de las que disponen.

La primera de ellas es la denominada **vía administrativa**. Para cursar una reclamación por esta vía se tramita una *reclamación previa* a la vía judicial laboral. El interesado dirige la reclamación al órgano competente de la Administración Pública que se trate, según consta en los artículos 120, 121 y 125 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre<sup>223</sup>, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en los artículos 69 y siguientes de la Ley 36/2011 de 10 de octubre, reguladora de la jurisprudencia social<sup>224</sup>, y en el artículo 59 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Una vez resuelta expresamente esta reclamación o transcurrido un mes sin haber sido notificada resolución alguna (se entiende desestimada la reclamación) puede acudir a la vía judicial Social.

La segunda de las vías es la **vía judicial**. La Justicia está organizada en 4 órdenes jurisdiccionales: Civil, Penal, Contencioso-Administrativo y Social. Los problemas laborales corresponden a los Juzgados de lo Social. Un conflicto entre particulares (por ejemplo un inquilino que no paga a su casero) debe solucionarlo el juzgado de lo Civil. Cuando se ha producido un delito la jurisdicción competente es la Penal. Cuando un ciudadano se siente perjudicado por la Administración, la apropiada es la Contencioso-Administrativa. Para la relación laboral especial de los médicos internos residentes, estos deben acudir a la Jurisdicción de lo Social.

Los **órganos jurisdiccionales del orden Social** son:

- Juzgados de lo Social conocen en única instancia de todos los procesos atribuidos al orden jurisdiccional Social, con excepción de los asignados expresamente a los otros órganos de este orden jurisdiccional.
- Salas de lo Social de los Tribunales Superiores de Justicia conocerán, fundamentalmente, sobre las cuestiones laborales cuando extiendan sus efectos a un ámbito territorial superior al de la circunscripción de un Juzgado de lo Social y no superior al de la Comunidad Autónoma y de los recursos contra las resoluciones dictadas por los Juzgados de lo Social de su circunscripción.
- Sala de lo Social de la Audiencia Nacional conocerán, básicamente, de las cuestiones laborales cuando extiendan sus efectos a un ámbito territorial superior al de una Comunidad Autónoma.
- Salas de lo Social del Tribunal Supremo tiene su sede en Madrid. Conoce de la revisión de sentencias firmes dictadas por los órganos jurisdiccionales del **orden social y recursos de casación**.



**Ilustración 127.- Tramitación de las reclamaciones: vía administrativa y vía judicial. Elaboración propia.**

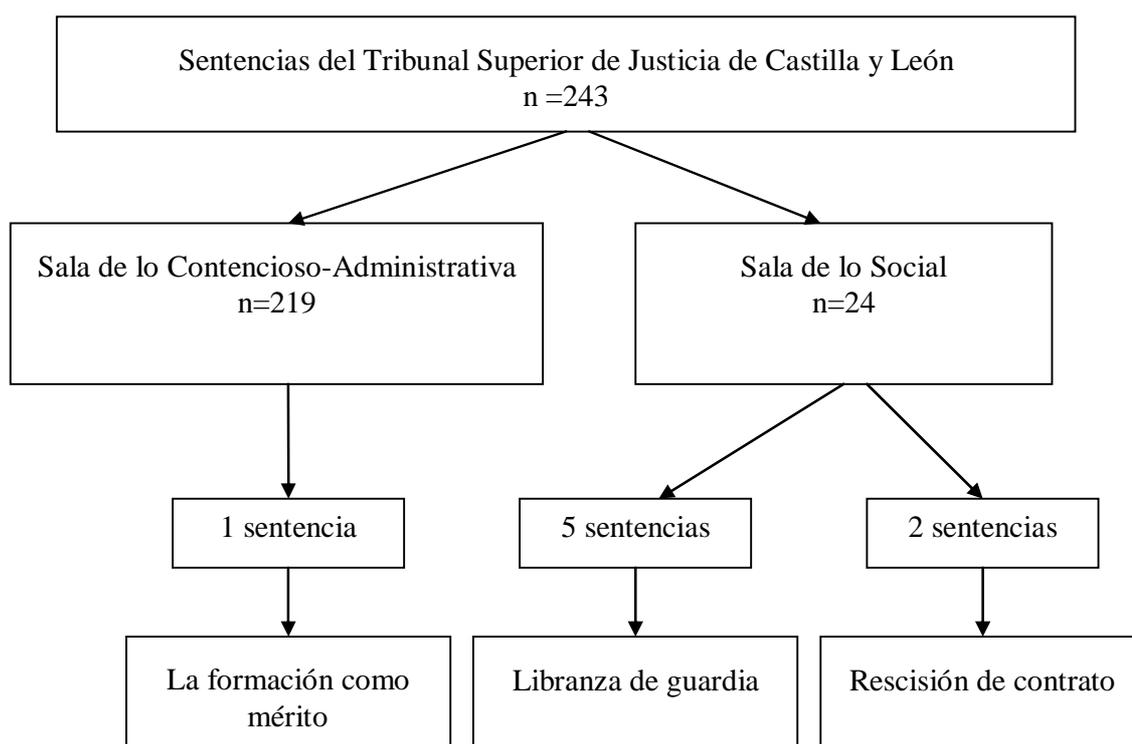
Las sentencias dictadas por el Tribunal Supremo crean *jurisprudencia* (Artículo 6.1 del Código Civil "La jurisprudencia complementará el ordenamiento jurídico con la doctrina que, de modo reiterado, establezca el Tribunal Supremo al interpretar y aplicar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho"). Las sentencias de los demás órganos judiciales nos ayudan a obtener una interpretación uniforme de las normas, crean "precedentes", pero en sentido estricto no crean jurisprudencia.

Puede darse la circunstancia de que se emitan fallos judiciales no concordantes e incluso contradictorios entre diferentes juzgados o Tribunales Superiores de Justicia. En el caso de estos últimos, puede interponerse el Recurso de Casación para unificar la doctrina ante el Tribunal Supremo.

Se hace una revisión de las sentencias falladas por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León y el Tribunal Supremo en las que se hace referencia los médicos internos médicos. Se hace la búsqueda con los términos "médico interno residente", "médicos internos residentes", "MIR". Se encuentran un total de 589 sentencias.

### **6.3.2.1 Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León**

Se analizan 243 sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León. 219 sentencias resueltas en la Sala de lo Contencioso-Administrativa y 24 sentencias resueltas en la Sala de lo Social.



**Ilustración 128.- Sentencias del Tribunal Superior de Justicia que se han revisado. Elaboración Propia.**

### **6.3.2.2 Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal de Justicia de Castilla y León**

La *Sentencia núm. 1007/2004 de 23 de junio de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 1ª del recurso de apelación núm. 362/2003* hace referencia a la formación de médico interno residente se origina por una valoración de méritos formativos en el concurso de una provisión de puesto de Jefe de Servicio.

### **6.3.2.3 Sala de lo Social del Tribunal de Justicia de Castilla y León**

Se encuentran siete Sentencias que hacen referencia al periodo de formación de los médicos internos residentes.

Se pueden agrupar en dos grupos:

Las relativas a la libranza de guardias y son:

- *Sentencia núm. 80/2006 de 2 de febrero de la Sala de lo Social del recurso de suplicación núm. 911/2005.*
- *Sentencia núm. 628/2006 de 27 de junio de la Sala de lo Social del recurso de suplicación núm. 480/2006.*
- *Sentencia núm. 1160/2006 de 22 de noviembre del recurso de suplicación 820/2006.*
- *Sentencia núm. 103/2008 de 14 de febrero de la Sala de lo Social del recurso de suplicación núm. 45/2008.*
- *Sentencia núm. 751/2009 de 10 de diciembre de la Sala de lo Social del recurso de suplicación núm. 721/2009.*

Las relativas a rescisión de contratos:

- *Sentencia núm. 1086/2005 de 20 de junio 2005 de la Sala de lo Social del recurso de suplicación núm. 1086/2005.*
- *Sentencia núm. 35/2010 de 28 de enero de 2010 de la Sala de lo Social del recurso de suplicación núm. 5/2010.*

En las que se solicita la libranza correspondiente al día siguiente a la prestación del servicio de guardia de presencia física. Se reconoce el derecho a una compensación horaria económica. Los demandantes solicitan una indemnización por incumplimiento por la Administración del período de descanso al que tiene derecho, y que no ha disfrutado. Este derecho a indemnización no puede ser compensado con el supuesto pago

de cantidades de haberes ordinarios, o complementos, sino que se trata de un concepto pecuniario distinto.

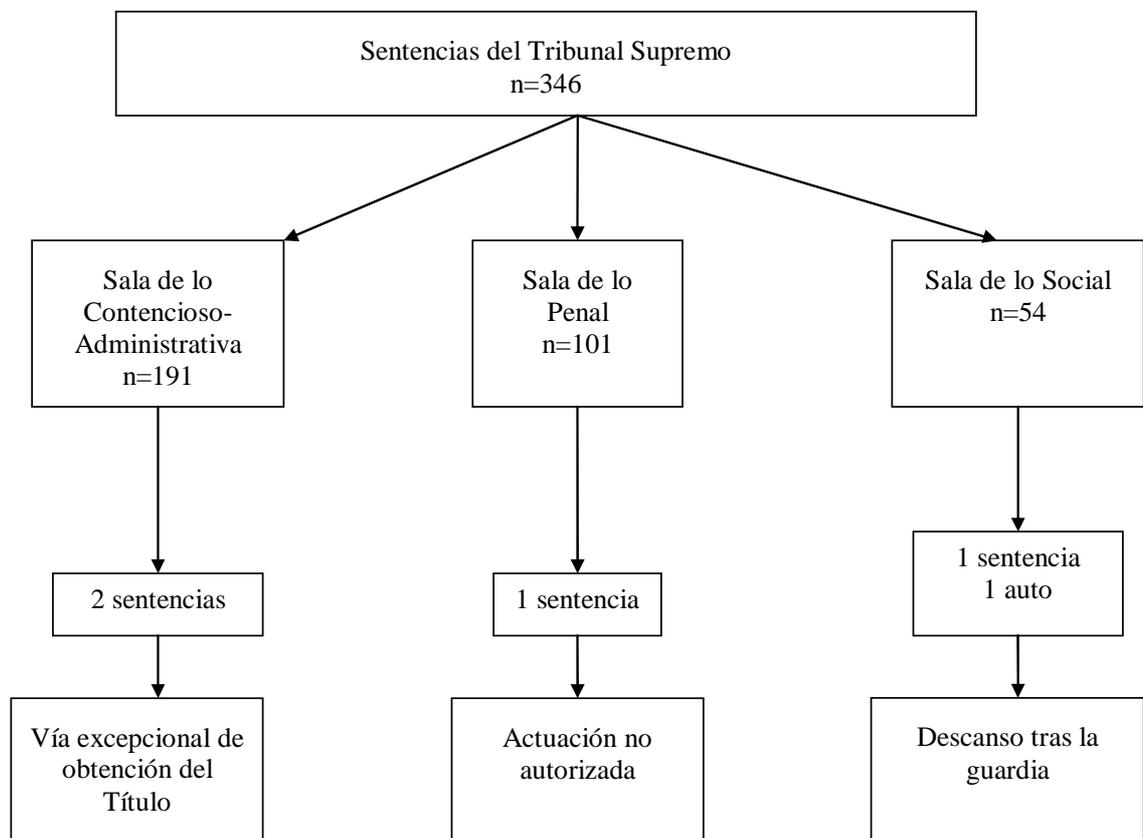
Las relativas a la rescisión son motivadas por causas bien distintas. La núm. 1086/2005 de 20 de junio 2005 tiene como antecedente de hecho la rescisión de contrato por una evaluación negativa por insuficiente aprendizaje motivado por un problema de base psiquiátrico. La patología que presentaba era susceptible de reaparecer ante intensas situaciones de estrés, se convertía así en impensable la realización de un contenido prestacional y formativo. La rescisión de contrato *"(...) cuenta con el amparo legal que proporcionan los artículo 1124 del Código Civil y el 49.1.b) del Estatuto de los Trabajadores, puesto que parece evidente que no entraña abuso de derecho alguno la consignación como condición resolutive en un contrato formativo para la obtención de una determinada especialidad médica del extremo consistente en no superar las evaluaciones establecidas para la valoración del aprovechamiento."*

La núm. 35/2010 de 28 de enero de 2010 tiene como antecedente de hecho la rescisión de contrato por una evaluación negativa por una notoria falta de aprovechamiento motivada por reiteradas faltas de asistencia no justificadas e insuficiente aprendizaje. El médico interno residente solicitó revisión de su evaluación. En el momento de la revisión acudió solo sin su tutor. *"El hecho de que el médico interno residente no acudiera a la revisión con su tutor no es causa de nulidad pues no es que sea obligatorio acudir con él sino que puede acudir si lo desea y si el médico interno residente acudió a la revisión sin tutor, hecho que no se le puede imputar a la Comisión como tampoco que tuviera la obligación de haberle notificado que podía acudir acompañado de su tutor (...)".* La extinción de la relación laboral es ajustada a derecho de conformidad con el contrato y no se puede considerar como un despido. No se considera ni un despido disciplinario, sino una causa tasada, como es la evaluación

anual negativa, por la que se extingue el contrato al amparo del artículo 49.1 del Estatuto de los Trabajadores.

### 6.3.2.4 Tribunal Supremo

Se analizan 346 Sentencias del Tribunal Supremo. 191 sentencias resueltas en la Sala de lo Contencioso-Administrativa, 101 Sentencias de la sala de lo penal y 54 Sentencias resueltas en la Sala de lo Social.



**Ilustración 129.- Sentencias del Tribunal Supremo que se han revisado.**

**Elaboración Propia.**

#### **6.3.2.4.1 Sala de Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo**

Las Sentencias (*Sentencia núm. 7288/2003 de 17 de junio de 2003 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del recurso núm. 481/1999; Sentencia núm. 7287/2003 de 17 de junio de 2003 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del recurso núm. 464/1999*) hacen referencia a la vía excepcional de obtención del título de Formación Sanitaria Especializada (Real Decreto 1497/1999, de 24 septiembre<sup>225</sup>). La vía excepcional fue motivada por un número inusualmente elevado de alumnos en las Facultades de Medicina durante la década de los setenta y por una capacidad formativa del sistema sanitario inicialmente limitada. Esto supuso que licenciados en Medicina accedieran a distintos hospitales, centros sanitarios y Unidades Docentes, iniciando una formación médica especializada no oficial, pero bajo la supervisión de los correspondientes jefes de unidades pudiendo ser equiparable, en determinados casos a lo establecido para cada especialidad. Los recursos contra este Decreto fueron desestimados.

#### **6.3.2.4.2 Sala de lo Penal del Tribunal Supremo**

La Sentencia (*Sentencia núm. 10102/1999 de 28 de diciembre de 1990 de la Sala de lo Penal*) encontrada hace referencia a la responsabilidad civil que asumen los médicos internos residentes como consecuencia de una actuación no autorizada por parte del tutor. La actuación resulta lesiva para el paciente. La responsabilidad es que en principio es compartida por el residente y por el tutor. Puesto que el médico residente sobrepasa los límites indicados por el tutor, hace por tanto algo que no está autorizado, se le responsabiliza en solitario.

El médico interno residente aun estando en el último curso de la formación sanitaria especializada, debe estar bajo la supervisión y tutela de un médico especialista (tutor del residente). El residente de último año

tiene su ámbito de actuación pero el tutor del mismo ha de supervisar o de algún modo tutelar la actividad que realiza el residente. Una de las funcionalidades que tiene esta supervisión es evitar lesiones por imprudencias consecuentes de la actuación de los médicos internos residentes.

### **6.3.2.4.3 Sala de lo Social del Tribunal Supremo**

La Sentencia *núm. 5505/2001 de 8 de junio de 2001 de la Sala de lo Social del recurso núm. 4257/2000*; y el auto *núm. 21867/2009 de 1 de abril de 2009 de la Sala de lo Social del recurso núm. 3103/2008* hacen referencia al descanso tras un periodo de guardia. La jornada anual de 1645 horas de los médicos internos residentes recoge el tiempo dedicado a la formación y las guardias. Dichas guardias tienen un carácter formativo. No obstante y con la misma finalidad docente asistencial, el residente está obligado a realizar, por encima de las horas recomendadas, las horas de atención continuada que exijan las necesidades organizativas del centro para el funcionamiento del hospital o en su caso de los Centros de Salud durante las 24 horas del día. Las horas que se realicen en concepto de atención continuada no tendrán la consideración de horas extraordinarias. Por otro lado los médicos internos residentes tienen el derecho a disfrutar del descanso entre jornadas y que el tiempo máximo de duración de su jornada semanal no supere la media de 58 horas.

## 7 Discusión

### 7.1 Discusión de la exposición pedagógica

La competencia profesional de los médicos puede definirse como *“la comunicación fluida y juiciosa, el conocimiento, las habilidades técnicas, las habilidades clínicas, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica clínica en beneficio de los individuos y las comunidades que sirve”* (Epstein R. M.; Hundert E. M., 2002).

Los médicos internos residentes han de desarrollar en el periodo de la residencia las competencias generales junto con las específicas de su especialidad.

Las **competencias generales** han sido definidas por El Consejo de Acreditación de Educación Médica de Postgrado Americano (ACGME, 2002)<sup>226</sup> en seis apartados:

- Capacidad de cuidado de pacientes: prestar la atención médica humanitaria, efectiva, confiable, enfocada a tratar los problemas de salud y a promover los estilos de vida saludables.
- Capacidad de aprovechar los conocimientos médicos. El residente debe ser capaz de reformar sus conocimientos en las ciencias biomédicas, clínicas y sociales, y saber aplicarlos con criterio en la práctica clínica.
- Capacidad de aprender de la práctica clínica e incluso mejorarla. El residente debe tener capacidad de autocrítica y ser proactivo en el cambio hacia una mejor práctica clínica.

- Posesión y capacidad de aplicar habilidades de comunicación e interpersonales. Los residentes deben demostrar capacidad de comunicación efectiva tanto verbal como escrita en cualquier ámbito, desde manejar una historia clínica hasta tratar con pacientes, sus familiares, pares y el resto del equipo de salud.
- Profesionalismo, esto es, capacidad y compromiso para poner en práctica actividades profesionales, cuidando la confidencialidad, consolidando principios éticos y demostrando sensibilidad ante las diferencias culturales de los pacientes.
- Conciencia y capacidad para manejar óptimamente dentro de las organizaciones que aportan los recursos sanitarios. El residente debe estar al tanto de los cambios en la estructura de prestación de servicios sanitarios (sistemas públicos y privados) y aplicarlos cuando corresponda. Del mismo modo debe usar de una manera adecuada los recursos.

Las competencias propias de las especialidades vienen definidas en los programas oficiales de las mismas. Los **objetivos** formativos generales de la especialidad figuran en el 100% de los programas estudiados. Los objetivos específicos figuran en el 76%. Los objetivos por rotación se describen en el 25,64% de los programas estudiados.

Las **habilidades clínicas** se recogen en un 41% de los programas formativos revisados. Referente a la habilidad de comunicación figura en un 20,51% de los programas formativos. En un estudio, de 2004, realizado sobre 307 entrevistas de médicos internos residentes de último año, con varios observadores entrenados se comprobó que los médicos internos residentes llevan a cabo recibimientos y cierres de consulta muy breves y comunicativamente hablando muy pobre ya que empleaban muy pocas habilidades relacionales (Ruiz Moral R., Parrás Rejano J. M., Alcalá Partera J. A., Castro Martín E., Pérula de Torres L. A., 2005)<sup>227</sup>.

Las **actitudes genéricas** que debe tener un médico interno residente se expresa en un 48,72% de los programas formativos analizados. Así en el programa de Medicina Familiar y Comunitaria en su programa de 2005 se han incluido actitudes del comportamiento ético, el humanismo y la profesionalidad (Casado Vicente V., 2010)<sup>228</sup>. A pesar de que estas actitudes se mencionen en los programas, se está lejos de establecer un proceso docente que permita obtener estas actitudes a los médicos internos residentes que no las posean previamente, y aún más alejados de poder evaluar a los médicos internos residentes sobre la base de sus actitudes (Saura Llamas J., Saturno Hernández J., Romero Sánchez E., 2007)<sup>229</sup>.

La **investigación** aparece mencionada en el 84,62% de los programas estudiados. Los programas de especialidades quirúrgicas y médico quirúrgicas lo mencionan en un 80% de los mismos. Los programas de especialidades de Servicios Centrales en un 60%. Las especialidades médicas los indican en un 50% de los mismos. Se constata en una encuesta pasada a 51 especialistas de Endocrinología y Nutrición que consideran que los médicos internos residentes tienen una escasa labor investigadora (Moreno Fernández J. Gutiérrez Alcántara C., Palomares Ortega R., García Manzanares Benito López P., 2011)<sup>230</sup>. Los endocrinólogos entrevistados no creen necesario realizar los cursos de Doctorado (44,4%) ni llevar a cabo la Tesis Doctoral (66,77%) durante la residencia. En un estudio de 300 médicos de Atención Primaria (especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría y sus áreas específicas) publicado en 2010, un 67% de ellos declaran no haber publicado ningún artículo científico en los últimos 5 años (González de Dios J., Flores Canoura A., Jiménez Villa J., Gutiérrez Fuentes J. A., 2010)<sup>231</sup>. Los médicos internos residentes a la hora de elegir un destino para desarrollar un rotación externa valoran la investigación que se está realizando (Torres do Rego A., 2011)<sup>232</sup>. En una encuesta realizada a 278 médicos internos residentes de Anestesia y Reanimación Unidades

Docentes acreditadas puso de manifiesto la escasa participación en comunicaciones a reuniones científicas (López Timoneda F., Moro J., Tejedor J., 2007)<sup>233</sup>.

El sistema de aprendizaje recae fundamentalmente en el residente. El **papel del residente** en esta formación es fundamental, se basa en un aprendizaje activo, autoaprendizaje y autoformación. Se ha observado en algunos estudios que el papel de los médicos internos residentes en el año 2001 es menos activo que el de los médicos internos residentes de los años 1970 a 1980 (Rodríguez Sanz J., 2006). La motivación de los residentes es la fuente de energía de su formación.

En relación a la **evaluación** de los médicos internos residentes, se recomienda utilizar métodos diversos para dar más rigor a los resultados (Prados Torres J. D., Santos Guerra M. A., 2000)<sup>234</sup>. El método de medida tiene un gran relevancia en las intervenciones de enseñanza (Sánchez López M.C., Sánchez Sánchez J. A., Aguinaga Ontoso E., Madrigal Torres M. et al., 2009)<sup>235</sup>, (Aquerreta Beola J. D., del Cura Rodríguez J. L, 2011).

La **supervisión** que se efectúa a la labor de los médicos internos residentes tiene su importancia. En estudios realizados en médicos internos residentes con síndrome de burnout debido a las cargas de trabajo de las actividades realizadas resultó significativo para los médicos internos residentes la falta de supervisión del equipo (Castelo Branco C., Figueras F., Eixarch E., Quereda F., Cancelo M. J., González S., Balascha J., 2007),<sup>236</sup> (Fonseca M., Sanclemente M. G., Hernández C., Visiedo C., Bragulat E., Miro O., 2010)<sup>237</sup>.

## 7.2 Discusión de las variables analizadas.

Se ha estudiado los datos registrados de los médicos internos residentes de Castilla y León para las 39 especialidades seleccionadas. El conjunto de los médicos internos residentes que se forman en Castilla y

León en el año 2012 constituyen el 6% de todos los médicos internos residentes que se forman en la actualidad en el Sistema Nacional Salud (Matas Aguilera V., Galán Ocaña S., 2012)<sup>238</sup>. Con esta proporción las conclusiones a las que llegamos no podemos dimensionarlas para todo el Sistema Nacional de Salud.

### **7.2.1 Características sociodemográficas de los MIRCyL**

La **feminización** en el ámbito de la medicina es un proceso descrito por diversos autores y no es exclusivo de nuestro país, se ha descrito este aumento en los últimos 30 años (Bernis Carro C., 2011).<sup>239</sup>

La **edad** media de los médicos internos residentes estudiados es de 29,5 años. A lo largo de los 12 años la edad mediana, tanto en hombres como en mujeres **asciende**. La edad media de los médicos extranjeros es superior (29,7). Este aumento de la edad de los residente se produce igualmente en otras Comunidades Autónomas (Llupíá A., Costas L., Grau J., Trilla A., 2009)<sup>240</sup>. Se define como un progresivo envejecimiento en la edad de inicio de la especialidad en las sucesivas promociones, es decir, los médicos internos residentes tiene mayor edad al iniciar la especialidad, este hecho se viene arrastrando desde la década anterior a nuestro estudio (Saura-Llamas J. Sesma Arnáiz R., Fernández Cuenca J., Borchert Muñoz C., Sáez Yanguas A., 2001)<sup>241</sup>.

La media de edad de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria es de 32,21 años, esta es superior a la media de los que eligieron otras especialidades. En una encuesta realizada a 578 residentes de primer año en el año 2009 apreciaba que los de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (29,02 años) tenían una media de edad superior al resto de residentes (27,42 años). (Galindo Coronil S., Serrano del Rosal J. M. García de Diego, Biedma Velazquez L., Ranchal Romero J.,

2013)<sup>242</sup>. Se ha visto una asociación entre tener más edad, estar casado y tener hijos con la elección de una especialidad de Atención Familiar y Comunitaria (Escobar Rabadán F., López-Torres Hidalgo J., 2008)<sup>243</sup>.

Un 15,5% de los MIRCyL proceden de **América** (excluido Estados Unidos). El ascenso de los extranjeros se experimenta a partir de 2005. Este fenómeno de la extranjerización de la formación residente se ha constatado en otros estudios. (Torres M., Francesc Cardellach, Magdalena Bundó, Josep Anton Capdevila, 2008)<sup>244</sup>, (Tirado Conde G., Miravittles M., Álvarez Sala J. L., Rodríguez de Castro F., Ancochea J., 2009)<sup>245</sup>, (González López-Valcárcel B., Barber Pérez P., 2012)<sup>246</sup>,

Entre los factores que influyen en la **movilización** son la *facilidad* para acceder a una plaza de Formación Sanitaria Especializada, el *prestigio* del sistema formativo español (Llupiá A., Costas L., Grau J., Trilla A., 2009), oportunidad de *empleo*, la oportunidad de *formación continuada* futura, la *situación económica* (Wismar M., Glinos I. A., Maier C. B., Dussault G., Palm W., Bremner J., Figueras J., 2011)<sup>247</sup>, política y social de los países de origen y destino, los *trámites* administrativos de homologación de título, el idioma y el conocer a otras personas que hayan migrado (Carroll D. B., Malvarez S., Martínez Millan J. I., Padilla M., Pando Letona M., Hernández S.S. et als., 2011)<sup>248</sup>. Todos los trámites administrativos necesarios para poder entrar en un país, junto con los trámites necesarios para homologar los títulos profesionales una vez dentro de él, constituyen muchas veces obstáculos que desmotivan la migración. Para el caso de los profesionales que migran con la ayuda de organizaciones estos trámites dejan de ser un obstáculo. Así en Perú hay academias que se encargan de preparar a sus profesionales para el examen de acceso a la Formación Sanitaria Especializada (Barber Pérez P., González López-Valcárcel B., 2008)<sup>249</sup>.

**Castilla y León** es el lugar de residencia fijado en más de un 50% de médicos internos residentes, en el resto de España, la provincia que recoge más de un 38% de los médicos internos residentes, es **Madrid**.

### **7.2.2 MIRCyL registrados durante los años 2001 a 2012.**

El desfase entre las plazas adjudicadas y la oferta se explica por dos hechos: la no incorporación a la plaza asignada o bien que las plazas ofertadas quedan vacantes y no tiene adjudicatarios.

La **no incorporación** no se ha podido analizar para todo el periodo de estudio.

Se han producido **vacantes** en las convocatorias de 2006 y 2007 para los residentes que inician su formación en los años 2007 y 2008 respectivamente. (González López-Valcárcel B, Barber Pérez P; 2008)<sup>250</sup>.

### **7.2.3 Situación de los MIRCyL y su evaluación**

Las **evaluaciones anuales** (sumativas) **de tipo "no apto"** han sido excepcionales en la historia de la formación sanitaria especializada (Pujol Farriols R., Nogueras Rimblas A., 2001)<sup>251</sup>.

**Las evaluaciones anuales** (sumativa) **de tipo "apto"** se organizan en tres categorías: "*Suficiente*", "*Destacado*" y "*Excelente*". Los Suficientes y Destacados disminuyen en proporción a lo largo del periodo formativo y aumentan los Excelentes. Algunos autores consideran que las notas Excelente debiera limitarse de modo análogo a lo que se hace en el grado con las Matrículas de Honor (Tutosaus J. D., 2003)<sup>252</sup>.

Las especialidades del bloque Quirúrgico y de Servicio Centrales, presentan diferencias con el patrón general, no incrementándose tan

notablemente el número de *Excelentes*. Los intereses de los servicios asistenciales, las Comisiones de Docencia y los tutores pueden no concordar en los mismos aspectos y como consecuencia no se puede garantizar una homogeneidad entre las Unidades Docentes y para cada especialidad (Tolchinsky Wiesen G., 2011)<sup>253</sup>.

Diversos estudios coinciden en que la evaluación de la formación sanitaria especializada es mejorable (Pujol Farriol R. et al., 2001), (Barrios Hernández F. J., 2010)<sup>254</sup>, (Villalbí J. R., Pérez Albarracín P., Delgado Rodríguez M. et al., 2011)<sup>255</sup>. La evaluación anual tiene un componente subjetivo demasiado elevado que dificulta la discriminación de los médicos internos residentes según el nivel de competencia alcanzado (Martín Zurro A., 2004)<sup>256</sup>, (Saura Llamas J., Galcerá Tomás J., Botella Martínez C., y Navarro Mateu F., 2012)<sup>257</sup>. Los tutores de los médicos internos residentes reconocen en cuando son encuestados que utilizan poco el libro del residente (Lucas Pérez-Romero F. J., Chacón Caso P., Casado Vicente V., Pablo Cerezuela F., 2012)<sup>258</sup>. No se dedica el tiempo suficiente para su revisión e incluso se considera una labor burocrática (Bernal Bello D., 2012)<sup>259</sup>, (Barrado Hernández F. J., 2010). Para otros los tutores elaboran informes poco precisos y se dan unas notas denominadas "estándar" sin diferenciar (Marco P., 2006)<sup>260</sup>.

Las notas anuales de la formación sanitaria especializada no son tenidas en cuenta en la vida profesional del residente, lo que hace disminuir la credibilidad y utilidad de las evaluaciones (Dámaso Aquerreta Beola J., del Cura Rodríguez J. L., 2011), (Jiménez Pérez F., 2005)<sup>261</sup>. La realización de una prueba final de reconocido prestigio podría ser un estímulo para los médicos internos residentes que se están formando. De modo voluntario se han puesto en marcha en algunas especialidades pruebas de evaluación final (Urda A., Ezquerro L., Albareda J., Baeza Noci J., Blanco A., Cáceres E., et al., 2012)<sup>262</sup>.

### 7.2.4 Preferencias de los MIRCyL

Las **especialidades más cotizadas** son las *Médico-quirúrgicas* y las *Quirúrgicas*. Las especialidades quirúrgicas son las preferidas por los médicos internos residentes (López-Valcarce y Barber, 2006). Este atractivo se mantiene en la formación en una encuesta realizada en el año 2002 entre 175 médicos internos residentes del hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia se obtiene que los médicos internos residentes del grupo de especialidades quirúrgicas son los que tienen el mayor grado de satisfacción (69%) con respecto los médicos internos residentes encuestados (García Melchor E., 2009)<sup>263</sup>.

Las especialidades que están entre las diez mejores a lo largo del periodo de estudio son: *Neurología, Cardiología, Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología, Pediatría y sus áreas específicas y Cirugía Plástica Estética y Reparadora*. La preferencia por la *Cirugía Plástica, Estética y Reparadora* se ha relacionado con las expectativas profesionales hacia la actividad práctica privada lucrativa (López-Valcárcel y Barber, 2012). La especialidad de *Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología* ha sido una de las especialidades más atractivas de la última década (de Teresa Galván E., Alonso-Pulpón L., Barber P., Bover Freire R., Castro Beiras A., et al., 2006)<sup>264</sup>, (Serrano A., 2012)<sup>265</sup>. Igualmente la especialidad de *Cardiología* ha sido una de las especialidades más atractivas de la última década (Serrano, 2012).

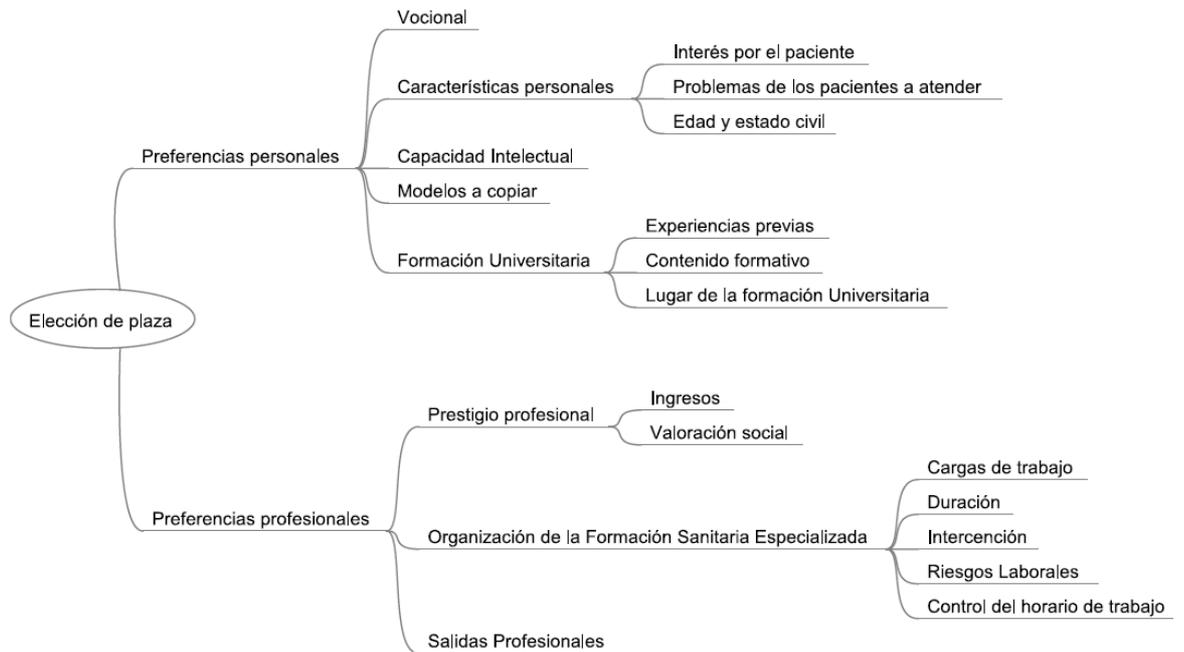
En el bloque de *Médicas y Servicios Centrales* las plazas parecen perder cotización en los últimos años. Las especialidades menos cotizadas son *Reumatología, Nefrología, Geriatria, Neurofisiología Clínica, Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina del Trabajo*.

Los **hospitales “más cotizados”** son: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Hospital Universitario Río Hortega y Complejo Asistencial Universitario de

León. En la elección de plazas para la formación sanitaria especializada, los médicos prefieren hospitales de mayor tamaño (López-Valcarce y Barber, 2006), (Antonio Alarcó Hernández A., Rodríguez de Castro F., 2007)<sup>266</sup> .

Las **Unidades Docentes** más cotizadas que forman a médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria son la UDM de Salamanca y la UDM de Valladolid Oeste. El hospital de referencia de la UDM de Salamanca es el CAU de Salamanca y el de la UDM de Valladolid Oeste es el Hospital Universitario Río Hortega. En una encuesta pasada a 77 médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en 2003 en Unidades Docentes de Castilla-La Mancha los médicos internos residentes valoraban a la hora de seleccionar una Unidad Docente en un 71,42% las actividades docentes del hospital de referencia y un 68,83% la calidad de los tutores de los Centros de Salud (Alejandre Lázaro G., Aguilar Blanco E. M., Berrocoso Martínez A., Cano Martín L. M., González González J., et al., 2005)<sup>267</sup> .

Una vez revisada la literatura científica he elaborado un mapa conceptual sobre los factores que intervienen en la **decisión de la elección de una plaza** de formación sanitaria especializada.



**Ilustración 130.- Factores relacionados con la elección de plaza. EP Elaboración propia**

1. Preferencias personales: En el estudio de tres cohortes de estudiantes de Reino Unido se analizó su tipología según el hexágono de tipología RIASEC (Realista, Investigación, Artística, Social, Emprendedor, Convencional) de Holand, se llegó a la conclusión de que los que hicieron una especialidad quirúrgica tenían una inclinación hacia lo "Realista", los médicos de hospital tienen una inclinación hacia la "Investigación", los médicos generales y los psiquiatras tiene una tendencia hacia lo "Artístico" (Petrides K.V., McManus I.C., 2004)<sup>268</sup>.

a. Vocacional: En cuanto a los motivos de elección de la especialidad, la vocación es la principal razón, seguido del hecho de que falten profesionales en la especialidad elegida y, se considera por ende, que es una especialidad con un buen futuro profesional. (Galindo Coronil S., Serrano del Rosal J. M. García de Diego, Biedma Velazquez L., Ranchal Romero J., 2012)

b. Características personales:

i. *Interés por el paciente:* Es tenido en cuenta para elegir una especialidad (Bland C. J., Meurer L. N. Maldonado G., 1995)<sup>269</sup>. Se ha demostrado en diversos estudios que hay una tendencia significativa en cuanto a que las mujeres elijan Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Medicina Interna. La mujeres valoran más la relación con el paciente y los colegas y menos los ingresos y el prestigio (Escobar Rabadán F., López-Torres Hidalgo J., 2008).

ii. *Problemas de los pacientes a atender.* El atractivo que tienen especialidad como la Medicina Interna, es que contempla una visión integradora y global del paciente, siendo capaz de manejar a enfermos cada vez más complejos, con mayor número y grado de comorbilidad (Quirós López R., 2009).

iii. *Edad y estado civil:* Tener más edad en el momento de la asignación, estar casado, tener hijos, proceder de ciudades pequeñas o de origen rural, tiene una asociación positiva con la elección de una especialidad de Atención Primaria (Escobar Rabadán F., López-Torres Hidalgo J., 2008). En un estudio de 193 estudiantes de Edimburgo, consideraban en un 43%, que las elección se condicionaba por las circunstancias familiares (Tambyraja C.A., Rowan M.C., James W.P., 2008)<sup>270</sup>.

c. Capacidad Intelectual: Las estudiantes mujeres en el estudio del 2006 a 500 estudiantes de Taiwan, valoraban más que los estudiantes hombres la capacidad intelectual como determinante de la elección de especialidad (Chang P.

Y., Hung C. Y., Wang K. I., Huang Y. H., Chang K.J., 2006)<sup>271</sup>.

d. Modelos a copiar: La falta de modelos para copiar por parte de las mujeres puede ser un factor negativo para elegir la especialidad de tipo quirúrgico (Ek E. W., Ek E. T., Mackay S. D., 2005)<sup>272</sup>.

e. Formación Universitaria:

i. *Experiencias previas*: los médicos internos residentes tienden a preferir plazas hospitalarias donde han hecho las prácticas clínicas durante el Grado (López-Valcárcel y Barber, 2012). Los estudiantes se forman una percepción de la especialidad según la influencia de los médicos internos residentes que conocen en la formación de Grado (Olivé Marqués A., 2008)<sup>273</sup>.

ii. *Contenido de la formación universitaria*. En Nueva Zelanda se han realizado reformas en la educación médica que han supuesto una disminución del énfasis por la Anatomía en la formación Universitaria. En una encuesta realizada a 218 estudiantes consideran el 33% que tienen unos conocimientos adecuados para desarrollar la cirugía con seguridad (Insull P. J., Kejriwal R., Blyth P., 2006)<sup>274</sup> Se ha considerado que el inadecuado conocimiento de Anatomía podría condicionar la elección de una especialidad quirúrgica (Deedar-Ali-Khawaja R., Mumtaz Khan S., 2010)<sup>275</sup>.

iii. *Lugar de la formación Universitaria*. La residencia de los adjudicatarios condiciona la elección (Suárez Ruz E., Barrachina Martínez I., Vivas Consuelo D., 2010)<sup>276</sup>. En un estudio realizado en 61 residentes de

pediatría en el año 2008 se llega a la conclusión de que el 67% de ellos están realizando la residencia en hospitales de la misma provincia en la que habían estudiado los estudios universitarios de Medicina y, un 15% en un hospital situado en la misma comunidad autónoma (González de Dios J., Polanco Allue I., Díaz Vázquez C. A., 2009)<sup>277</sup>. En décadas previas, los médicos internos residentes contemplaban cambiarse de comunidad autónoma para cursar la formación especializada, en cambio en la primera década del actual siglo, se pone de manifiesto que la movilidad es “el pan de cada día” de los médicos del futuro (Sánchez León A., 2011)<sup>278</sup>.

### 2. Preferencias profesionales

a. Prestigio profesional: En un estudio realizado a 2186 estudiantes de escuelas médicas de Canadá que comenzaron sus estudios en 2001 y terminaron en 2006 fueron preguntados por sus elecciones de especialidad, en el mismo se observó que en comparación con los estudiantes interesados por Medicina Familiar y Comunitaria, la tendencia a una especialidad quirúrgica era de los más jóvenes, estaban solteros y probablemente su decisión se viera influida por el prestigio de la especialidad (Scott I.M., Matejcek A.N., Gowans M.C., Diet N.M., Wright B.J., Brenneis F.R., 2008)<sup>279</sup>.

i. Los *Ingresos* juegan un papel relevante en la toma de decisión a favor de una especialidad (Buddeberg Fischer B., Klaghofer R., Abel T., Buddeberg C., 2006)<sup>280</sup> (González López-Valcárcel B., Barber Pérez P., 2010)<sup>281</sup>. Los hombres están principalmente

atraídos por los ingresos, las condiciones y los aspectos técnicos del trabajo, mientras que las mujeres están principalmente atraídas por la forma y el estilo de vida confortable, la flexibilidad horaria y la situación doméstica (Heiligers P. J. M., 2012)<sup>282</sup>.

- ii. La *Valoración Social* puede venir definida por los resultados logrados por la tecnología (López-Valcárcel, Barber Pérez, 2006). Para otros autores se define por la capacidad clínica, en la relación con los pacientes en la consulta, por el alivio del sufrimiento, por la ayuda a morir sin dolor y sin desesperación (Gérvás J., Pérez Fernández M., Sánchez Sánchez R. J., 2012)<sup>283</sup>

b. Organización de la Formación Sanitaria Especializada

- i. *Carga de trabajo*: En una encuesta realizada a 5102 estudiantes, considera el 24% que no elegían una opción quirúrgica porque tendría mucha carga de trabajo (Maggiori L, Brouquet A, Zeitoun JD, Roupret M, Lefevre JH., 2009)<sup>284</sup>.
- ii. *Duración*: la duración de la especialidad puede ser un impedimento para su elección (Are C, Stoddard HA, Huggett K, et al. 2009)<sup>285</sup>.
- iii. *Intervención*: Es el caso de la cardiología, que tiene una parte técnica muy importante con el desarrollo a lo largo de los últimos años del intervencionismo

percutáneo<sup>2</sup>, así como de la imagen cardiaca (Caro Condón J., 2011)<sup>286</sup>. En el estudio descriptivo de 3632 residentes de primer año que eligieron en el 2012, se aprecia que el factor de elección más valorado, son las posibilidades de promoción y desarrollo profesional futuro dentro de la especialidad (nuevos campos, nuevas técnicas, avances científicos, etc.)<sup>287</sup>. El avance de la tecnología no debería ir en detrimento de la disminución de habilidades clínicas. Un buen médico debe evitar la enfermedad llamada "deficiencia de las habilidades clínicas" (muchas veces asociada a un "fascinación por las técnicas") (Jiménez Alonso J., 2010)<sup>288</sup>. La inmediatez de los resultados de las especialidades quirúrgicas resulta un factor determinante para ser elegidas.

- iv. *Riesgos Laborales*: En un estudio realizado en Nigeria entre 135 estudiantes, eran conscientes en su mayoría del riesgo de VIH/SIDA asociado con especialidades quirúrgicas. Solo un 21% de los encuestados condicionaban su elección al riesgo de adquirir VIH/SIDA (Ocheke A.N., Musa J., Ekwempu C.C., 2008)<sup>289</sup>.
- v. *Control del horario de trabajo*: las estudiantes mujeres en cuestionarios pasados tenían en cuenta los horarios de las guardias. El tiempo libre disponible se emplea en ocio, familia y los propósitos no vocacionales, el control de la horas semanales que se

---

<sup>2</sup> Técnica que permite la desobstrucción arterial del corazón. Se utiliza un catéter que introduce por la pierna o brazo. Se controla con aparatos radiológicos.

emplean en responsabilidades profesionales (Budderberg-Fisher B., Klaghofer R., Aberil T., Buddeberg C., 2006).

- c. Salidas profesionales: En medio de un curso económico de crisis, la disponibilidad de trabajo ha asumido una importancia crítica como determinante de la preferencia de la especialidad entre estudiantes españoles (Jeffrey E H., 2013)<sup>290</sup> Los candidatos se decantan por especialidades más *deficitarias* y por las que tienen un mercado *privado* más atractivo (Barber Pérez P., 2008), (Suárez Ruz E., 2010).

En varios estudios las **mujeres** tienen una preferencia por especialidades denominadas clínicas (González López-Valcárcel B., Barber Pérez P., 2007)<sup>291</sup>, (Borraci R. A., Guthman G., Rubio M., Arribalzaga E. B., 2008)<sup>292</sup>, (Escobar Rabadán F., López-Torres Hidalgo J., 2008) frente a las denominadas especialidades quirúrgicas, (Matas Aguilera V., Galán Ocaña S., 2012).

En el estudio de Borraci las mujeres tienen un aprendizaje basado en la experiencia, después de analizarla desde perspectivas múltiples y valoran las relaciones interpersonales. Borraci lo denomina "*estilo divergente*". Los hombres tienen una preferencia por especialidades quirúrgicas y su aprendizaje se basa en asimilar gran cantidad de información, intentan sistematizarla en patrones y teorías unificadoras, es un "*estilo asimilador*".

El **momento de la elección** de la especialidad supone el salto definitivo a la práctica clínica habitual y un cambio sustancial en su vida marcado inicialmente por la incertidumbre y la inseguridad propias de la inexperiencia (Quirós López R., 2009). En una encuesta realizada a 578

médicos internos residentes en 2008 en Andalucía (García de Diego J. M., Ranchal Romero J., Biedma Velázquez L., Serrano del Rosal R., 2010)<sup>293</sup> señalaban que un 70% de ellos estaban desarrollando la especialidad que eligieron de primera opción. El conocimiento de la especialidad a optar antes de hacer la adjudicación incrementa las posibilidades de su elección (Toranzo Cepeda T., Aramburu Vilariño F.J., García-Castrillo Riesgo L., Algarra Paredes J., Navarro Díaz F., Tomás Vecina S. et al. 2010)<sup>294</sup>. En la etapa universitaria se posibilita este conocimiento con la formación y la realización de prácticas. El entorno en el que se desarrollan las prácticas determina la elección posterior. Si los profesionales con los que se contactan están poco motivados e incentivados, si trabajan en entornos poco satisfactorios y tienen escasas perspectivas de desarrollo profesional y personal, la percepción de estas circunstancias modulará la elección posterior (Martín Zurro A., 2009)<sup>295</sup>.

La **no incorporación y el abandono de la residencia** iniciada suponen a nuestro sistema sanitario un alto coste de oportunidad. La especialidad más perjudicada por este motivo es la Medicina Familiar y Comunitaria (González López-Valcarce B., Barber Pérez P., 2008)<sup>296</sup>, (Barber Pérez P, 2008). En Castilla y León, para el periodo de estudio, uno de cada cuatro médicos internos residentes que renuncia proceden de la Medicina Familiar y Comunitaria. El periodo troncal previo a la especialización permite hacer una elección más informada (de Sergio Romero E., 2012)<sup>297</sup>, lo que previsiblemente reducirá la frecuencia de los cambios de especialidad. Además, el coste oportunidad de esos cambios será menor, pues no significa un reinicio desde el primer curso, sino a partir del final del periodo de troncalidad (Barber Pérez P., López-Valcárcel B., 2008). En la encuesta realizada a 15759 médicos ingleses graduados entre los años setenta y noventa sobre sus preferencias a la hora de elegir, indica que solo un 28% de los encuestados supieron un año después de su graduación cuál iba a ser su especialidad preferida (Goldacre M. J., Laxton L., Lambert T. W., 2010)<sup>298</sup>. Para González López-

Valcarce este estudio alerta sobre la posible prematuridad del Sistema Español en el momento de la elección, y avala las reformas actuales de troncalidad y pasillos transitables entre especialidades (González López-Valcárcel B., 2010)<sup>299</sup>. El sistema de troncalidad podría amortiguar una errónea decisión prematura, redundando por tanto en la eficiencia del sanitario (Leyte G. M., 2008)<sup>300</sup>.

La situación de crisis económica hace prever que los adjudicatarios que inicien una especialidad la finalicen, excepto en situaciones especiales. La situación laboral de los que terminan la residencia puede favorecer la **reespecialización**, es decir volver a hacer otra especialidad (Serrano A., 2012)<sup>301</sup>. La formación troncal facilitaría la reespecialización ajustada a las necesidades de las Comunidades Autónomas.

A partir del 1 de enero de 1995, **la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria** es necesaria para desempeñar plazas de Médico de Medicina General en centros o servicios sanitarios integrados del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 583/1998, de 4 de junio)<sup>302</sup>. Este Real Decreto aplica la Directiva 86/457/CEE del Consejo de 15 de septiembre<sup>303</sup>. Esta especialidad no tiene una alta cotización en la actualidad (Ortún V. 2011)<sup>304</sup>, (González López-Valcárcel B., Barber Pérez P., 2012). En un estudio realizado entre 578 médicos internos residentes andaluces en 2009, pone de manifiesto que el porcentaje de médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que elige esta especialidad (61,9%) como primera opción es inferior a la proporción de médicos internos residentes que eligen otras especialidades (84,3%) (Galindo Coronil et al., 2012). Esta situación de poca cotización se da en otros países (Budderberg-Fisher B., Klaghofer R., Abel T. Buddeberg C., 2006), en un estudio canadiense de 2001, se afirma que el 39% de los médicos de familia no ejercen completamente como tales, bien porque terminan realizando otra especialidad o bien abandonan la profesión (López-Valcárcel, Barber Pérez P., 2006). La sobreabundancia de plazas

de Medicina Familiar y Comunitaria no parece explicar su pérdida de cotización, más bien parece achacarse a una pérdida de atractivo (González López-Valcárcel B., Barber P., 2012)<sup>305</sup>. Las soluciones que se proponen para mejorar la falta de afecto por la especialidad son incluir Familia en la formación de grado, fomentar una relación más fluida entre la Atención Primaria y Atención Especializada y reducir la carga burocrática en Atención Primaria (Sevillano E. G., 2010)<sup>306</sup>. En la convocatoria publicada en 2010 con acceso en 2011, se observó que un 68,7% de los especialistas que habían “elegido” la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria eran reincidentes en su elección, es decir, en los últimos cuatro años habían elegido previamente esta especialidad. (Ortún, 2011). Se explica esta situación porque posiblemente no hayan terminado esta formación cuando la eligieron. Luego el abandono de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria no supone una renuncia definitiva de la misma (Barber Pérez P., González López-Valcárcel B., 2011)<sup>307</sup>.

### **7.3 Discusión de la dinámica de sistemas con prospección**

La **formación de un médico especialista** lleva más de una década. Es una inversión de capital humano a largo plazo que precisa una planificación de la oferta de médicos con horizonte a medio y largo plazo. (Alarcó Hernández A., Rodríguez de Castro F., 2007)<sup>308</sup>.

Las **poblaciones de médicos internos residentes en Castilla y León** han crecido desde el año 2001 hasta el año 2012: médico-quirúrgica (42,77%), quirúrgicas (41,72%), Servicios Centrales (40,55%). La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha descendido (3,86%)

La “*bolsa histórica*” de los años ochenta y noventa surge por un crecimiento acelerado de médicos en los años ochenta en nuestro país. Se debe a tres circunstancias: en primer lugar, la atracción que sobre los

estudiantes ejercía la posición social y económica de la que gozaba la profesión médica, en segundo lugar la creación de nuevas facultades y en tercer lugar la **falta de planificación** ajustada a las necesidades sociales. En la década de los ochenta se frena el crecimiento mediante el establecimiento de los *números clausus*. Las plazas de formación sanitaria especializada ofertadas no permitieron cubrir las expectativas de todos los licenciados. Supuso por tanto un déficit de formación especializada en la década de los ochenta y principio de los noventa. La oferta de plazas ha ido incrementándose paulatinamente, pero la capacidad de absorción de los médicos especialistas no ha tenido esta evolución. En estas circunstancias surge la denominada "bolsas de médicos especialistas" (Alonso Magdaleno M. I., 2003)<sup>309</sup>. La planificación a corto plazo para solventar problemas (existencia de la "bolsa histórica", licenciados sin posibilidad de acceder a título de especialista) desplazan el problema a medio y largo plazo (aumenta la "bolsa de médicos especialista") (Alonso Magdaleno M. I., 2003)<sup>310</sup>. El exceso de especialistas formados desempleados supone o bien un desplazamiento al extranjero o bien un abandono de la profesión (Alonso Magdaleno M. I., 2003)<sup>311</sup>.

La planificación de las necesidades profesionales precisa de un registro fiable y dinámico, de todas las Comunidades Autónomas (Torres M. et al., 2008). La segmentación de la formación aumenta las necesidades del planificador, porque habrá que alcanzar un nivel mínimo en cada uno de los segmentos (Barber Pérez, González López-Valcárcel, 2006). Las convocatorias de formación sanitaria especializada se han de fundamentar en las previsiones de las necesidades sociales futuras (Alonso Magdaleno M. I., 2003)<sup>312</sup>. La planificación en un contexto de incertidumbre junto con los cambios en las nuevas tecnologías, los avances científicos, las demandas sociales y los nuevos modelos de organización hacen que sea una tarea logística de gran complejidad (Barber P, González Lopez-Vacárcel B., 2010)<sup>313</sup>.

Las **pérdidas estimadas** con la simulación planteada son de un 4-5% para las especialidades quirúrgicas, médico-quirúrgicas y el resto de médicas (sin Medicina Familiar y Comunitaria). Las pérdidas estimadas para especialidades de Servicios Centrales y Medicina Familiar y Comunitaria son superiores a un 15%. Según el trabajo Oferta y necesidad de especialistas médicos en España para 2008-2025 (Barber Pérez P., González López-Valcárcel B., 2009)<sup>314</sup> las especialidades con mayor cuantías de abandono se concentran en especialidades del bloque médico y de servicios centrales. Estas estimaciones son hipótesis de trabajo a tener en cuenta en las futuras planificaciones, no son predicciones futuras.

Un número insuficiente de efectivos médicos compromete la oferta de cuidado. Pero aun habiendo suficientes médicos en el país, podría ocurrir que estuvieran desigualmente distribuidos geográficamente, con zonas deficitarias y otras excedentarias. Para afrontar el déficit a corto plazo, algunos países permiten reasignaciones de tareas entre especialidades (Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Geriatria) y entre médicos y otros profesionales (oftalmólogos y ópticos; radiólogos y técnicos de radiología; médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y Diplomados en Enfermería) (Barber Pérez, González López-Valcárcel, 2008). Cualquier cambio en la organización precisa ser valorado y anticipar las dificultades inherentes a su introducción (Navarro-Mateu F, 2010)

## **7.4 Discusión del análisis legislativo y jurisprudencia de la relación laboral especial**

### **7.4.1 Trayectoria de la relación laboral especial: soluciones**

Las incidencias se plantean en el apartado 6.5. La incidencia más relevante que cabe mencionar es el *cese voluntario de la prestación servicios*.

La renuncia voluntaria no está penalizada en la actualidad, pudiéndose cuestionar esta penalización en un futuro. El poner una nota de corte, en las pruebas de acceso, seleccionará a los candidatos con mayor cualificación.

El conocimiento de los adjudicatarios antes de elegir la especialidad es fundamental a la hora de su elección. Una elección fundada en la experiencia personal probablemente mejorará la elección de la misma.

El conocer las causas que motivan las renunciaciones en las especialidades que más pérdidas registran a esta causa nos permitirá planificar los cambios oportunos para poder reducirlos y mejorar la eficiencia de la formación sanitaria especializada.

En la tabla siguiente se dan soluciones a estas incidencias.

INCIDENCIA	SOLUCIÓN
<b>Imposibilidad de prestar servicios por suspensión superior al 25 por ciento anual</b>	Prórroga de contrato por tiempo necesario o incluso repetición completa.
<p>Cese voluntario de la prestación de los servicios: <b>Renuncia Voluntaria</b></p> <p>Desconocimiento de los actos de asignación y de la actividad a realizar en la residencia.</p> <p>Experiencias de las rotaciones.</p> <p>Opinión del sector de la especialidad.</p>	<p>El interesado ha de conocer el mecanismo de elección de plaza en el acto adjudicación y la actividad de las Unidades Docentes antes de la elección de plaza.</p> <p>La cultura de la mejora continua hace reflexionar sobre la formación y puede corregir las malas experiencias en el futuro.</p> <p>Todos los profesionales que forman parte del Servicio de Salud tienen su función. Todos los profesionales son fundamentales.</p>
Cometer <b>faltas</b> disciplinarias tipificadas.	Investigación de las circunstancias y apertura de expediente si se precisa.
Obtener evaluación anual no apta por deficiencias relevantes: <b>recuperable.</b>	Plan de recuperación específica y programada.
Obtener evaluación anual no apta por deficiencias relevantes: <b>no recuperable.</b>	<p><u>Vía administrativa:</u></p> <p>Revisión de la evaluación. Reclamación previa a la vía judicial laboral.</p> <p><u>Vía judicial:</u></p> <p>Interposición de Demanda ante el juzgado de lo Social de primera instancia Interposición de recurso de suplicación ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social. Interposición de recurso de casación para unificar doctrinas ante el Tribunal Supremo.</p>

**Tabla 31.- Comparativa de incidencias de la Formación Sanitaria Especializada y de las soluciones (continua). Elaboración propia**

INCIDENCIA	SOLUCIÓN
<b>Compatibilización</b> de la actividad.	Solicitud a la Función Pública la petición de compatibilidad
<b>Otras:</b> Pérdida de la capacidad. Muerte. Pérdida de la acreditación de la Unidad Docente. Violencia de género.	Otras: Finalización del contrato. Finalización del contrato. Cambio a otra Unidad Docente. Cambio a otra Unidad Docente.

**Tabla 32.- Comparativa de incidencias de la Formación Sanitaria Especializada y de las soluciones. Elaboración propia**

## 7.4.2 Discusión de los resultados de búsquedas de sentencias

### 7.4.2.1 Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León

La Sentencia número 1007/2004 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo hace referencia a la formación sanitaria especializada en relación con los **méritos** que se le otorgan en una selección de personal sanitario. No procede discusión pues se trata de un agravio comparativo entre dos solicitantes de una plaza en un proceso de concurso oposición.

Las Sentencias señaladas (números *80/2006*, *628/2006*, *1160/2006*, *103/2008* y *751/2009*) de la Sala de lo Social hacen referencia a las **condiciones laborales** de los médicos internos residentes. La situación laboral y formativa de los médicos internos residentes se define minuciosamente en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre. Esta norma estaba contemplada tanto en el artículo 20.3.f) como en la disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Con esta norma se establece un marco general homogéneo para todos los médicos internos residentes.

Las Sentencias números 1086/2005 y 35/2010 hacen referencia a la **rescisión de contrato** de los médicos internos residentes. Cuando la

causa de fin de contrato figura recogida entre las normas que regulan la formación sanitaria especializada de los médicos internos residentes no se puede decir que no ha sido procedente. No son muchas las veces que ocurren estos hechos, según se ha podido constatar en el análisis de las variables. Las veces que ocurre no son situaciones agradables, ni para los interesados, ni para la Comisión de Docencia a la que pertenece. En el caso de la Sentencia 1086/2005 tiene base en una patología psiquiatría bien definida. La Comisión de Docencia actuó consecuentemente con celeridad y la jurisprudencia que se desprende de esta actuación lo considere procedente. En los primeros años de formación no se suspende, los motivos son: el tutor no conoce en profundidad al residente, se prefiere dar una prórroga recuperable a una acción que no tiene vuelta atrás, desconocimiento de la tramitación por parte de los tutores, etc. Para poder defender ante instancias superiores la nota de "no apto" se deberían fijar unos criterios de selección lo más objetivos posibles además de disponer de documental que avale los resultados formativos de los residentes. Si la decisión ha sido tomada por la mayoría del Comité de Evaluación tendrá mayor relevancia, y siempre se ha tener presente dos hechos que pueden invalidar la actuación del Comité de Evaluación:

- Realizar la evaluación de acuerdo al *procedimiento de evaluación* como figura en las normas que lo regulan (Orden de 22 de junio de 1999, Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre e Instrucciones de Evaluación )
- *Informar por la vía oficial al médico interno residente.* La vía oficial es el Tablón de Anuncios. Además de la publicación en dicho Tablón, se pueden utilizar otros medios de comunicación (correo electrónico, carta certificada). La notificación de evaluaciones negativas deben de remitirse por cualquier medio que permita tener constancia de recepción por el interesado o su representante, así como la fecha, la identidad y el

contenido del acto notificado (Art. 39 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre)<sup>315</sup>.

#### **7.4.2.2 Tribunal Supremo**

Las revisiones de las Sentencias números 7288/2003 y 7287/2003 hacen referencia a la **vía excepcional de obtención** del Título de formación sanitaria especializada. Las vías excepcionales de obtención de título han sido dos: una para especialistas del ámbito de Atención Especializada fundamentalmente (Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre<sup>316</sup> y Resolución de 14 de mayo de 2001<sup>317</sup>) y otra para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio<sup>318</sup>, Resolución de 26 de marzo de 1999<sup>319</sup>, Resolución de 17 de diciembre de 2001<sup>320</sup> y Real Decreto 220/2013, de 22 de marzo<sup>321</sup>).

El recurso se plantea en contra del Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre. El régimen excepcional de acceso a la especialidad tiene que ver con la competencia del Estado para la regulación de las condiciones de obtención de títulos profesionales, la cual va dirigida, no a regular una profesión, sino a proporcionar la capacitación necesaria para el ejercicio de actividades profesionales. Los procedimientos de acceso a la especialidad. Si comparamos los dos procedimientos de acceso a la especialidad, el ordinario como médico interno residente y el extraordinario, el indicado por el Real Decreto impugnado, se puede poner de manifiesto un mayor grado de exigencia en el ordinario, pero ello no supone que el extraordinario comporte necesariamente una disminución de calidad en el sistema. Parte de la mayor exigencia de la formación ordinaria viene de la demanda de los graduados en medicina en relación con la capacidad de las Unidades Docentes acreditadas que los reciben.

La Sentencia número 10102/1999 hace referencia a la responsabilidad penal de un residente que ha **actuado por encima de lo aconsejado** por su tutor. El médico interno residente debe conocer sus limitaciones y actuar de acuerdo con las funciones que tiene encomendadas bajo la supervisión de su tutor, sin tener que llegar por ello a lo que algunos médicos denominan "medicina defensiva" para no exponerse a reclamaciones. (Abreu González R, 2004)<sup>322</sup>. El alto índice de atrevimiento e irreflexión del médico interno residente conceptúa su actuación como de caracteres de temeridad. El médico interno residente estaba realizando, en su primer año de formación, una guardia de "presencia física", el adjunto que podría haber tutorizado al residente estaba de "guardia localizada". El médico interno residente debía haber avisado al médico tutor de guardia localizada para la realización de cualquier acto médico. Esta situación no debe plantearse en la actualidad, pues partir del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, en el artículo 15 se dice, "que la supervisión de los médicos internos residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los dispositivos del centro o unidad por los que el médico interno residente esté rotando o prestando servicios de guardia". Los médicos especialistas que supervisan al médico interno residente deben indicarlo por escrito (alta, baja y demás documentos).

La Sentencia número 5505/2001 hace referencia a la **libranza tras los servicios prestados en concepto de atención continuada**. En ella se dice "(...) *el disfrute de dicho descanso podrá efectuarse, por necesidades del servicio y en perjuicio para su formación en períodos de tiempo más amplios cuyo cómputo global no supere las cuatro semanas, salvo acuerdo expreso entre las partes o fuerza mayor. Teniendo en cuenta la finalidad formativa del presente contrato, la prestación de servicios nocturnos de presencia física no implicará necesariamente la libranza del día siguiente al de su realización.*" En la actualidad esta libranza está regulada en artículo 5 del Real Decreto 1146/2006, de 6 de

octubre, donde dice: *“Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas. En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. En estos supuestos, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.”*

El Auto número 21867/2009 hace referencia a las **retribuciones de los servicios prestados tras un periodo de atención continuada**. En este Auto se indica que las horas trabajadas tras una jornada de atención continuada no se pueden considerar horas extraordinarias, pues el artículo 34 del Estatuto de los Trabajadores no es de aplicación en los médicos internos residentes.



## 8 Conclusiones, limitaciones, fortalezas y propuestas de futuro

### 8.1 Conclusiones del estudio

Como colofón al estudio realizado se indican las siguientes conclusiones:

- Los **programas formativos** de las treinta y nueve especialidades analizados no son parangonables ni en su estilo, ni en su forma.
- La **edad** de los médicos internos residentes en Castilla y León, se ha incrementado en el periodo de estudio.
- Las **mujeres** predominan en el total de las especialidades.
- El notable aumento de médicos *extranjeros*. La procedencia más frecuente es la de países de América de habla hispana.
- Las **evaluaciones anuales** no son homogéneas en todas las especialidades. Los bloques Quirúrgico y de Servicios Centrales difieren del resto.
- La calificación otorgada de *Excelente* se concentra en el último año de formación.

- Las especialidades más **cotizadas** son las del bloque quirúrgico y médico-quirúrgico.
- Hemos elaborado una **prospección** de la población de residentes que finalizan. Se analizan los factores que interactúan en el modelo del sistema de formación especializada de médicos residentes.
- Hemos puesto de manifiesto las **incidencias** contractuales, analizando las normas que lo regula y proponiendo **soluciones**.
- La **jurisprudencia** estudiada nos ha permitido manifestar que las incidencias en la formación son escasas y no representativas.

## 8.2 Limitaciones y fortalezas del estudio

Las **fortalezas** de este estudio se pueden resumir en:

- La población de estudio en su totalidad, sin necesidad de hacer inferencias a través de una muestra.
- Las variables cumplimentadas tiene un nivel de registro elevado.
- Se aportan esquemas, mapas conceptuales, gráficos, tablas y esquemas que facilitan comprensión del lector.
- Se analiza las normas que la regulan junto a la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de nuestra Comunidad y el Tribunal Supremo.

- Compara números de orden estandarizados y de varias convocatorias. En otros estudios se comparan números de orden sin estandarizar.
- Utiliza una Dinámica de Sistemas para entender la situación del asunto.

Las **limitaciones** del estudio:

- No se han estudiado la Universidad de procedencia de los médicos internos residentes.
- No se estudian las evaluaciones formativas o continuadas de los médicos internos residentes.
- No se analizan los ambientes formativos de los médicos internos residentes.
- No se conocen las valoraciones de los protagonistas de la formación: tutores, médicos internos residentes y todos los profesionales con los que conviven en su formación.
- La Dinámica de Sistemas abarca únicamente el periodo de formación sanitaria especializada, no recoge ni la formación universitaria, ni el mercado laboral futuro.
- No se hace una revisión de reclamaciones previas que presentan los residentes en el tiempo de estudio.

## 8.3 Propuestas de futuro

A la vista del estudio realizado se plantean las siguientes propuestas:

- Estudiar la detección de necesidades formativas que presenta el médico interno residente a lo largo de su formación.
- Analizar las redes sociales en las que se desarrolla la formación sanitaria especializada en Castilla y León
- Estudiar las motivaciones que han llevado a elegir a los adjudicatarios una plaza de formación sanitaria especializada en la Comunidad de Castilla y León.
- Estudiar la procedencia de los médicos internos residentes que han elegido Medicina Familiar y Comunitaria
- Estudiar las causas de renuncias de los residentes a la firma del contrato.

## 9 Glosario

**BOCYL** Boletín Oficial de Castilla y León

**BOE** Boletín Oficial del Estado

**C. A.** Comunidad Autónoma

**CAU** Complejo Asistencial Universitario

**ACGME** Acreditación de Educación Médica de Postgrado Americano

**FSE** Formación Sanitaria Especializada

**GAP** Gerencia de Atención Primaria

**HCU** Hospital Clínico Universitario

**HURH** Hospital Universitario Río Hortega

**I+D** Investigación y Desarrollo

**MIR** Médico Interno Residente

**PE** Proceso Estratégico

**PO** Proceso Operativo

**PS** Proceso de Soporte

**PTC** Plan Transversal Común

**RD** Real Decreto

**SAN** Sanidad

**SCO** Sanidad y Consumo

**TAC** Tomografía Axial Computerizada

**TIC** Tecnologías de la Información y Comunicación

**U.D.** Unidad Docente

**UDM** Unidad Docente Multiprofesional



# 10 Anexos

## 10.1 Anexo I orden de elección de plazas

Nº de orden	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	Neurocirugía	Cardiología	Angiología y cirugía vascular	Neurocirugía	Cardiología	Endocrinología y nutrición	Cirugía plástica estética y reparadora	Cardiología	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía cardiovascular	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía plástica estética y reparadora
2	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía cardiovascular	Cirugía plástica estética y reparadora	Oncología médica	Cirugía plástica estética y reparadora	Cardiología	Cirugía plástica estética y reparadora	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cirugía plástica estética y reparadora	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cirugía cardiovascular
3	Cirugía plástica estética y reparadora	Cirugía oral y maxilofacial	Cardiología	Cardiología	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cardiología	Cirugía cardiovascular	Cirugía oral y maxilofacial	Cardiología	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cirugía pediátrica	Cardiología
4	Cardiología	Oftalmología	Dermatología médico quirúrgica y v.	Urología	Cirugía plástica estética y reparadora	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cirugía oral y maxilofacial	Neurocirugía	Cirugía oral y maxilofacial	Cirugía oral y maxilofacial	Cardiología	Dermatología médico quirúrgica y v.
5	Dermatología médico quirúrgica y v.	Neurología	Cirugía torácica	Oftalmología	Neurocirugía	Cirugía cardiovascular	Dermatología médico quirúrgica y v.	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cirugía cardiovascular	Cardiología	Neurocirugía	Neurocirugía
6	Cirugía oral y maxilofacial	Angiología y cirugía vascular	Oncología médica	Dermatología médico quirúrgica y v.	Cirugía oral y maxilofacial	Pediatría y áreas específicas	Endocrinología y nutrición	Neurología	Otorrinolaringología	Endocrinología y nutrición	Cirugía cardiovascular	Cirugía oral y maxilofacial
7	Oncología médica	Oncología médica	Aparato digestivo	Angiología y cirugía vascular	Pediatría y áreas específicas	Cirugía oral y maxilofacial	Pediatría y áreas específicas	Endocrinología y nutrición	Pediatría y áreas específicas	Neurocirugía	Angiología y cirugía vascular	Otorrinolaringología
8	Oftalmología	Cirugía plástica estética y reparadora	Pediatría y áreas específicas	Neurología	Endocrinología y nutrición	Neurocirugía	Oftalmología	Cirugía cardiovascular	Neurocirugía	Oftalmología	Cirugía oral y maxilofacial	Oftalmología
9	Urología	Dermatología médico quirúrgica y v.	Neurología	Otorrinolaringología	Cirugía torácica	Oftalmología	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Otorrinolaringología	Cirugía torácica	Neurología	Pediatría y áreas específicas	Pediatría y áreas específicas
10	Neurología	Endocrinología y nutrición	Otorrinolaringología	Endocrinología y nutrición	Geriatría	Cirugía torácica	Cirugía ortopédica y traumatología	Cirugía torácica	Endocrinología y nutrición	Urología	Otorrinolaringología	Obstetricia y ginecología
11	Aparato digestivo	Cirugía torácica	Alergología	Pediatría y áreas específicas	Oftalmología	Oncología médica	Neurología	Pediatría y áreas específicas	Neurología	Otorrinolaringología	Oftalmología	Aparato digestivo
12	Radiodiagnóstico	Pediatría y áreas específicas	Cirugía oral y maxilofacial	Aparato digestivo	Obstetricia y ginecología	Aparato digestivo	Anestesiología y reanimación	Anestesiología y reanimación	Oftalmología	Obstetricia y ginecología	Urología	Cirugía gral. Y del a. Digestivo
13	Hematología y hemoterapia	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Urología	Oncología médica	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Obstetricia y ginecología	Otorrinolaringología	Urología	Obstetricia y ginecología	Aparato digestivo	Radiodiagnóstico	Angiología y cirugía vascular
14	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Radiodiagnóstico	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Anestesiología y reanimación	Angiología y cirugía vascular	Neurocirugía	Angiología y cirugía vascular	Urología	Cirugía torácica	Obstetricia y ginecología	Endocrinología y nutrición
15	Pediatría y áreas específicas	Urología	Obstetricia y ginecología	Anestesiología y reanimación	Angiología y cirugía vascular	Anestesiología y reanimación	Radiodiagnóstico	Obstetricia y ginecología	Aparato digestivo	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Cirugía torácica	Cirugía torácica
16	Obstetricia y ginecología	Obstetricia y ginecología	Anestesiología y reanimación	Obstetricia y ginecología	Neurología	Cirugía ortopédica y traumatología	Obstetricia y ginecología	Oftalmología	Cirugía ortopédica y traumatología	Cirugía ortopédica y traumatología	Neurología	Urología
17	Otorrinolaringología	Aparato digestivo	Cirugía ortopédica y traumatología	Radiodiagnóstico	Otorrinolaringología	Otorrinolaringología	Oncología médica	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Oncología médica	Pediatría y áreas específicas	Cirugía ortopédica y traumatología	Cirugía ortopédica y traumatología
18	Anatomía patológica	Anestesiología y reanimación	Nefrología	Cirugía ortopédica y traumatología	Hematología y hemoterapia	Radiodiagnóstico	Aparato digestivo	Aparato digestivo	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Radiodiagnóstico	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Reumatología
19	Angiología y cirugía vascular	Otorrinolaringología	Oncología radioterápica	Psiquiatría	Cirugía ortopédica y traumatología	Neurología	Angiología y cirugía vascular	Cirugía ortopédica y traumatología	Angiología y cirugía vascular	Angiología y cirugía vascular	Aparato digestivo	Radiodiagnóstico
20	Cirugía ortopédica y traumatología	Psiquiatría	Psiquiatría	Oncología radioterápica	Urología	Urología	Urología	Radiodiagnóstico	Radiodiagnóstico	Anestesiología y reanimación	Endocrinología y nutrición	Anestesiología y reanimación
21	Anestesiología y reanimación	Cirugía ortopédica y traumatología	Neumología	Neumología	Aparato digestivo	Cirugía gral. Y del a. Digestivo	Medicina intensiva	Oncología médica	Anestesiología y reanimación	Oncología médica	Anestesiología y reanimación	Neurología
22	Oncología radioterápica	Neumología	Hematología y hemoterapia	Hematología y hemoterapia	Radiodiagnóstico	Psiquiatría	Psiquiatría	Anatomía patológica	Hematología y hemoterapia	Reumatología	Reumatología	Oncología médica
23	Alergología	Hematología y hemoterapia	Medicina física y rehabilitación	Nefrología	Psiquiatría	Oncología radioterápica	Neumología	Psiquiatría	Oncología radioterápica	Hematología y hemoterapia	Oncología médica	Oncología radioterápica
24	Psiquiatría	Nefrología	Medicina interna	Medicina física y rehabilitación	Medicina intensiva	Medicina intensiva	Medicina física y rehabilitación	Medicina intensiva	Neumología	Nefrología	Neumología	Hematología y hemoterapia
25	Medicina intensiva	Medicina interna	Radiodiagnóstico	Medicina intensiva	Oncología radioterápica	Medicina nuclear	Nefrología	Hematología y hemoterapia	Neumología	Neumología	Nefrología	Neumología
26	Medicina física y rehabilitación	Medicina intensiva	Medicina intensiva	Alergología	Nefrología	Neumología	Hematología y hemoterapia	Medicina intensiva	Medicina intensiva	Medicina intensiva	Hematología y hemoterapia	Nefrología
27	Medicina interna	Alergología	Neurofisiología clínica	Medicina preventiva y salud pública	Medicina física y rehabilitación	Medicina física y rehabilitación	Oncología radioterápica	Oncología radioterápica	Psiquiatría	Medicina física y rehabilitación	Medicina intensiva	Medicina intensiva
28	Medicina nuclear	Oncología radioterápica	Medicina preventiva y salud pública	Neurofisiología clínica	Neumología	Nefrología	Medicina interna	Nefrología	Medicina interna	Medicina interna	Oncología radioterápica	Medicina interna
29	Medicina preventiva y salud pública	Medicina física y rehabilitación	Medicina familiar y comunitaria	Medicina interna	Alergología	Hematología y hemoterapia	Alergología	Medicina interna	Medicina física y rehabilitación	Psiquiatría	Medicina interna	Psiquiatría
30	Neurofisiología clínica	Anatomía patológica		Medicina familiar y comunitaria	Medicina preventiva y salud pública	Anatomía patológica	Medicina nuclear	Geriatría	Geriatría	Oncología radioterápica	Psiquiatría	Alergología
31	Medicina familiar y comunitaria	Neurofisiología clínica			Medicina interna	Medicina preventiva y salud pública	Geriatría	Alergología	Alergología	Medicina nuclear	Medicina física y rehabilitación	Medicina nuclear
32		Medicina preventiva y salud pública.hosp			Anatomía patológica	Medicina interna	Anatomía patológica	Medicina nuclear	Medicina nuclear	Alergología	Anatomía patológica	Medicina física y rehabilitación
33		Medicina familiar y comunitaria			Neurofisiología clínica	Alergología	Medicina preventiva y salud pública	Medicina física y rehabilitación	Anatomía patológica	Anatomía patológica	Geriatría	Neurofisiología clínica
34					Medicina familiar y comunitaria	Geriatría	Neurofisiología clínica	Neurofisiología clínica	Neurofisiología clínica	Geriatría	Medicina nuclear	Geriatría
35						Neurofisiología clínica	Medicina familiar y comunitaria	Medicina preventiva y salud pública	Medicina preventiva y salud pública	Neurofisiología clínica	Alergología	Anatomía patológica
36						Medicina familiar y comunitaria		Medicina familiar y comunitaria	Medicina del trabajo	Medicina del trabajo	Neurofisiología clínica	Medicina preventiva y salud pública
37									Medicina familiar y comunitaria	Medicina preventiva y salud pública	Medicina del trabajo	Medicina del trabajo
38										Medicina familiar y comunitaria	Medicina preventiva y salud pública	Medicina familiar y comunitaria
39											Medicina familiar y comunitaria	

## 10.2 Anexo II evolución de la cotización por especialidad y año

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
ALERGOLOGÍA	2001	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%
	2002	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2005	0,00%	33,30%	66,70%	0,00%
	2006	0,00%	25,00%	50,00%	25,00%
	2007	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2008	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2009	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2010	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2011	0,00%	0,00%	66,70%	33,30%
	2012	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
ANATOMÍA PATOLÓGICA	2001	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2002	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2005	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2006	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2007	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%
	2008	0,00%	33,30%	66,70%	0,00%
	2009	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
	2010	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2011	33,30%	0,00%	33,30%	33,30%
	2012	0,00%	0,00%	66,70%	33,30%
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	2001	9,10%	45,50%	45,50%	0,00%
	2002	63,60%	36,40%	0,00%	0,00%
	2003	70,00%	30,00%	0,00%	0,00%
	2004	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	2005	53,80%	46,20%	0,00%	0,00%
	2006	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2007	38,90%	61,10%	0,00%	0,00%
	2008	58,30%	41,70%	0,00%	0,00%
	2009	41,70%	58,30%	0,00%	0,00%
	2010	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2011	46,20%	53,80%	0,00%	0,00%
	2012	13,30%	86,70%	0,00%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	2001	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2006	60,00%	40,00%	0,00%	0,00%
	2007	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2008	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2009	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2010	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2012	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
APARATO DIGESTIVO	2001	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	2002	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2005	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2006	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2007	55,60%	44,40%	0,00%	0,00%
	2008	83,30%	0,00%	16,70%	0,00%
	2009	42,90%	57,10%	0,00%	0,00%
	2010	62,50%	37,50%	0,00%	0,00%
	2011	22,20%	77,80%	0,00%	0,00%
	2012	77,80%	22,20%	0,00%	0,00%
CARDIOLOGÍA	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2007	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2012	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2007	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2008	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2009	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2012	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	2001	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2002	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2003	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	2004	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2005	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2006	8,30%	66,70%	25,00%	0,00%
	2007	57,10%	42,90%	0,00%	0,00%
	2008	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2009	44,40%	55,60%	0,00%	0,00%
	2010	22,20%	77,80%	0,00%	0,00%
	2011	44,40%	55,60%	0,00%	0,00%
	2012	42,90%	57,10%	0,00%	0,00%
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2007	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2011	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2012	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	2001	30,00%	40,00%	30,00%	0,00%
	2002	30,00%	70,00%	0,00%	0,00%
	2003	41,70%	58,30%	0,00%	0,00%
	2004	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2005	61,50%	38,50%	0,00%	0,00%
	2006	44,40%	55,60%	0,00%	0,00%
	2007	54,50%	45,50%	0,00%	0,00%
	2008	63,60%	27,30%	9,10%	0,00%
	2009	54,50%	45,50%	0,00%	0,00%
	2010	54,50%	45,50%	0,00%	0,00%
	2011	54,50%	45,50%	0,00%	0,00%
	2012	54,50%	45,50%	0,00%	0,00%
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2007	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2012	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	CIRUGÍA TORÁCICA	2002	100,00%	0,00%	0,00%
2003		100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2005		50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
2006		0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
2008		0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
2009		0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
2010		50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
2011		50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
2012	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	

## 10 Anexos

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2007	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2012	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2007	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2011	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%	
2012	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%	
GERIATRÍA	2005	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2006	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%
	2007	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	2008	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2009	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2010	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2011	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
2012	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	2001	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2002	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
	2003	20,00%	80,00%	0,00%	0,00%
	2004	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%
	2005	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2006	28,60%	14,30%	57,10%	0,00%
	2007	11,10%	11,10%	77,80%	0,00%
	2008	14,30%	42,90%	42,90%	0,00%
	2009	14,30%	57,10%	28,60%	0,00%
	2010	28,60%	42,90%	28,60%	0,00%
	2011	42,90%	28,60%	28,60%	0,00%
	2012	42,90%	14,30%	42,90%	0,00%

## 10 Anexos

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
MEDICINA DEL TRABAJO	2009	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%
	2010	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%
	2011	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%
	2012	0,00%	0,00%	33,30%	66,70%
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	2001	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	2002	1,10%	11,20%	41,60%	46,10%
	2003	2,10%	11,40%	42,00%	44,60%
	2004	1,80%	6,70%	41,10%	50,30%
	2005	1,20%	4,10%	42,90%	51,80%
	2006	1,30%	3,40%	28,20%	67,10%
	2007	1,30%	5,10%	27,20%	66,50%
	2008	1,00%	5,20%	17,70%	76,00%
	2009	1,50%	3,60%	28,50%	66,40%
	2010	0,70%	2,10%	29,10%	68,10%
	2011	0,70%	8,80%	36,10%	54,40%
	2012	2,30%	3,10%	24,40%	70,20%
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	2001	0,00%	0,00%	40,00%	60,00%
	2002	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2003	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2004	0,00%	57,10%	42,90%	0,00%
	2005	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%
	2006	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2007	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2008	0,00%	25,00%	75,00%	0,00%
	2009	20,00%	20,00%	60,00%	0,00%
	2010	0,00%	20,00%	80,00%	0,00%
	2011	0,00%	0,00%	60,00%	40,00%
	2012	0,00%	20,00%	80,00%	0,00%
MEDICINA INTENSIVA	2001	0,00%	0,00%	66,70%	33,30%
	2002	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
	2003	11,10%	66,70%	22,20%	0,00%
	2004	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
	2005	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2006	13,30%	33,30%	53,30%	0,00%
	2007	10,00%	30,00%	60,00%	0,00%
	2008	10,00%	30,00%	60,00%	0,00%
	2009	10,00%	30,00%	60,00%	0,00%
	2010	9,10%	27,30%	63,60%	0,00%
	2011	9,10%	45,50%	45,50%	0,00%
	2012	9,10%	27,30%	63,60%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
MEDICINA INTERNA	2001	11,80%	5,90%	52,90%	29,40%
	2002	5,60%	94,40%	0,00%	0,00%
	2003	15,00%	80,00%	5,00%	0,00%
	2004	18,20%	68,20%	9,10%	4,50%
	2005	23,50%	47,10%	29,40%	0,00%
	2006	0,00%	21,40%	75,00%	3,60%
	2007	21,70%	39,10%	39,10%	0,00%
	2008	5,00%	30,00%	65,00%	0,00%
	2009	27,30%	22,70%	50,00%	0,00%
	2010	27,30%	22,70%	50,00%	0,00%
	2011	8,00%	20,00%	56,00%	16,00%
	2012	16,00%	16,00%	68,00%	0,00%
MEDICINA NUCLEAR	2001	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%
	2006	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%
	2007	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2008	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2009	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2010	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
	2011	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	2001	0,00%	0,00%	25,00%	75,00%
	2002	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2003	0,00%	0,00%	66,70%	33,30%
	2004	0,00%	80,00%	20,00%	0,00%
	2005	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
	2006	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
	2007	0,00%	50,00%	25,00%	25,00%
	2008	0,00%	0,00%	60,00%	40,00%
	2009	0,00%	0,00%	83,30%	16,70%
	2010	0,00%	0,00%	40,00%	60,00%
	2011	0,00%	20,00%	40,00%	40,00%
	2012	20,00%	0,00%	0,00%	80,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
NEFROLOGÍA	2002	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2003	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2004	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
	2005	0,00%	87,50%	12,50%	0,00%
	2006	0,00%	25,00%	75,00%	0,00%
	2007	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%
	2008	0,00%	16,70%	83,30%	0,00%
	2009	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
	2010	0,00%	33,30%	66,70%	0,00%
	2011	0,00%	14,30%	85,70%	0,00%
	2012	0,00%	42,90%	57,10%	0,00%
	NEUMOLOGÍA	2002	33,30%	66,70%	0,00%
2003		33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
2004		25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
2005		0,00%	33,30%	66,70%	0,00%
2006		0,00%	14,30%	85,70%	0,00%
2007		0,00%	9,10%	90,90%	0,00%
2008		0,00%	14,30%	85,70%	0,00%
2009		12,50%	25,00%	62,50%	0,00%
2010		0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
2011		0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
2012		22,20%	33,30%	44,40%	0,00%
NEUROCIRUGÍA		2001	100,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	2007	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2010	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2011	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2012	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	2001	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	2002	0,00%	33,30%	66,70%	0,00%
	2003	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%
	2004	0,00%	0,00%	80,00%	20,00%
	2005	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2006	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	2007	0,00%	0,00%	33,30%	66,70%
	2008	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	2009	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2010	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2011	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	2012	0,00%	25,00%	75,00%	0,00%
NEUROLOGÍA	2001	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2006	0,00%	88,90%	11,10%	0,00%
	2007	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2008	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2009	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2010	57,10%	42,90%	0,00%	0,00%
	2011	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
	2012	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	2001	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%
	2002	72,70%	27,30%	0,00%	0,00%
	2003	61,10%	38,90%	0,00%	0,00%
	2004	40,00%	60,00%	0,00%	0,00%
	2005	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	2006	53,30%	46,70%	0,00%	0,00%
	2007	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
	2008	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2009	41,70%	58,30%	0,00%	0,00%
	2010	61,50%	38,50%	0,00%	0,00%
	2011	41,70%	58,30%	0,00%	0,00%
	2012	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
OFTALMOLOGÍA	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2006	38,50%	61,50%	0,00%	0,00%
	2007	40,00%	60,00%	0,00%	0,00%
	2008	41,70%	58,30%	0,00%	0,00%
	2009	69,20%	30,80%	0,00%	0,00%
	2010	71,40%	28,60%	0,00%	0,00%
	2011	78,60%	21,40%	0,00%	0,00%
	2012	73,30%	26,70%	0,00%	0,00%
	ONCOLOGÍA MÉDICA	2001	100,00%	0,00%	0,00%
2002		100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2003		100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2004		66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
2005		100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2006		50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
2007		80,00%	20,00%	0,00%	0,00%
2008		50,00%	25,00%	25,00%	0,00%
2009		25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
2010		66,70%	0,00%	33,30%	0,00%
2011		50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
2012		16,70%	83,30%	0,00%	0,00%
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	2001	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2002	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2003	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2004	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2005	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2006	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2007	0,00%	33,30%	66,70%	0,00%
	2008	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2009	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2010	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2011	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2012	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2001	33,30%	33,30%	33,30%	0,00%
	2002	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2006	28,60%	71,40%	0,00%	0,00%
	2007	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2008	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
	2009	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2010	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
	2011	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
	2012	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	2001	36,80%	57,90%	5,30%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2006	95,20%	4,80%	0,00%	0,00%
	2007	96,70%	3,30%	0,00%	0,00%
	2008	57,10%	42,90%	0,00%	0,00%
	2009	81,80%	18,20%	0,00%	0,00%
	2010	47,80%	52,20%	0,00%	0,00%
	2011	73,90%	26,10%	0,00%	0,00%
	2012	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
PSIQUIATRÍA	2001	8,30%	16,70%	50,00%	25,00%
	2002	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2003	12,50%	87,50%	0,00%	0,00%
	2004	18,20%	81,80%	0,00%	0,00%
	2005	7,70%	92,30%	0,00%	0,00%
	2006	12,50%	75,00%	12,50%	0,00%
	2007	9,10%	27,30%	63,60%	0,00%
	2008	0,00%	35,70%	64,30%	0,00%
	2009	20,00%	26,70%	53,30%	0,00%
	2010	18,80%	50,00%	31,30%	0,00%
	2011	18,80%	6,30%	62,50%	12,50%
	2012	11,80%	5,90%	82,40%	0,00%

Especialidad	Año de inicio	Cotización			
		Alta	Media-alta	Media-baja	Baja
RADIODIAGNÓSTICO	2001	33,30%	66,70%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	75,00%	0,00%	25,00%	0,00%
	2004	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%
	2005	45,50%	54,50%	0,00%	0,00%
	2006	64,30%	35,70%	0,00%	0,00%
	2007	28,60%	71,40%	0,00%	0,00%
	2008	30,80%	61,50%	7,70%	0,00%
	2009	30,80%	69,20%	0,00%	0,00%
	2010	28,60%	71,40%	0,00%	0,00%
	2011	28,60%	71,40%	0,00%	0,00%
	2012	21,40%	78,60%	0,00%	0,00%
REUMATOLOGÍA	2010	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
	2011	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2012	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
UROLOGÍA	2001	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2002	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2003	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2004	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	2005	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%
	2006	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%
	2007	20,00%	80,00%	0,00%	0,00%
	2008	20,00%	80,00%	0,00%	0,00%
	2009	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
	2010	20,00%	80,00%	0,00%	0,00%
	2011	40,00%	60,00%	0,00%	0,00%
	2012	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%



## 11 Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1.- Proporción de especialidades de Formación Sanitaria Especializada exclusiva de médicos internos residentes en Castilla y León. Elaboración propia</i>	23
<i>Ilustración 2.- Cinco dimensiones del estudio. Elaboración propia</i>	24
<i>Ilustración 3.- Instrumentos necesarios para la planificación de la formación (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Elaboración propia.</i>	35
<i>Ilustración 4.- Principios rectores de la formación de los profesionales sanitarios (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	39
<i>Ilustración 5.- Requisitos para la obtención del título de médico especialista (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	41
<i>Ilustración 6.- Criterios a los que atiende la formación mediante residencia (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	43
<i>Ilustración 7.- Desarrollo de los programas de Formación Especializada (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	45
<i>Ilustración 8.- Establecimiento de normas que regulan la convocatoria actual (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	47
<i>Ilustración 9.- Oferta de plazas de la convocatoria actual (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	48
<i>Ilustración 10.- Estructura general de las especialidades (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	51
<i>Ilustración 11.- Procedimiento de solicitud de acreditación de Centro o Unidad Docente (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	53
<i>Ilustración 12.- Composición de las Comisiones Nacionales de Especialidad (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	56
<i>Ilustración 13.- Composición del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Elaboración propia.</i>	58
<i>Ilustración 14.- Explicativo de la Prorroga de contrato y de el Plan de recuperación específica y programa, en relación con la renovación de contrato por periodos iguales (Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre) Elaboración propia.</i>	60
<i>Ilustración 15.- Derechos y deberes de los médicos internos residentes relacionados con su formación (Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre). Elaboración propia.</i>	62

<i>Ilustración 16.- Concepto de Unidades Docentes Multidisciplinares (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.</i>	75
<i>Ilustración 17.- Ejemplo de Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.</i>	76
<i>Ilustración 18.- Funciones más relevantes de los tutores (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.</i>	79
<i>Ilustración 19.- Desarrollo de la Guía o Itinerario Tipo (Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero). Elaboración propia.</i>	80
<i>Ilustración 20.- Evolución de la supervisión y la responsabilidad a lo largo del periodo formativo de la residencia. Elaboración propia.</i>	82
<i>Ilustración 21.- Evaluación continuada, de la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995. Elaboración propia.</i>	89
<i>Ilustración 22.- Evaluación formativa prevista en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. Elaboración propia.</i>	90
<i>Ilustración 23.- Actividades que desarrollan los médicos internos residentes integradas con los sistemas de evaluación, según el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero (sujeto de desarrollo de directrices por parte del Ministerio con competencias en Sanidad). Elaboración propia.</i>	94
<i>Ilustración 24.- Evaluación anual (sumativa) de los médicos en Formación Especializada, según el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre. Elaboración propia.</i>	97
<i>Ilustración 25.- Revisión de la evaluación negativa, según el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre. Elaboración propia.</i>	98
<i>Ilustración 26.- Funciones de la Comisión de Docencia, según la Orden SCO/581/2008. Elaboración propia.</i>	105
<i>Ilustración 27.- Normas reguladoras de la prueba de acceso a la Formación Sanitaria Especializada y desarrollo de la convocatoria de dicha prueba. Elaboración propia.</i>	112
<i>Ilustración 28.- Distribución anual del número de plazas para Formación Sanitaria Especializada y para especialidades reservadas a Licenciados/Graduados en Medicina, año a año, años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	113
<i>Ilustración 29.- Distribución anual del número de plazas reservadas a Licenciados/Graduados en Medicina por bloques, año a año, años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	114
<i>Ilustración 30.- Evolución de la oferta de plazas formación sanitaria especializada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria frente al resto de</i>	

<i>especialidades de Médicas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud según el año de convocatoria. Elaboración Propia.</i>	115
<i>Ilustración 31.- Distribución de los Programas Formativos de Formación Sanitaria Especializada, según su año de publicación. Elaboración Propia.</i>	116
<i>Ilustración 32.- Tipos de Comisiones de Docencia según el número de Unidades Docentes que disponen. Elaboración propia.</i>	118
<i>Ilustración 33.- Composición de la Comisión de Docencia según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.</i>	120
<i>Ilustración 34.- Funciones de la Docencia exclusivas del Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.</i>	122
<i>Ilustración 35.- Funciones de los Jefes de Estudio según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.</i>	128
<i>Ilustración 36.- Funciones de los tutores (principales) según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.</i>	134
<i>Ilustración 37.- Funciones de los tutores coordinadores (de Unidad Docente y de dispositivo) según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre. Elaboración propia.</i>	138
<i>Ilustración 38.- Procedimiento de tramitación de las Rotaciones Externas según la Orden SAN/561/2010, de 31 de marzo. Elaboración propia.</i>	144
<i>Ilustración 39.- Mapa de los procesos del Plan de Gestión de la Calidad Docente (Orden SAN/702/2010, de 19 de mayo). Portal de Salud de Castilla y León</i>	146
<i>Ilustración 40.- Acreditación, Nombramiento, Ejercicio y Reconocimiento de las figuras docente según el Decreto 75/2009, de 15 de octubre y la Orden SAN/496/2011, de 8 de abril. Elaboración propia.</i>	149
<i>Ilustración 41.- Principios del aprendizaje. Elaboración propia.</i>	153
<i>Ilustración 42.- Elementos básicos de la formación de adultos. Elaboración propia.</i>	155
<i>Ilustración 43.- Resultados de aprendizaje: Habilidades sociales y Adquisición de actitudes. Elaboración propia.</i>	157
<i>Ilustración 44.- Modelo hipotético-deductivo o analítico. Elaboración propia.</i>	160
<i>Ilustración 45.- Modelo de reconocimiento de patrones. Elaboración propia.</i>	161
<i>Ilustración 46.- Ciclo del aprendizaje de Kolb.</i>	181
<i>Ilustración 47.- Modelo Escritura/Lectura/Escuchado en relación con tres herramientas pedagógicas por Shapiro J.</i>	186
<i>Ilustración 48.- Mapa de red social hospitalario de médicos de formación sanitaria especializada. Elaboración propia.</i>	193
<i>Ilustración 49.- Distribución de los objetivos en los programas formativos. Elaboración Propia.</i>	195

<i>Ilustración 50.- Distribución de los objetivos en los bloques de especialidades. Elaboración Propia.</i>	195
<i>Ilustración 51.- Distribución de las habilidades clínicas en los programas formativos. Elaboración Propia.</i>	196
<i>Ilustración 52.- Distribución de las habilidades de comunicación en los programas formativos. Elaboración Propia.</i>	197
<i>Ilustración 53.- Distribución de los contenidos comunes en los programas formativos estudiados. Elaboración Propia.</i>	210
<i>Ilustración 54.- Contenido del Plan Transversal Común en relación con los contenidos comunes de los programas estudiados. Elaboración Propia.</i>	212
<i>Ilustración 55.- Distribución de los materiales bibliográficos se indican en los programas formativos. Elaboración Propia.</i>	214
<i>Ilustración 56.- Distribución de los programas atendiendo a otras actividades formativas. Elaboración Propia.</i>	216
<i>Ilustración 57.- Distribución de los programa atendiendo a la mención de publicaciones y comunicaciones. Elaboración Propia.</i>	217
<i>Ilustración 58.- Distribución de programas atendiendo a la exposición de los resultados de la investigación. Elaboración Propia.</i>	218
<i>Ilustración 59.- Distribución de programas atendiendo a la elaboración y colaboración en trabajos de investigación. Elaboración Propia.</i>	219
<i>Ilustración 60.- Distribución de programas atendiendo a la autonomía para el periodo de la residencia. Elaboración Propia.</i>	221
<i>Ilustración 61.- Distribución de programas atendiendo a la autonomía para cada curso de la residencia. Elaboración Propia.</i>	222
<i>Ilustración 62.- Distribución de programas atendiendo a la responsabilidad para cada curso de la residencia. Elaboración Propia.</i>	223
<i>Ilustración 63.- Métodos de evaluación auténtica organizados por sus características. Monereo Font C., Castelló M.</i>	228
<i>Ilustración 64.- Evolución la oferta, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	241
<i>Ilustración 65.- Evolución de la oferta en Castilla y León, año a año. Años 2001 a 2012. Elaboración Propia.</i>	242
<i>Ilustración 66.- Evolución de la oferta de plazas formación sanitaria especializada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria frente al resto de especialidades de Médicas en el ámbito de Castilla y León según el año de convocatoria. Elaboración Propia.</i>	243
<i>Ilustración 67.- Localización de las Áreas de Salud. Elaboración Propia.</i>	255
<i>Ilustración 68.- Distribución por sexo de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	264

<i>Ilustración 69.- Evolución del porcentaje de los MIRCyL por género. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	265
<i>Ilustración 70.- Evaluación de la edad de los MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. . Elaboración Propia.</i>	266
<i>Ilustración 71.- Evaluación de la edad de los hombres MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	266
<i>Ilustración 72.- Evaluación de la edad de las mujeres MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	267
<i>Ilustración 73.- Evolución de la edad de los MIRCyL que eligieron Medicina de Familia y Comunitaria o el resto de especialidades, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	268
<i>Ilustración 74.- MIRCyL, según la procedencia. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	269
<i>Ilustración 75.- Evolución en la procedencia de los médicos internos residente estudiados MIRCyL, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	269
<i>Ilustración 76.- Evolución en la procedencia de los MIRCyL por género. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	270
<i>Ilustración 77.- Evolución en la procedencia de los MIRCyL hombres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	271
<i>Ilustración 78.- Evolución en la procedencia de los MIRCyL mujeres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	271
<i>Ilustración 79 Evolución de la edad de los MIRCyL españoles, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	272
<i>Ilustración 80.- Evolución de la edad de los MIRCyL extranjeros, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	273
<i>Ilustración 81.- MIRCyL según el lugar de residencia antes de comenzar su formación. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	274
<i>Ilustración 82.- Evolución en la Comunidad de residencia de los MIRCyL, año a años. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	276
<i>Ilustración 83.- Evolución en la Comunidad de residencia de los MIRCyL hombres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	276
<i>Ilustración 84.- Evolución en la Comunidad de residencia de los MIRCyL mujeres, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	277
<i>Ilustración 85.- Evolución del número de MIRCyL y de la oferta, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	278
<i>Ilustración 86.- Situación actual de los MIRCyL, de los últimos 12 años de Castilla y León. Elaboración Propia.</i>	282
<i>Ilustración 87.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	283

<i>Ilustración 88.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL hombres. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	283
<i>Ilustración 89.- Evaluación por año de residencia de las MIRCyL mujeres. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	284
<i>Ilustración 90 .- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque Médico. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	284
<i>Ilustración 91.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque Médico-quirúrgico. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	285
<i>Ilustración 92.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque Quirúrgico. Años 2001-2012. . Elaboración Propia.</i>	285
<i>Ilustración 93.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL en el bloque de Servicios Centrales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	286
<i>Ilustración 94 .- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL de nacionalidad española. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	286
<i>Ilustración 95.- Evaluación por año de residencia de los MIRCyL extranjeros. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	287
<i>Ilustración 96.- Dispersión en la mediana y rango intercuartílico del orden estandarizado de elección de los MIRCyL, por bloque de especialidad. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	290
<i>Ilustración 97.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Médicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	291
<i>Ilustración 98.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Médico-quirúrgicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	292
<i>Ilustración 99.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Quirúrgicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	292
<i>Ilustración 100.- Evolución de la mediana y cuartiles de los 12 años de estudio del orden de elección de los MIRCyL del bloque de especialidades Servicios Centrales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	293
<i>Ilustración 101.- Las 10 mejores en la elección de especialidades de los MIRCyL. Años 2001-2006. Elaboración Propia.</i>	293
<i>Ilustración 102.- Las 10 mejores en la elección de especialidades de los MIRCyL. Años 2006-2012. Elaboración Propia.</i>	294
<i>Ilustración 103 .- Evolución del puesto de elección en algunas especialidades. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	294

<i>Ilustración 104 .-Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	295
<i>Ilustración 105.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	295
<i>Ilustración 106.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	296
<i>Ilustración 107.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	296
<i>Ilustración 108.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	297
<i>Ilustración 109 .-Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	297
<i>Ilustración 110.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	298
<i>Ilustración 111.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	298
<i>Ilustración 112.- Evolución del orden estandarizado de elección de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	299
<i>Ilustración 113 .-Distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL por bloque de especialidades. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	301
<i>Ilustración 114.- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Médicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	302
<i>Ilustración 115.- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Médico-quirúrgicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	303
<i>Ilustración 116 .- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Quirúrgicas. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	303
<i>Ilustración 117.- Evolución de la distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en el bloque de especialidades Servicios Centrales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	304
<i>Ilustración 118.- Distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL para cada uno de los hospitales. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	307
<i>Ilustración 119.- Distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL en las UDM de Atención Familiar y Comunitaria. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	308

<i>Ilustración 120.- Diagrama de Influencias del Modelo sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León. Elaboración propia.</i>	313
<i>Ilustración 121.- Diagrama de Flujo o de Forrester del Modelo sistema de la Formación Especializada de los médicos internos residentes de Castilla y León. Elaboración propia.</i>	317
<i>Ilustración 122.- Población de MIRCyL, por bloque de especialidades, año a año. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	317
<i>Ilustración 123.- Crecimiento de MIRCyL, por bloques de especialidades, año a año. De 2001 a 2012. . Elaboración Propia.</i>	318
<i>Ilustración 124.- Estimación de MIRCyL para el planteamiento del 10%, por bloques de especialidades, año a año. De 2001 a 2012. Elaboración Propia.</i>	320
<i>Ilustración 125.- Estimación de MIRCyL para el planteamiento del 20%, por bloques de especialidades, año a año. De 2001 a 2012. Elaboración Propia.</i>	320
<i>Ilustración 126.- Trayectoria Laboral de los médicos internos residentes. Elaboración propia.</i>	322
<i>Ilustración 127.- Tramitación de las reclamaciones: vía administrativa y vía judicial. Elaboración propia.</i>	326
<i>Ilustración 128.- Sentencias del Tribunal Superior de Justicia que se han revisado. Elaboración Propia.</i>	328
<i>Ilustración 129.- Sentencias del Tribunal Supremo que se han revisado. Elaboración Propia.</i>	331
<i>Ilustración 130.- Factores relacionados con la elección de plaza. EP Elaboración propia</i>	344

## 12 Índice de tablas

<i>Tabla 1.- Comparativa de faltas disciplinarias recogidas en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por remisión al artículo 72 de la Ley 55/2003, de 6 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud y en el artículo 94 de la Ley 2/2007, de 7 marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Elaboración Propia.</i>	72
<i>Tabla 2.- Contenido de la ficha de evaluación continuada. Procedimiento que desarrolla la Orden 22 de junio de 1995.</i>	86
<i>Tabla 3.- Comparativo de órganos de colegiados de la Formación Especializada para médicos, según el Decreto 75/2009, de 15 octubre. Elaboración propia.</i>	124
<i>Tabla 4.- Cuantificación de las publicaciones en los programas formativos. Elaboración Propia.</i>	217
<i>Tabla 5.- Cuantificación de las comunicaciones en los programas formativos. Elaboración Propia.</i>	218
<i>Tabla 6.- Ordenación del Servicio de Salud de Castilla y León. Elaboración Propia.</i>	233
<i>Tabla 7.- Centros de Salud que componen las Áreas de Salud de la Servicio de Salud de Castilla y León. Elaboración Propia.</i>	233
<i>Tabla 8.- Unidades Docentes acreditadas en el ámbito de Atención Especializada (a fecha 19 de octubre de 2012).</i>	238
<i>Tabla 9.- Unidades Docentes acreditadas Medicina Familiar y Comunitaria.</i>	239
<i>Tabla 10.- Modificación de oferta para los años 2001 a 2012. Elaboración Propia.</i>	243
<i>Tabla 11.- Modificación de las plazas del bloque de las médicas. Elaboración Propia.</i>	244
<i>Tabla 12.- Bloques de especialidades. Elaboración Propia.</i>	255
<i>Tabla 13.- Localización de las Unidades Docentes/ Centros Docentes por Área de Salud (continua). Elaboración Propia.</i>	256
<i>Tabla 14.- Localización de las Unidades Docentes/Centros Docentes por Área de Salud (continua). Elaboración Propia.</i>	257
<i>Tabla 15.- Estructura de la cotización de especialidades.</i>	262
<i>Tabla 16.- Descripción de la edad de los MIRCyL por género. Años 2001-2012. . Elaboración Propia.</i>	265
<i>Tabla 17.- Descripción de la edad de los MIRCyL por sexo. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	267
<i>Tabla 18.- Distribución porcentual de los MIRCyL por procedencia. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	268
<i>Tabla 19.- Distribución porcentual de los MIRCyL, por procedencia. Años 2001-2012. Elaboración Propia.</i>	270

<i>Tabla 20.- Descripción de la edad de los MIRCyL por sexo. Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>272</i>
<i>Tabla 21.- Distribución porcentual de los MIRCyL por lugar de residencia en España. Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>274</i>
<i>Tabla 22.- Distribución de los MIRCyL por lugar de residencia en España y sexo. Años 2001-2002. Elaboración Propia. ....</i>	<i>275</i>
<i>Tabla 23.- Distribución anual del número de plazas para Formación Sanitaria Especializadas. Total de plazas, plazas en especialidades reservadas a Licenciados en Medicina, año a año. Castilla y León y España. Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>277</i>
<i>Tabla 24.- Distribución de los MIRCyL, por Área de Salud de destino. Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>278</i>
<i>Tabla 25.- Distribución de los MIRCyL, por especialidad (ordenado de mayor a menor número de plazas). Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>279</i>
<i>Tabla 26.- Distribución de los MIRCyL, por Unidad Docente (ordenado de mayor a menor número de plazas). Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>280</i>
<i>Tabla 27.- Situación actual y último estado de los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>281</i>
<i>Tabla 28.- Situación actual de los MIRCyL de los últimos 12 años por bloque de especialidad. Elaboración Propia. ....</i>	<i>282</i>
<i>Tabla 29 .- Especialidades ordenadas por su distribución porcentual de la cotización según los MIRCyL. Años 2001-2012. Elaboración Propia. ....</i>	<i>305</i>
<i>Tabla 30.- Porcentaje de pérdidas estimado para cada bloque de especialidades. Elaboración Propia. ....</i>	<i>321</i>
<i>Tabla 31.- Comparativa de incidencias de la Formación Sanitaria Especializada y de las soluciones (continua). Elaboración propia. ....</i>	<i>357</i>
<i>Tabla 32.- Comparativa de incidencias de la Formación Sanitaria Especializada y de las soluciones. Elaboración propia. ....</i>	<i>358</i>

## 13 Bibliografía

---

<sup>1</sup> DIRECTIVA 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, del 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales (texto pertinente a efectos del EEE). Diario Oficial de la Unión Europea de 30 de octubre 2005 [acceso 11 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:es:PDF>

<sup>2</sup> Rozman C. La educación médica en el umbral del siglo XXI. Med Clin (Barc). 1997;108:582-6.

<sup>3</sup>“Colaboremos por la salud”. Informe sobre la salud en el mundo 2006. (Versión en castellano) Organización Mundial de la Salud (Ed.) Madrid: [acceso: 26 de enero de 2013] Disponible en:

<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>

<sup>4</sup> Urkaregi A, Pijoán J I, Morán J M. Evaluación por los médicos internos residentes de la formación recibida en los servicios hospitalarios una herramienta de monitorización. Gac Sanit. 2001;15(5):432-40.

<sup>5</sup> Álvarez Sánchez J A, Carrasco Asenjo M, Pérez Iglesias F, Vicent García M D, Salamanca Escobedo J M. El tutor y la tutoría en el proceso de formación de especialistas sanitarios en la Comunidad de Madrid. Análisis e interpretación mediante grupos focales. Educ Med Salud. 2003;6(2):100-1.

<sup>6</sup> García Goñi M. Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta. Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Instituto de Estudios Fiscales [revista en Internet] 2001 [acceso: 11 de abril de 2013];24[6]. Disponible en:

[http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles\\_trabajo/2006\\_24.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2006_24.pdf)

<sup>7</sup> Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Coordinación sanitaria. Recursos Humanos del sistema sanitario. Rev Adm Sanit. 2008;6(1):63-8.

<sup>8</sup> Salinas Sánchez A S, Hernández Millán I, Virsesa Rodríguez J A, Segura Martín M, Lorenzo Romero J G, Gimenez Bachs J M et al. El aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de Urología. Modelo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha. Actas Urol Esp 2005;29(1):8-15.

<sup>9</sup> Millán Núñez Cortés J, Gutiérrez Fuentes J A. "Enseñar a ser médicos": un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (I), Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. Educ Med 2012;15(3):143-7.

<sup>10</sup> Quirós López R., ¿Me equivoque al escoger medicina interna? Carta al Director Rev Clin Esp. 2009;209(09):456-7.

<sup>11</sup> REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado. 2008;45:10020-35, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en :  
[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-3176](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-3176)

<sup>12</sup> Fernández Pastrana J M. Régimen jurídico de las especialidades médicas. Revista de la Administración Pública. [revista en Internet]. 1988 mayo-agosto; 1216:157-71, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en :  
<http://www.medicosdemurcia.com/data/biblioteca/1988%20REGIMEN%20JUR%C3%8DDICO%20DE%20LAS%20ESPECIALIDADES%20M%C3%89DICAS.pdf>

<sup>13</sup> LEY de 20 de junio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. Boletín Oficial de Estado de 21 julio de 1955;26:2524-8, [acceso: 12 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf>

<sup>14</sup> DECRETO de 23 de diciembre de 1957 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 20 de junio de 1955. Boletín Oficial del Estado de 20 de enero de 1958;196:4266-77, [acceso: 12 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1955/196/A04266-04277.pdf>

<sup>15</sup> RESOLUCIÓN de la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión por la que se convoca concurso de méritos para proveer plazas de Médicos internos de primer año y Médicos residentes de primer año en determinadas Instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado de 11 de enero de 1967;9:504-6, [acceso: 12 de abril de 2013]. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/1967/01/11/pdfs/A00504-00506.pdf>

<sup>16</sup> ORDEN de 28 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se dictan normas sobre los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 4 de agosto de 1971;185:12721-2, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1971-995](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1971-995)

<sup>17</sup> ORDEN de 9 de diciembre de 1977, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, por la que se regula la formación postgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros Centros hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 13 de diciembre de 1977;297:27199-201, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1977-29881](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1977-29881)

<sup>18</sup> REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado 31 de enero de 1984;26:2524-8, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1984-2426](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1984-2426)

<sup>19</sup> CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. Boletín Oficial del Estado de 29 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado 29 de diciembre de 1978;311:29313-424, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1978-31229](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1978-31229)

<sup>20</sup> ORDEN de 11 de febrero de 1981 por la que se establecen equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad al Real Decreto 2015 1978, de 15 de julio, y sus nuevas denominaciones y se recoge el sistema transitorio de concesión del título de Especialista a quienes hayan iniciado su formación antes de 1 de enero de 1980. Boletín Oficial del Estado 19 de febrero de 1981;43:3832 [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1981-4173](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1981-4173)

<sup>21</sup> REAL DECRETO 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Boletín Oficial del Estado 29 de agosto de 1978;206:20172-4, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22162](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22162)

<sup>22</sup> REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado 31 de enero de 1984;26:2524-8, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1984-2426](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1984-2426)

<sup>23</sup> LEY 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado 6 de agosto de 1970;187:12546-6, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1970-852](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1970-852)

<sup>24</sup> LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 29 de abril de 1986;102:15207-24, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499)

<sup>25</sup> LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 29 de mayo de 2003;128:20567-88, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-10715](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-10715)

<sup>26</sup> LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado 22 de noviembre de 2003;280:41442-58, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-21340](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-21340)

<sup>27</sup> ORDEN SAS/1257/2010, de 7 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Boletín Oficial del Estado 15 de mayo de 2010;119(III):42857-74, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirurgia\\_Plastica\\_Estetica\\_y\\_Reparadora\\_new.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirurgia_Plastica_Estetica_y_Reparadora_new.pdf)

<sup>28</sup> ORDEN SCO/847/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurocirugía. Boletín Oficial del Estado 29 de marzo de 2008;77:17972-86, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/programaNeurocirugia.pdf>

<sup>29</sup> ORDEN SCO/2753/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Oral y Máxilofacial. Boletín Oficial del Estado 25 de septiembre de 2007;230:38908-11, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/cirugiaOralMaxilofacial.pdf>

<sup>30</sup> ORDEN SCO/3253/2006, de 2 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Pediátrica. Boletín Oficial del Estado 21 de octubre de 2006;252:36885-8, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirugiapediatrican.pdf>

<sup>31</sup> RESOLUCIÓN de 25 de abril 1996 aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Cirugía Cardiovascular [Resolución en Internet]. [acceso: 11 de abril de 2013]. Disponible en:

[http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia\\_Cardiovascular.pdf](http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia_Cardiovascular.pdf)

<sup>32</sup> ORDEN SCO/1258/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Angiología y Cirugía Vasculard. Boletín Oficial del Estado 8 de mayo de 2007;110:19853-9, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Angiologia\\_y\\_Cirugia\\_Vascular.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Angiologia_y_Cirugia_Vascular.pdf)

<sup>33</sup> ORDEN SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Boletín Oficial del Estado 8 de mayo de 2007;110:19864-73, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia\\_General\\_y\\_del\\_Aparato\\_Digestivo.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia_General_y_del_Aparato_Digestivo.pdf)

<sup>34</sup> ORDEN SCO/226/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Boletín

Oficial del Estado 7 de febrero de 2007; 33: 5751-5, [acceso: 26 de enero de 2013].  
Disponibile en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/cirugiaOrtopTrauma.pdf>

<sup>35</sup> RESOLUCIÓN de 25 de abril 1996 aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Cirugía Torácica [Resolución en Internet] [acceso: 27 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia\\_Toracica.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cirugia_Toracica.pdf)

<sup>36</sup> ORDEN SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Boletín Oficial del Estado 25 de septiembre de 2007;230:38911-5, [acceso: 26 de noviembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/dermatologiaMedicoQuirurVenerologia.pdf>

<sup>37</sup> ORDEN SAS/3072/2009, de 2 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oftalmología. Boletín Oficial del Estado 16 de noviembre de 2009;276(III):97529-44, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en :

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/oftalmologiaNuevosProgramas.pdf>

<sup>38</sup> ORDEN SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Boletín Oficial del Estado número 129 de 28 de mayo de 2009;129(III):44730-66, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/obstetricoGinecologico.pdf>

<sup>39</sup> ORDEN SCO/1262/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología. Boletín Oficial del Estado 8 de mayo de 2007;110:19880-9, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Otorrinolaringologia.pdf>

<sup>40</sup> ORDEN SCO/3358/2006, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Urología. Boletín Oficial del Estado 1 de noviembre de 2006;261:38012-8, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Urologianuevo.pdf>

<sup>41</sup> ORDEN SCO/1259/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cardiología. Boletín Oficial del Estado 8 de marzo de 2007;110:19859-64, [acceso: 12 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Cardiologia.pdf>

<sup>42</sup> ORDEN SCO/528/2007, de 20 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurología. Boletín Oficial del Estado 9 de marzo de 2007; 59: 10298-306, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/programaNeurologia.pdf>

<sup>43</sup> ORDEN SCO/3122/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Endocrinología y Nutrición. Boletín Oficial del Estado 11 de octubre de 2006;243:35286-93, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Endocrinologianutricionn.pdf>

<sup>44</sup> ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Boletín Oficial del Estado 14 de octubre de 2006;246:35657-61, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Pediatrianuevo.pdf>

<sup>45</sup> ORDEN SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo. Boletín Oficial del Estado 26 de octubre de 2009;258(III):89582-604, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/NPaparatoDigestivo.pdf>

<sup>46</sup> ORDEN SAS/2855/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Reumatología. Boletín Oficial del Estado 26 de octubre de 2009;258(III):89605-21, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/NPreumatologia.pdf>

<sup>47</sup> Orden SSI/577/2013, de 5 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica y los criterios de evaluación de los especialistas en formación Boletín Oficial del Estado 13 de abril de 2013;89:27751-84, [acceso: 22 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/OncoMMIRBOE2013.pdf>

<sup>48</sup> ORDEN SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. Boletín Oficial del Estado 7 de febrero de 2007;33:5755-9, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medicinaInterna.pdf>

<sup>49</sup> ORDEN SCO/2605/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neumología. Boletín Oficial del Estado 15 de septiembre de 2008;223:37793-800, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/progNeumologia.pdf>

<sup>50</sup> ORDEN SCO/2604/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Nefrología. Boletín Oficial del Estado 15 de septiembre de 2008;223:37790-3, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/progNefrologia.pdf>

<sup>51</sup> ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado 16 de septiembre de 2008;224:37916-21, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/progPsiquiatria.pdf>

<sup>52</sup> ORDEN SCO/3254/2006, de 2 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Hematología y Hemoterapia. Boletín Oficial del Estado 21 de octubre de 2006;252:36888-94, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Hematologiahemoterapian.pdf>

<sup>53</sup> RESOLUCIÓN de 25 de abril 1996 aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Intensiva [Resolución en Internet]. [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Medicina\\_Intensiva.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Medicina_Intensiva.pdf)

<sup>54</sup> ORDEN SCO/3142/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Radioterápica. Boletín Oficial del

Estado 13 de octubre de 2006;245:35519-27, [acceso: 12 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Oncologiaradioterapican.pdf>

<sup>55</sup> ORDEN SCO/846/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. Boletín Oficial del Estado 29 de marzo de 2008;77:17966-72, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/programaMedFisRehabilitacion.pdf>

<sup>56</sup> ORDEN SCO/3081/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Alergología. Boletín Oficial del Estado 9 de octubre de 2006;241:34979-82, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Alergologia\\_nuevo.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Alergologia_nuevo.pdf)

<sup>57</sup> RESOLUCIÓN de 25 de abril 1996 aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Anestesia y Reanimación [Resolución en Internet] 1996;46-55, [acceso: 13 de abril de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Anestesiologia\\_y\\_Reanimacion.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Anestesiologia_y_Reanimacion.pdf)

<sup>58</sup> ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado 3 de mayo de 2005;105:15182-225, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>

<sup>59</sup> ORDEN SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Boletín Oficial del Estado 27 de junio de 2005;152:22751-9, [acceso: 26 de enero de 2013] Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediPreventiva07.pdf>

<sup>60</sup> ORDEN SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina del Trabajo. Boletín Oficial del Estado 28 de mayo 2005;127:18091-100, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediTrabajo07.pdf>

<sup>61</sup> ORDEN SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriatria .Boletín Oficial del Estado 15 de septiembre de 2008;223:37785-90, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/geriatria.pdf>

<sup>62</sup> ORDEN SCO/634/2008, de 15 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Radiodiagnóstico .Boletín Oficial del Estado 10 de marzo de 2008;60:14333-41, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Radiodiagnostico08.pdf>

<sup>63</sup> ORDEN SCO/3107/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Anatomía Patológica. Boletín Oficial del Estado 10 de octubre de 2006;242:35140-4, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Anatomiapatologican.pdf>

<sup>64</sup> RESOLUCIÓN de 25 de abril 1996 aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Nuclear [Resolución en Internet] 1996;336-50, [acceso: 13 de abril de 2013]. Disponible en:

[http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Medicina\\_Nuclear.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Medicina_Nuclear.pdf)

<sup>65</sup> ORDEN SCO/2617/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurofisiología Clínica. Boletín Oficial del Estado 16 de septiembre de 2008;224:37921-5, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/progNeurofisiologiaC.pdf>

<sup>66</sup> REAL DECRETO-LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado 24 de abril de 2012;98:31278-312, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403)

<sup>67</sup> REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Boletín Oficial del Estado 7 de octubre de 2006;240:34864-70, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-17498](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-17498)

<sup>68</sup> REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Boletín Oficial de Estado 29 de marzo de 1995;75:9654-88, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1995-7730# analisis](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1995-7730# analisis)

<sup>69</sup> LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Boletín Oficial del Estado 17 de diciembre de 2003; 301: 44742-63, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-23101](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2003-23101)

<sup>70</sup> LEY 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 14 de marzo de 2007:52 (Suppl):10-34, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2007/03/14/pdf/BOCYL-D-14032007-2.pdf>

<sup>71</sup> 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. Boletín Oficial del Estado 5 marzo de 2008;56:13586-7, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-4321](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-4321)

<sup>72</sup> 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. Boletín Oficial del Estado 30 de junio 1995;155:19793-9, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1995-15886](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1995-15886)

<sup>73</sup> Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. [Libro en Internet], [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf>

<sup>74</sup> Libro del especialista en formación Medicina Preventiva y Salud Pública [Libro en Internet], [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/medicinaPrevSaludPub.pdf>

<sup>75</sup> Libro de Evaluación del Especialista en Formación [Libro en Internet], [acceso: 26 de enero de 2013], Disponible en:

<http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/libroEvaluacionAzul.pdf>

<sup>76</sup> 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. Boletín Oficial del Estado 5 de marzo de 2008;53:13586-7, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-4321](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2008-4321)

<sup>77</sup> ORDEN de 27 de junio de 1989 por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de Formación Sanitaria Especializada. Boletín Oficial del Estado 28 de junio de 1989;153:20164-7, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1989-14882](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1989-14882)

<sup>78</sup> ORDEN de 18 de junio de 1993, sobre reconocimiento de períodos formativos previos de los Médicos y Farmacéuticos residentes en formación. Boletín Oficial del Estado 24 de junio de 1993;150:19317, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1993-16343](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1993-16343)

<sup>79</sup> ORDEN de 11 de julio de 2000 por la que se modifica el baremo de los méritos académicos contenido en el anexo de la Orden de 27 de junio de 1989, por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado 13 de julio de 2000;167:5069-70, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-13281](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-13281)

<sup>80</sup> ORDEN PRE/829/2003, de 4 de abril, por la que se modifica la Orden de 27 de junio de 1989, para establecer un sistema de presentación telemática de las solicitudes

de adjudicación de plaza en las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado 10 de abril de 2003;86:14067-8, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-7402](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-7402)

<sup>81</sup> ORDEN SAS/2158/2010, de 28 de julio, por la que se modifica la Orden de 27 de junio de 1989, por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado 7 de agosto de 2010;191:69167-70, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-12707](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-12707)

<sup>82</sup> ORDEN de 7 de noviembre de 2001 por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2001 para el acceso en el año 2002 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Psicólogos y Radiofísicos hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 9 de noviembre de 2001;269:41015-92, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A41015-41092.pdf>

<sup>83</sup> ORDEN PRE/2720/2002, de 29 de octubre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2002 para el acceso en el año 2003 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 2 de noviembre de 2002;263:38747-831, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/02/pdfs/A38747-38831.pdf>

<sup>84</sup> ORDEN PRE/2841/2003, de 15 de octubre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2003 para el acceso en el año 2004 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 17 de octubre de 2003;249:37188-247, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2003/10/17/pdfs/A37188-37247.pdf>

<sup>85</sup> ORDEN SCO/3139/2004, de 27 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2004, para el acceso en el año 2005, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos,

Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 1 de octubre de 2004;237:32883-3035, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2004/10/01/pdfs/A32883-33035.pdf>

<sup>86</sup> ORDEN SCO/2920/2005, de 16 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2005, para el acceso en el año 2006, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 22 de septiembre de 2007;227:31478-31554, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en :

<http://www.boe.es/boe/dias/2005/09/22/pdfs/A31478-31554.pdf>

<sup>87</sup> RESOLUCIÓN de 21 de marzo de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, por la que se convocan los actos de asignación de plazas correspondientes a las pruebas selectivas 2005, para el acceso en el año 2006, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 29 de marzo de 2006;75:12200-15, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/03/29/pdfs/A12200-12215.pdf>

<sup>88</sup> ORDEN SCO/2907/2006, de 14 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2006, para el acceso en el año 2007, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 22 de septiembre de 2006;227:33222-316, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/22/pdfs/A33222-33316.pdf>

<sup>89</sup> ORDEN SCO/2705/2007, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2007, para el acceso en el año 2008 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 19 de septiembre de 2007;225:38072-172, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2007/09/19/pdfs/A38072-38172.pdf>

<sup>90</sup> ANEXO a ORDEN SCO/2642/2008, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2008, para el acceso en el año 2009 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos,

Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 19 de septiembre de 2008;227(Supl 1):3-193, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/19/pdfs/C00003-00193.pdf>

<sup>91</sup> ORDEN SAS/2510/2009, de 14 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2009 para el acceso en el año 2010 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 22 de septiembre de 2009;229(IIB):78922-9124, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/22/pdfs/BOE-A-2009-14989.pdf>

<sup>92</sup> ORDEN SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado 22 de septiembre de 2010;230(IIB):80254-449, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/22/pdfs/BOE-A-2010-14540.pdf>

<sup>93</sup> CORRECCIÓN DE ERRATAS DE LA ORDEN SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado 24 de septiembre de 2010;232(IIB):81307-40, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/24/pdfs/BOE-A-2010-14636.pdf>

<sup>94</sup> ORDEN SPI/2549/2011, de 19 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2011 para el acceso en el año 2012, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado 26 de septiembre de 2011;231(IIB):101376-598, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2011/09/26/pdfs/BOE-A-2011-15139.pdf>

<sup>95</sup> ORDEN SSI/1998/2012, de 18 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2012 para el acceso en el año 2013, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado 22 de septiembre de 2012;229(IIB):67215-445, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/09/22/pdfs/BOE-A-2012-11914.pdf>

<sup>96</sup> ORDEN de 1 de agosto de 2000 por la que se aprueba la convocatoria específica de prueba selectiva 2000 para acceder en el año 2001 a plazas en formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria según lo previsto en el artículo 2 del Real Decreto 931/1995, de 9 de junio. Boletín Oficial del Estado 3 de agosto de 2000;185 (IIB):27845-76, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2000/08/03/pdfs/A27845-27876.pdf>

<sup>97</sup> ORDEN de 18 de diciembre de 2000 por la que se aprueba la convocatoria general de pruebas selectivas 2000 para el acceso en el año 2001 a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios. Boletín Oficial del Estado 22 de diciembre de 2000;306 (IIB):45340-421, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2000/12/22/pdfs/A45340-45421.pdf>

<sup>98</sup> LEY 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 7 de septiembre de 2010;173:68602-46, [acceso: 26 de enero 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2010/09/07/pdf/BOCYL-D-07092010-1.pdf>

<sup>99</sup> DECRETO 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 21 de octubre de 2009;202:30635-44, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2009/10/21/pdf/BOCYL-D-21102009-1.pdf>

<sup>100</sup> DECRETO 49/2010 de de 8 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Boletín Oficial de la Rioja de 15 de octubre de 2010;127:13127-41, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/CONV/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=554611565959>

<sup>101</sup> DECRETO 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura 10 de febrero de 2011;28:3591-612, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2011/280o/11040018.pdf>

<sup>102</sup> DECRETO 34/2012, de 6 de marzo, de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Boletín Oficial del País Vasco 14 de marzo de 2012;53(1224):1-17, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/CONV/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=654938262928>

<sup>103</sup> ORDEN SAN/561/2010, de 31 de marzo, por la que se regula el procedimiento para la autorización de las rotaciones externas de los especialistas en formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 4 de mayo de 2010;83:37079-89, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2010/05/04/pdf/BOCYL-D-04052010-1.pdf>

<sup>104</sup> ORDEN SAN/702/2010, de 19 de mayo, por la que se regula la evaluación y control de la calidad de la formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 2 de junio de 2010;104:44373-84, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2010/06/02/pdf/BOCYL-D-02062010-4.pdf>

<sup>105</sup> ORDEN SAN/914/2010, de 17 de junio, por la que se regula el plan formativo transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 1 de julio de 2010;125:52421-9, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2010/07/01/pdf/BOCYL-D-01072010-1.pdf>

<sup>106</sup> ORDEN SAN/496/2011, de 8 de abril, por la que se regula el procedimiento de acreditación y reacreditación de los tutores de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León 27 de abril de 2011; 80: 32216-25, [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://bocyl.jcyl.es/boletines/2011/04/27/pdf/BOCYL-D-27042011-5.pdf>

<sup>107</sup> Nolla Domenjó, M. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. Educ méd. 2006;9(1):11-16.

<sup>108</sup> Navarro-Mateu F, Pujalte Martínez ML, Garriga Puerto A, Morán Sánchez I, Ruiz Martínez AM. Las Unidades Docentes Multiprofesionales: una oportunidad de mejora en la formación sanitaria especializada. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2010;11(4):33-45.

<sup>109</sup> de Miguel Díaz M, Alfaro Rocher IJ, Apodaca Urquijo P, Arias Blanco JM, García Jiménez E, Lobato Fraile C et al. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias, orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior. [monografía en Internet]. Oviedo. Universidad de Oviedo. 2006 [acceso: 13 abril 2013]. Disponible en:

[http://www.enlinea.ugfca.net/enlinea/pluginfile.php/20285/mod\\_resource/content/1/LIBRO%20MARIO%20DE%20MIGUEL.pdf](http://www.enlinea.ugfca.net/enlinea/pluginfile.php/20285/mod_resource/content/1/LIBRO%20MARIO%20DE%20MIGUEL.pdf)

<sup>110</sup> Roca i Balasch J, Serra Payà N. Factores Contextuales en el recuerdo: Aportaciones experimentales y teóricas. Acta Comportamentalia. 2011 diciembre; 19(3):307-16.

<sup>111</sup> Ricarte Díez JI, Martínez Carretero JM (†). Formación del residente desde su abordaje como adulto. Educ méd.2008;11(3):131-8.

<sup>112</sup> Walker M R, Montero L E. Principios Generales de la educación de adultos. Revista Chilena de Medicina Familiar. 2004 agosto; 5(2):1-15.

<sup>113</sup> Saura Llamas J, Saturno Hernández P J, Romero Sánchez, E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. FMC. Form Med Contin Aten Prim.2006;13(8):435-46.

<sup>114</sup> Garrido San Juan JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. An Med Interna. 2003;23:493-502.

<sup>115</sup> Saura Llamas J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. Aten Primaria. 2007;39(3):151-5.

<sup>116</sup> Pozo Municio J I. Aprendices y maestros. La psicología del aprendizaje. Madrid: Alianza. 2008.

<sup>117</sup> Epstein RM Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA. 2002;287(2):226-35.

<sup>118</sup> Equipo FEM. La formación de los profesionales médicos. [monografía en Internet]. Barcelona. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. 2004 [acceso: 13 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo6.pdf>

<sup>119</sup> García del Barrio L, Pina Insausti LJ, Pueyo Villoslada JC. La relación entre el tutor y el residente: la entrevista y algo más. Radiología.2011;53(2):102-7.

<sup>120</sup> Formosa MI, Napoli J. Evaluación comparativa de los estilos de aprendizaje en estudiantes de pregrado de Patología, médicos residentes y profesionales. Rev Asoc Méd Argent. 2010;123(4):18-22.

<sup>121</sup> Gual A, Oriol Bosch A, Pardell H(†). ¿Que significa ser médico hoy? Med Clin (Barc). 2007;129(1):17-22.

<sup>122</sup> González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. Gac Sanit. 2000;14(3):237-46.

<sup>123</sup> Hannan El. Popp Aj, Tranmer B, Fuestel P, Waldman J, Shah D. Relationship between provider volumen and mortality for carotid endarterectomies in New York State. *Stroke* 1998;29:2292-7.

<sup>124</sup> Eraut M. Conocimiento profesional en la práctica. [monografía en Internet]. Barcelona. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. 2004 [acceso: 13 de abril de 2013]. Disponible en:

[http://www.ehu.es/SEMDE/archivos\\_pdf/humanitas\\_7.pdf](http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/humanitas_7.pdf)

<sup>125</sup> Gardner H. Estructuras de la mente: la teoría de las Inteligencias Múltiples. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica. 1994.

<sup>126</sup> Gardner H. La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI. Barcelona: Paidós. 2001.

<sup>127</sup> Ballester Martínez P, Prieto Sánchez MD. Las inteligencias múltiples. Diferentes formas de enseñar y aprender. Madrid: Pirámide.2003.

<sup>128</sup> García-Hernández F., Evaluación Práctica de la Anatomía en la Teoría de la Inteligencias Múltiples de Gardner, Carrera de Odontología de la Universidad de Antofagasta. Chile *Int J Morphol*. 2006;24(1):83-8.

<sup>129</sup> Hernández Requena S. El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. *Rev univ soc conoc*. 2008;5(2):26-35.

<sup>130</sup> Isaza Restrepo A, Quiroga Chand A, Roa González CN, Delgado Vegap MA, Riveros Pérez AM. Tutores Pares en la Facultad de Medicina. *Rev. Cienc Salud*. 2006;4(2):122-35.

<sup>131</sup> Barreto Tovar CH, Gutiérrez Amador LF, Pinilla Díaz BL, Parra Moreno C. Límites del constructivismo pedagógico. *Educ educ*. 2006;9:11-3.

<sup>132</sup> Moreira MA., Aprendizaje significativo crítico (Critical meaningful learning). *Indivisa, Bol Estud Invest*. 2005;6:83-101.

<sup>133</sup> Ausubel D, Teoría del aprendizaje significativo. [monografía de Internet] 1983 [acceso: 13 de abril de 2013]. Disponible en:

[http://delegacion233.bligoo.com.mx/media/users/20/1002571/files/240726/Aprendizaje\\_significativo.pdf](http://delegacion233.bligoo.com.mx/media/users/20/1002571/files/240726/Aprendizaje_significativo.pdf)

<sup>134</sup> Fernández March A. Metodologías activas para la formación de competencias. *Educatio siglo XXI*. 2006;24:35-56.

<sup>135</sup> Córdova JL, Feregrino VM, Reza C, Ortiz L, Dosal A. La importancia de las preguntas. *Alambique Didáct Ciénc Exp*. 2007 octubre;54:16-27.

<sup>136</sup>Reinoso Fernández-Caparrós M. Importancia del Outdoor Training en la formación. *Cap Hum*. 2008;220:80-9.

<sup>137</sup> Ortiz E, Mariño MA. La Comunicación pedagógica. [monografía Internet]. La Coruña.Universidad da Coruña. 1996; [acceso: 13 abril 2013]. Disponible en:

[http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/8018/1/LYT\\_10\\_1997\\_art\\_22.pdf](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/8018/1/LYT_10_1997_art_22.pdf)

<sup>138</sup> Heredia Ancona, B. Manual para la elaboración de material didáctico. México: Trillas; 1997.

<sup>139</sup>Rodríguez Gómez H M. ¿De la educación médica al médico como educador? *Iatreia*. 2004 marzo;17(1):68-75.

<sup>140</sup> Cumplido Hernández G, Campos Arciniega MF, Chávez López A, García Pérez V. Enfoque de aprendizaje que utilizan médicos residentes en el desarrollo de una especialidad médica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(4):321-8.

<sup>141</sup>Hernández Castilla R, Martínez Garrido CA, Murillo Torrecilla FJ. Decálogo para una enseñanza eficaz. *REICE* [revista en Internet]. 2011 [acceso 13 de abril de 2013]; 9(1):6-27. Disponible en:

[http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol9num1/art1\\_hm.html](http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol9num1/art1_hm.html)

<sup>142</sup> Saura Llamas J, Galcerá Tomás J, Botella Martínez C, Saura Llamas J y Miembros del Foro de Jefes de Estudios de la Región de Murcia. Las figuras Docente de la

formación de Médicos Especialistas ante el RD 183/2008: El Jefe de Residentes y el Técnico Docente. *Rev Clín Med Fam* 2011;4(1):49-56.

<sup>143</sup> Casado Vicente V. La formación de postgrado y el rol de los tutores en el desarrollo profesional continuo. *JANO*. 2006 extra octubre;1626:50-4.

<sup>144</sup> García Campayo J. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria*. 2008;40(7):363-6

<sup>145</sup> Arteaga Crespo R, Díaz Pita G, Padrón Novales CI. Enseñanza tutelar en la formación del residente de medicina general integral. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2001;15(3):215-8.

<sup>146</sup> Romero Sánchez E, Anza Aguirrezabala I, Saura Llamas J. ¿Planifican los tutores la formación de los residentes? *Educ Med* 2012;15 (2):117-22.

<sup>147</sup> Gómez Portela J, Martínez Pastor A, Rubio Gil E, Monzó Núñez E, Romero Sánchez E, Saura Llamas J. Plan Individualizado de forma para el residente de Medicina Familiar experiencia de la unidad docente de Murcia, España. (primera parte) *Archivos en Medicina Familiar*. 2011 enero-marzo; 13(1):30-4.

<sup>148</sup> Ryan Murúa P. Cómo y donde se encuentra la profesión médica. Visión de un médico especialista en formación. *Educ méd*. 2006 diciembre; 9 (Supl 1): 5-8.

<sup>149</sup> Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H (+), Berenger J, Bruguera M, Gervás J et al. El Médico del futuro. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(8):363-8.

<sup>150</sup> Branda LA. El aprendizaje basado en problemas en Ciencias de la Salud. El aprendizaje basado en problemas: una herramienta para toda la vida. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2004.

<sup>151</sup> Saura Llamas J. Las sesiones clínicas como actividad formativa: situación actual y propuestas de mejora. *Tribuna Docente*, 2007;9(2):1-16.

<sup>152</sup>Lifschitz V, Bobadilla A, Esquivel P, Giusiano G, Merino L. Aplicación del aprendizaje basado en problemas para la enseñanza de la microbiología en estudiantes de Medicina. *Educ Med.* 2010;13(2):107-11

<sup>153</sup> Walsh A. The tutor in PBI problem based learning a novice's guide. [monografía en Internet]. Canada: Program for Faculty Development. McMaster University Health Sciences; 2005 [acceso: 13 de abril 2013]. Disponible en:

<http://fhs.mcmaster.ca/facdev/documents/tutorPBL.pdf>

<sup>154</sup> Nothnagle M, Goldman R, Quirk M, , S Reis S. Promoting Self-Directed Learning Skills in Residency: A Case Study in Program Development. *Academic Medicine.* 2010 december; 85(12):1874-9.

<sup>155</sup> Sánchez Huete J, Gadea H. Compendio de didáctica general. España: CCS. 2008.

<sup>156</sup> Beltran J, Garcia-Alcañiz E, Moraleda M, Calleja, FG, Santiuste V. *Psicología de la Educación.* Madrid: EUDEM;1987

<sup>157</sup> Gutiérrez Zuloaga I. El aprendizaje autodirigido en educación de adultos. *Revista Notas* [revista en Internet] 2009 [acceso: 14 de abril 2013]; 15 Disponible en:

[http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/quia/documentacion%20complementaria/3\\_aprendizaje\\_autodirigido.pdf](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/124/cd/quia/documentacion%20complementaria/3_aprendizaje_autodirigido.pdf)

<sup>158</sup> Zabalza Beraza MA. El practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión. *Revista de Educación.* 2011 enero-abril;354:21-43.

<sup>159</sup> Puebla Manzanos L, Saura Llamas J. "La receta docente". una receta divertida para formar residentes. *Aten Primaria.* 2006; 37 (3):164-6.

<sup>160</sup> Cassís Larraín J. Donald Sxhön: una práctica profesional reflexiva en la universidad. *Compás empresarial.* 2011;3(5):54-8.

<sup>161</sup> Tizón JL. Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las Primeras Jornadas Estatales de estudio y reflexión sobre el tema. *Educ méd.* 2009; 12 (4): 209-21.

<sup>162</sup> Borrell Carrió F. Previsión de Esfuerzo. *Series Seguridad Clínica. Aten Primaria.* 2007;39(10):567-9.

<sup>163</sup> Bilbao Villegas G, Monereo Font C. Identificación de incidentes críticos en maestros en ejercicio: propuestas para la formación permanente. *Revista Electrónica de Investigación Educativa.* [revista en Internet] 2011. [acceso: 26 de enero de 2013]. 13(1): [135-51]. Disponible en:

<http://redie.uabc.mx/vol13no1/contenido-bilbaomonereo.html>

<sup>164</sup> Gómez Portela J, Leal Hernández M, Martínez Pastor A, Saura Llamas J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores tras dos de formación. *SEMERGEN.* 2011;37(6):280-6.

<sup>165</sup> Casanova JM, Soria X. El portafolio como instrumento de acción tutorial. *Piel.* 2012;27(2):71-6.

<sup>166</sup> Carrillo Esper R, Carrillo Córdova JR, Carrillo Córdova LD. Incidentes críticos y error en la atención médica: ¿es el médico o es el sistema? Artículo de opinión. *Med Int Mex.* 2011 mayo junio; 27(3):284-93.

<sup>167</sup> Oser FK, Baeriswyl FJ. *Choreographies of Teaching: Bridging Instruction to Learning.* Handbook of Research on Teaching. 4ª ed. Washington: American Educational Research Association. 2001

<sup>168</sup> Zabalza Beraza, MA. Buenas prácticas en el Practicum: bases para su identificación y análisis. [monografía en Internet]. Poio: IX Simposium Internacional sobre practicum; 2007 [acceso: 30 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://redaberta.usc.es/uvi/public\\_html/images/pdf2007/ZABALZA%20BERAZA.pdf](http://redaberta.usc.es/uvi/public_html/images/pdf2007/ZABALZA%20BERAZA.pdf)

<sup>169</sup> Cid Sabucedo A, Pérez Abellás A, Zabalza MA. Las prácticas de enseñanza declaradas de los "mejores profesores" de la Universidad de Vigo. RELIEVE [revista en Internet] 2009. [acceso: 30 de enero de 2013];15(2):[1-29]. Disponible en :

[http://www.uv.es/RELIEVE/v15n2/RELIEVEv15n2\\_7.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v15n2/RELIEVEv15n2_7.htm)

<sup>170</sup> Kasman D, Shafer A, Shapiro J. Word and Wards: A World of Reflective Writing and Its Uses in Medical Education. J Med Humanit. 2006;27:231-44

<sup>171</sup> León B, Felipe E, Iglesias D, Latas C. El aprendizaje cooperativo en la formación inicial del profesorado de Educación Secundaria. Revista de Educación. 2011 enero-abril;354:715-29.

<sup>172</sup> Delgado Peña JJ, Luque Gil AM, Navarro Jurado E, Gutiérrez Lozano JF, López Romero L, Meléndez Malavé N et al. El aprendizaje cooperativo y significativo en la programación docente del ámbito del EEES [monografía en Internet]. Málaga: en III Jornadas de innovación educativa y enseñanza virtual de la Universidad de Málaga. 2009. [acceso: 30 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.uma.es/ieducat/new\\_ieducat/ambito\\_1/com.1-pie07.081.pdf](http://www.uma.es/ieducat/new_ieducat/ambito_1/com.1-pie07.081.pdf)

<sup>173</sup> Santana Vega LE. Orientación Educativa e Intervención Psicopedagógica. Cambios de los tiempos, cambian las responsabilidades profesionales. 2ª ed. Madrid: Pirámide, 2007.

<sup>174</sup> Gual A, Oriol Boch A, Palés Argullós J, Nolla Domenjó M. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. Educ Med. 2011;14 (2):73-81.

<sup>175</sup> Saura Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. Aten Primaria. 2005;35(6):318-24.

<sup>176</sup> Fonseca Capdevilla E. Médicos Internos y Residentes (MIR): ¿profesionales activos o alumnos? Cincuenta años de legislación y debate. Piel. 2011;26(3):113-8.

<sup>177</sup> Arteman AX, Masachs E, Valero S. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. [monografía en Internet] Barcelona: Fundación Galatea; 2009 [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

[http://www.fgalatea.org/pdf/estudi\\_mir\\_cast.pdf](http://www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf)

<sup>178</sup> Jimenez Garcia D. Rotaciones de residente en el extranjero. Rehabilitación (Madr). 2008;42(4):216-8.

<sup>179</sup> Vázquez Mata G, Rodríguez Elvira M, Rucabado Aguilar L, García Alcántara A, Murillo Cabezas F, Navarrete Navarro P et al. Los residentes de las unidades de cuidados intensivos: ¿cuál es su percepción de la formación que recibe? Educ Méd. 2011;14(3):189-94.

<sup>180</sup> Rodríguez Sanz J. El residente desmotivado: diagnóstico y posibilidades terapéuticas. AMF. 2006;2(1):19-28.

<sup>181</sup> Farreras Valentí P, Rozman Borstnar C, Cardellach López F. Medicina Interna. 17ª ed. España: Elsevier; 2012.

<sup>182</sup> Barrios Flores F. La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente. DS. 2003 enero-junio; 11(1):1-22.

<sup>183</sup> Moran Barrios JM, Ruiz de Gauna P. ¿Cómo evaluar al residente? Una visión posibilista para entornos complejos. [monografía en Internet]. Zaragoza: Jornada de Formación de Tutores; 2011. [acceso: 30 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.ehu.es/SEMDE/archivos\\_pdf/Evaluar%20Residentes.%20Una%20vision%20posibilista%20en%20entornos%20complejos.pdf](http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/Evaluar%20Residentes.%20Una%20vision%20posibilista%20en%20entornos%20complejos.pdf)

<sup>184</sup> Moran Barrios JM, Ruiz de Gauna P. ¿Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. Nefrología 2010; 30(6):604-12.

<sup>185</sup> Aquerreta Beola JD, del Cura Rodríguez JL. Evaluación de la formación MIR en radiología. Radiología. 2011;53(5):392-8.

<sup>186</sup> Fornells JM, Juliá X, Martínez Carretero JM. Feedback en la educación médica. Educ Med. 2008; 11 (1): 7-12.

<sup>187</sup> Andreu JL, García Castro M, Usón J, Jover JA, Millán I, Cáliz R et al. ¿Qué opinan los residentes de reumatología sobre su formación? Una encuesta de la Comisión Nacional de Reumatología. *Reumatol Clin*. 2012;8(1):27-30.

<sup>188</sup> Monereo Font C. La autenticidad de la evaluación. En Castelló M, coordinador. *La evaluación auténtica en enseñanza secundaria y universitaria*, Barcelona: Edebé Innova universitas. 2009.

<sup>189</sup> La Fuente JV, Escanero JF, Mansón JM, Mora T, Castillo M, Díaz Veliz G et al. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. *Educ méd*. 2007;10(2):86-92

<sup>190</sup> Epstein RM. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med*. 2007 january; 356(4):387-96.

<sup>191</sup> Serra Aracil X, Navarro Soto S, Artigaga Nieto E, Rebas Cladera P, Hernando Tavira R, Moreno Matías J et al. ¿Cómo evaluamos la actividad de los médicos internos residentes? *El libro informático del residente*. *Cir. Esp*. 2006;80(3):145-50.

<sup>192</sup> Villalonga R, Rovira I, Colomina MJ, Ricón R, Mases A, Borrás R, et al. La formación especializada en Anestesiología desde la perspectiva de los tutores. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2008;55:327-34.

<sup>193</sup> Galcerá Tomas J, Botella Martínez C, Saura Llamas J, Navarro Mateu F. New regulations regarding Postgraduate Medical Training in Spain: perception of the tutor's role in the Murcia Region. *BMC Medical Education* [revista en Internet] 2010; [acceso: 14 de abril de 2013].10 [6]. Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/44>

<sup>194</sup> Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. *Family Medicine*. 2006;38(6):399-407.

<sup>195</sup> AREDA (Asociación de Redes de Comisiones de Docencia y Asesoras). La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud. *Educ méd.* 2007;10(1):16-25.

<sup>196</sup> Saura Llamas J. Como organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten Primaria.* 2005;35(6):318-24

<sup>197</sup> Moran Barrios JM. Estrategias e instrumentos de evaluación del residente. Jornada de Tutores de Formación Sanitaria Especializada de Castilla y León [monografía en Internet] Euskadi: Sociedad de Educación Médica de Euskadi; 2009 [acceso: 30 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.ehu.es/SEMDE/archivos\\_pdf/Valladolid%202008%20Jornada%20de%20Tutores%20de%20Formacion%20Sanitaria%20Especializada%20de%20Castilla%20y%20Leon.pdf](http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/Valladolid%202008%20Jornada%20de%20Tutores%20de%20Formacion%20Sanitaria%20Especializada%20de%20Castilla%20y%20Leon.pdf)

<sup>198</sup> Bordas MI, Cabrerías FA. Estrategias de evaluación de los aprendizajes centrados en el proceso. *Rev Esp Pedagog.* 2001 enero-abril; 218:25-48.

<sup>199</sup> Martínez Viniegra NL, Ruiz Pérez LC. De la calidad a la formación pedagógica. Evaluación y satisfacción del docente. *Rev Fac Med UNAM* [revista en Internet] 2009 noviembre-diciembre [acceso: 14 de abril 2013]; 52(6):[4]. Disponible en:

<http://www.mediagraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un096g.pdf>

<sup>200</sup> Pérez-Hervada Payá A. El tutor de medicina familiar. [monografía en Internet] Madrid: SEMERGEN; 2001 [acceso: 26 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/opinion6/perfil.pdf>

<sup>201</sup> Martín Zurrro A. Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial. *Educ méd.* 2003 julio-septiembre; 6(3):19-22.

<sup>202</sup> Romero Sánchez E. Análisis pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. [tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Murcia; 2008.

<sup>203</sup> Martínez Juárez M. Análisis Funcional de la Tutoría Sanitaria en la Región de Murcia: funciones y competencias. Hacia el perfil profesional del Tutor de Residentes.

[tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Investigación y Diagnóstico de Educación. Facultad de Educación, Universidad de Murcia; 2009.

<sup>204</sup> Turabián JL. La tutorización en la formación de medicina de familia. JANO; 1999;1284:56-7.

<sup>205</sup> Olivé Marques A. El residente desmotivado. Semin Fund Esp Reumatol. 2007;8:1-2.

<sup>206</sup> Llor C. Paciente que se niega a que un médico en formación realice un procedimiento. FMC. 2008;15(5):294-6.

<sup>207</sup> Rodríguez González R, Capilla Cabezuelo E. El programa de la especialidad como herramienta de formación. Plan individual de formación de cada residente. Radiología. 2010;52(06):546-51.

<sup>208</sup> Ezquerro M, Pérez-Iglesias F, Garrigues V, Muñoz JM, Fornells JM, Gual A. Nuevos retos en la formación especializada. I. Perfil y evaluación del Jefe de Estudios. II. Plan de calidad de la docencia en los centros sanitarios. III. Evaluación del residente. Propuesta de evaluación de las rotaciones. Educ Med. 2008;11(4):187-20.

<sup>209</sup> Lavalle-Montalvo C, Leyva González FA. Instrumentación pedagógica en educación médica. Cir Cir. 2011;79:2-10.

<sup>210</sup> Ríos Zambudio A, Sánchez Gascón F, González Moro L, Guerrero Fernández M. Factores de insatisfacción de los médicos internos residentes. Cartas científicas. Med Clin (Barc). 2003;121(16):634-636.

<sup>211</sup> Saura Llamas J., Saturno Hernández P. J., Romero Sánchez E. B. Estrategias formativas que pueden utilizar los tutores para formar residentes. Arch Med Fam. 2008;10 (3):84-95.

<sup>212</sup> Navarro Cañadas C, Varela Pelarda O. Enseñar en sistemas "imperfectos": la paradoja del aprendizaje en el límite. Aten Primaria. 2008;40(05):269.

- <sup>213</sup> Marquet Palomer R. La responsabilidad moral del tutor. FMC. 2011;18(10):630-2
- <sup>214</sup> Boendermaker PM, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz JCM. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? Family Practice. 2000;17(6):547-53.
- <sup>215</sup> Aguilar Rebolledo F, Erasmo Hernández H. La educación médica continúa. Parte I ¿Una necesidad, una obligación, un compromiso? Plast & Rest Neurol. 2006;5(1):58-61.
- <sup>216</sup> Morales Elipe V. El tutor de residentes: primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje. Rev Lab Clin. 2011;4(3):113-114.
- <sup>217</sup> Cura Rodríguez JL. El papel de los tutores en la formación de los residentes. Perspectivas de futuro. Radiología. 2011;53(1):61-6.
- <sup>218</sup> León Vázquez F, Olivera Cañadas G, Ballarín González A, Holgado Catalán S. Responsabilidad legal del residente y "pena de banquillo". Aten Primaria. 2008;40(6):313.
- <sup>219</sup> Ballarín González A, López Romero A, León Vázquez F. La responsabilidad legal del tutor. FMC. 2011;18(10):633-8.
- <sup>220</sup> Soler LA. La culpa en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Estado jurisprudencial y modalidades de manifestación. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):223-227
- <sup>221</sup> Aracil J, Gordillo F. Dinámica de sistemas. Madrid: Alianza; 2007.
- <sup>222</sup> Pedrajas Moreno A, Sala Franco T. La nueva relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (RD 1146/2006, de 6 de octubre. BOE de 7 de octubre). Pediatr Aten Primaria. 2006 octubre-diciembre. 7(32):127-38.

<sup>223</sup> LEY 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Boletín Oficial del Estado de 27 de noviembre de 1992,285:40300-19. [acceso: 30 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1992/11/27/pdfs/A40300-40319.pdf>

<sup>224</sup> LEY 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. Boletín Oficial del Estado 11 de octubre de 2011. 245:106584-725, [acceso: 26 de enero de 20113]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/11/pdfs/BOE-A-2011-15936.pdf>

<sup>225</sup> REAL DECRETO 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado 25 septiembre 1999.230: 34257-60, [acceso: 26 de enero de 20113].Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1999/09/25/pdfs/A34257-34260.pdf>

<sup>226</sup> Educational Commission for foreign medical graduates [sede Web]. Estados Unidos: ECFMG®; 1996-2013 [actualizado 21 abril 2013] ACGME core competencies [una pantalla]. Disponible en :

<http://www.ecfmq.org/echo/acgme-core-competencies.html>

<sup>227</sup> Ruiz Moral R, Parrás Rejano JM, Alcalá Partera JA, Castro Martín E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los medios residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. Aten Primaria. 2005;36(10):537-41.

<sup>228</sup> Casado Vicente V. "Curriculum oculto". Aten Primaria. 2010;42(1):1-4.

<sup>229</sup> Saura Llamas J, Saturno Hernández J, Romero Sánchez E. Propuesta de un "mapa" de métodos y técnicas docentes para ayudar a los tutores a "viajar por el programa docente". Aten. Primaria. 2007;39(9):497-505.

<sup>230</sup> Moreno Fernández J, Gutiérrez Alcántara C, Palomares Ortega R, García Manzanares Benito López P. Valoración del programa de formación en Endocrinología y

Nutrición por los facultativos: resultados de una encuesta. *Endocrinol Nutr.* 2011; 58(10):510-5.

<sup>231</sup> González de Dios J, Flores Canoura A, Jiménez Villa J, Gutiérrez Fuentes JA. Qué revistas médicas españolas leen y como se informan los médicos de atención primaria. *Aten. Primaria.* 2011 diciembre;43(12):629-36.

<sup>232</sup> Torres do Rego A. ...Y disponer de una oportunidad para investigar en el MIR. *Rev. Clin Esp.* 2011;211(7):370-3.

<sup>233</sup> López Timoneda F, Moro J, Tejedor J. La calidad percibida en la formación por los residentes de Anestesiología y Reanimación. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2007;54:340-8.

<sup>234</sup> Prados Torres JD, Santos Guerra MA. La evaluación de los MIR como proceso de aprendizaje. *Medicina de Familia (And).* 2000 junio;1(1):78-83.

<sup>235</sup> Sánchez López MC, Sánchez Sánchez JA, Aguinaga Ontoso E, Madrigal Torres M, Menárguez Puche JF. Docencia en medicina basada en la evidencia (MBE): estrategias y herramientas de evaluación. *Arch Med Fam.* 2009 enero-marzo; 11(1):17-32.

<sup>236</sup> Castelo Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S et al. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG* 2007;114:94-8.

<sup>237</sup> Fonseca M, Sanclemente MG, Hernández C, Visiedo C, Bragulaty E, Miro O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010; 210(5):209-15.

<sup>238</sup> Matas Aguilera V, Galán Ocaña S. ...Y residentes en España ahora ¿cuántos hay? [monografía en Internet]. Granada: Sindicato Médico Andaluz. 2012; [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

[http://www.smandaluz.com/enlace.htm?link=/sites/default/files/docu\\_pdf/2012docuPDF/MIR-Espa%C3%B1a-enero-2012.pdf](http://www.smandaluz.com/enlace.htm?link=/sites/default/files/docu_pdf/2012docuPDF/MIR-Espa%C3%B1a-enero-2012.pdf)

- <sup>239</sup> Bernis Carro C, Comisión Nacional de la Especialidad de Nefrología en España. Evolución de las plazas asignadas a Nefrología en las convocatorias de MIR (1995-2008). *Nefrología* 2011;31(2):155-61.
- <sup>240</sup> Llujiá A, Costas L, Grau J, Trilla A. Conocimientos capacidades e intereses de los médicos internos y residentes (MIR) al incorporarse al hospital. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(3):107-11.
- <sup>241</sup> Saura Llamas J, Sesma Arnáiz R, Fernández Cuenca J, Borchert Muñoz C, Sáez Yanguas A. Docencia postgrado ¿qué sabemos de los residentes? *Aten Primaria*. 2001 octubre;28(6):405-14.
- <sup>242</sup> Galindo Coronil S, Serrano del Rosal R, García de Diego JM, Biedma Velázquez L, Ranchal Romero J. Actitudes y valores de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria: un modelo sanitario adaptado a los nuevos tiempos. *Semergen*. 2013;39(1):18-25.
- <sup>243</sup> Escobar Rabadán F, López-Torres Hidalgo J. ¿Qué determina la elección de una Especialidad de Medicina? *Rev Clin Med Fam*. 2008;2(5):216-25.
- <sup>244</sup> Torres M, Francesc C, Bundó M, Capdevila JA. Sistema formativo MIR: propuesta de cambios para la adecuación a las necesidades del modelo sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(20):777-82.
- <sup>245</sup> Tirado Conde G, Miravittles M, Álvarez Sala JL, Rodríguez de Castro F, Ancochea J. La formación especializada en neumología en Europa. *Arch. Bronconeumol*. 2009;45(2):92-9.
- <sup>246</sup> González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Capítulo 2 Profesionales. *Gac Sanit*. 2012 marzo;26(Suppl):46-51.
- <sup>247</sup> Wismar M, Glinos IA, Maier CB, Dussault G, Palm W, Bremner J et al. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. *Euro Observer*. 2011 summer;12(2):1-4.

<sup>248</sup> Carroll DB, Malvarez S, Martínez Millan JI, Padilla M, Pando Letona M, Hernández SS et al. Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. [monografía en Internet]. España: Red Iberoamericana de migraciones de profesionales de salud; 2011 [acceso: 3 de febrero de 2013]. Disponible en:

<http://www.mpdc.es/mapas/mapas/espana/espana.html#1aentrada>

<sup>249</sup> Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. ¿Hacen falta más médicos? ¿Tan sutiles son las señales? Rev Adm Sanit. 2008;6(3):393-401.

<sup>250</sup> Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. ¿Hay suficientes profesionales sanitarios en España? Desequilibrios, déficits, movilidad internacional y acreditación de los médicos. Humanitas [revista en Internet] 2008 enero. [acceso: 4 de febrero de 2013];23. Disponible en:

[http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero23/articulo.pdf](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero23/articulo.pdf)

<sup>251</sup> Pujol Farriols R, Nogueras Rimblas A. La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. Med Clin (Barc). 2002;118(14):545-50.

<sup>252</sup> Tutosaus JD. Sistemas de evaluación de los residentes. Rol del tutor en los mismos. Educ méd. 2003 julio-septiembre;6(3):20-2.

<sup>253</sup> Tolchinsky Wiesen G. La limitación de las horas de trabajo de los residentes: pros y contras. GH Continuada. 2011 marzo-abril;10(2): 94-8.

<sup>254</sup> Barbado Hernández FJ. Un tutor de docencia, a escena. Rev Clin Esp. 2010;210(5):246-9.

<sup>255</sup> Villalbí JR, Pérez Albarracín P, Delgado Rodríguez M. y el Grupo de reflexión sobre el futuro de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. La formación en España de Médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2011 noviembre-diciembre; 84(6):507-12.

<sup>256</sup> Martín Zurro A. La regulación de las profesiones sanitarias en un nuevo contexto social. la experiencia de Cataluña. Humanitas [revista en Internet]. 2004 [acceso: 14 de abril 2013]; 7 [169-182]. Disponible en:

[http://www.ehu.es/SEMDE/archivos\\_pdf/humanitas\\_7.pdf](http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/humanitas_7.pdf)

<sup>257</sup> Saura Llamas J, Galcerá Tomás J, Botella Martínez C, Navarro Mateu F. Los tutores de medicina familiar y los tutores hospitalarios ante los cambios en la formación especializada. Rev Clin Esp. 2012;212(4):215-7.

<sup>258</sup> Lucas Pérez-Romero FJ, Chacón Caso P, Casado Vicente V, Pablo Cerezuela F. Percepción de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el Programa formativo de la Especialidad. Rev Clín Med Fam. 2012;5(1):17-24.

<sup>259</sup> Bernal Bello D. El residente como docente, Quo vadis? Rev Clin Esp. 2012 mayo;212(5):255-8.

<sup>260</sup> Marco P. La formación MIR: opiniones desde la SOCV Annals d'Oftalmologia 2006;14(2):66-8.

<sup>261</sup> Jiménez Pérez F. La Formación MIR como frontera de la licenciatura de medicina. Educ Méd. 2005 septiembre; 8(Suppl 2):30-1.

<sup>262</sup> Urda A, Ezquerro L, Albareda J, Baeza Noci J, Blanco A, Cáceres E, et al. Evaluación final voluntaria para médicos residentes en Cirugía Ortopédica y Traumatología: balance de resultados y mirada al futuro. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012;56(3):188-96.

<sup>263</sup> García Melchor E. Problemas de los residentes: ¿cómo podemos solucionarlos? Semin Fund Esp Reumatol. 2009;10(3):100-3.

<sup>264</sup> de Teresa Galván E, Alonso-Pulpón L, Barber P, Bover Freire R, Castro Beiras A, Cruz Fernández JM et al. Desequilibrio entre la oferta y las necesidades de cardiólogos en España. Análisis de la situación actual, previsiones futuras y propuestas de solución. Rev Esp Cardiol. 2006;59(7):703-17.

<sup>265</sup> Serrano A. Dermatología y Cardiología pierden peso en la elección de los primeros MIR. Diario Médico martes 10 de abril de 2012; Profesión 2.

<sup>266</sup> Alarcó Hernández A, Rodríguez de Castro F. ¿Falta de médicos? ¿Cuestión cuantitativa o cualitativa?. Educ méd. 2007;10(3):129-37.

<sup>267</sup> Alejandro Lázaro G, Aguilar Blanco EM, Berrocoso Martínez A, Cano Martín LM, González González J, López de Castro F. Factores que condicionan la elección de Unidades Docentes en una muestra de residentes de Castilla la Mancha. Semergen. 2005;31(3):103-8.

<sup>268</sup> Petrides KV, McManus IC. Mapping medical careers: Questionnaire assessment of career preferences in medical school applicants and final year students. BMC Med Educ. 2004;4:18.

<sup>269</sup> Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of Primary Care Specialty Choice: Non-statistical Meta-analysis of literature. Acad Medic. 1995;70(7):620-41.

<sup>270</sup> Tambyraja CA, Rowan MC, James WP. Attitudes of medical students toward careers in General Surgery. World J Surg. 2008;32:960-3.

<sup>271</sup> Chang PY, Hung CY, Wang KI, Huang YH, Chang KJ. Factors Influencing Medical Students' Choice of Specialty. J Formos Med Assoc. 2006;105(6):489-96.

<sup>272</sup> Ek EW, Ek ET, Mackay SD. Undergraduate experience of surgical teaching and its influence on career choice. Aust Z J Surg. 2005;75:713-8.

<sup>273</sup> Olivé Marqués A. El residente como maestro. Semin Fund Esp Reumatol. 2008;9:1-2.

<sup>274</sup> Insull PJ, Kejriwal R, Blyth P. Surgical inclination and anatomy teaching at the University of Auckland. ANZ J Surg. 2006;76:1056-9.

<sup>275</sup> Deedar-Ali-Khawaja R, Mumtaz Khan S. Trends of Surgical Career Selection Among Medical Students and Graduates: A Global Perspective, *J Surg Educ.* 2010 july-august;67(4):237-48.

<sup>276</sup> Suárez Ruz E, Barrachina Martínez I, Vivas Consuelo D. Claves para motivar y fidelizar a los médicos especialistas. e-RAS. [revista en Internet], 2010 [acceso: 3 de febrero de 2013]; 1(7):[21]. Disponible en:

[http://www.mpdic.es/components/com\\_mtree/attachment.php?link\\_id=494&cf\\_id=39](http://www.mpdic.es/components/com_mtree/attachment.php?link_id=494&cf_id=39)

<sup>277</sup> González de Dios J, Polanco Allue I, Díaz Vázquez CA. De las facultades de Medicina a la residencia de Pediatría pasando por el examen de médico interno residente: ¿algo debe cambiar? Resultados de una encuesta en residentes de Pediatría de cuarto año. *An Pediatr (Barc.)*. 2009;70(5) 467-76.

<sup>278</sup> Sánchez León A. El Clínico de Barcelona, primer centro entre los MIR por su perfil investigador. *Diario Médico* de 16 de marzo de 2011. Profesión 7.

<sup>279</sup> Scott IM, Matejcek AN, Gowans MC, Diet NM, Wright BJ, Brenneis FR. Choosing a career in surgery: Factors that influence Canadian medical students' interest in pursuing a surgical career. *Can J Surg.* 2008;51:371-377.

<sup>280</sup> Buddeberg Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Services Research.* 2006;6:137-146.

<sup>281</sup> González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Sostenibilidad y condiciones de empleo en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2010;8(1):89-100.

<sup>282</sup> Heiligers PJM. Gender differences in medical students' motives and career choice *BMC Medical Education.* 2012;12:82-93.

<sup>283</sup> Gérvas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Suppl):52-6.

<sup>284</sup> Maggiori L, Brouquet A, Zeitoun JD, Roupret M, Lefevre JH. The future of gastrointestinal surgery in France: National survey of 929 medical students and results of professional choices after the 2008 national ranking exam. *J Chir.* 2009;146:168-74.

<sup>285</sup> Are C, Stoddard HA, Huggett K, Franzen J, Mack A, Thompson JS. A regional perspective on the attitudes of fourth-year medical students toward the field of general surgery. *J Surg Educ.* 2009;66:123-8.

<sup>286</sup> Caro Condón J. Ser médico...“y elegir especialidad con el número 1”. *Rev Clin Esp.* 2011;211(8):430-2.

<sup>287</sup> Grupo Eco Salud ULPGC y Dirección General de Ordenación Profesional. Informe descriptivo sobre la encuesta a MIR R1 de Mayo 2012.[revista en Internet] 2013 febrero. [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

<http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/InformeMIR2012.pdf>

<sup>288</sup> Jiménez Alonso J. Mi concepto de buen médico. *Rev Clin Esp.* 2010;210(10):517-20.

<sup>289</sup> Ocheke AN, Musa J, Ekwempu CC. The impact of HIV/ AIDS epidemic on the choice of specialties among medical students and house officers in Jos, Nigeria. *Niger J Med.* 2008;17:201-4.

<sup>290</sup> Jeffrey EH, González López-Valcárcel B, Ortún V, Barber P. Specialty choice in times of economic crisis: a cross-sectional survey of Spanish medical students. *BMJ Open* 2013;3:1-12

<sup>291</sup> González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Grupo de Investigación en Economía de la Salud Universidad de La Palmas de Gran Canaria. Oferta y Necesidades de médicos especialistas en España (2006-2030). [monografía en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 marzo [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

[http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/12-NecesidadesMEspecialistas\(2006-2030\).pdf](http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/12-NecesidadesMEspecialistas(2006-2030).pdf)

<sup>292</sup> Borracci RA, Guthman G, Rubio M, Arribalzaga EB. Estilo de aprendizaje en estudiantes universitarios y médico residentes. *Educ Med.* 2008;11(4):229-38.

<sup>293</sup> García de Diego JM, Ranchal Romero J, Biedma Velázquez L, Serrano del Rosal R. Preferencias y expectativas de los médicos residentes en Andalucía. [monografía en Internet] Andalucía: Instituto de Estudios Sociales Avanzados IESA; 2009 [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

<http://digital.csic.es/bitstream/10261/24225/1/Preferencias%20y%20expectativas.pdf>

<sup>294</sup> Toranzo Cepeda T, Aramburu Vilariño FJ, García-Castrillo Riesgo L, Algarra Paredes J, Navarro Díaz F, Tomás Vecina S et al. Predisposición de los aspirantes a médico interno residente (MIR) a escoger la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias y factores relacionados. *Emergencias* 2010; 22: 323-30.

<sup>295</sup> Martín Zurro A. Estudiantes. licenciados y medicina de familia: elementos de una relación imperfecta. *Aten Primaria.* 2009;41:436-8.

<sup>296</sup> González López-Valcarce B, Barber Pérez P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. *Gac Sanit.* 2008;22(5):393-5.

<sup>297</sup> de Sergio Romero E. ¿Que cómo va lo de la troncalidad? *Aten Primaria.* 2012;44(2):59-61.

<sup>298</sup> Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW. Medical graduates' early career choices of specialty and their eventual specialty destinations: UK prospective cohort studies. *BMJ* 2010;340:3199-208.

<sup>299</sup> González López-Valcárcel B. Casi la mitad de los médicos ingleses trabajan en una especialidad distinta a la que habrían elegido un año después de graduarse. *Gest Clin Sanit.* 2010;12(3):106.

<sup>300</sup> Leyte GM. El nuevo médico. La inaplazable reforma de la formación de los profesionales de la salud. *Gac Sanit.* 2008;22 (Supl1):37-42.

<sup>301</sup> Serrano A. La inestabilidad laboral lleva a los MIR a una segunda residencia. Diario Médico. Martes 29 de mayo de 2012; Profesión. 10.

<sup>302</sup> REAL DECRETO 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud, Boletín Oficial del Estado. 1 de julio 1993; 156:20049-51,[acceso: 6 de febrero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1993/07/01/pdfs/A20049-20051.pdf>

<sup>303</sup> DIRECTIVA 86/457/CEE del Consejo de 15 de septiembre de 1986 relativa a una formación específica en medicina general. Diario Oficial de la Unión Europea. 19 septiembre 1986; 267:26. [acceso: 6 de febrero de 2013]. Disponible en:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31986L0457:ES:HTML>

<sup>304</sup> Ortún V. director. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011.

<sup>305</sup>: Beatriz González López-Valcárcel B, Patricia Barber P. Planificación de profesionales sanitarios como foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012 marzo;26(Suppl 1):46-51.

<sup>306</sup> Sevillano EG, No quiero ser médico de familia. El País. Lunes 7 de junio 2010. El País. Medicina familiar Personal sanitario. 12.

<sup>307</sup> Barber P, González Lopez-Vacárcel B. Grupo de Investigación en Economía de la Salud Universidad de La Palmas de Gran Canaria. Oferta y necesidades de especialistas médicos en España (20010-2025). [monografía en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2011 diciembre [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

[http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas\(2010-2025\).pdf](http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf)

<sup>308</sup> Alarcó Hernández A, Rodríguez de Castro F, ¿Faltan médicos? ¿Cuestión cuantitativa o cualitativa? Educ méd. 2007;10(3):129-37.

<sup>309</sup> Alonso Magdaleno MI. Dinámica de la Formación Médica Especializada del Sistema Nacional de Salud. RAE. 2003; 27:72-97.

<sup>310</sup> Alonso Magdaleno MI. La gestión del proceso de convocatoria de plazas de formación medica especializada. Gac Sanit. 2003;17(4):289-95.

<sup>311</sup> Alonso Magdaleno MI. Política de Convocatoria MIR pediatría cirugía cardiaca. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5(17):13-28.

<sup>312</sup> Alonso Magdaleno MI. Políticas de la convocatoria de plazas MIR. AEDM. 2003;9(2):167-88.

<sup>313</sup> Barber P, González Lopez-Vacárcel B. Forecasting the need for the medical specialists in Spain: application of a system dynamic model. RHR. 2010; 8:24-33.

<sup>314</sup> Barber P, González Lopez-Vacárcel B. Grupo de Investigación en Economía de la Salud Universidad de La Palmas de Gran Canaria. Oferta y necesidades de especialistas médicos en España (2008-2025). Actualización del estudio "Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030) [monografía en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2009 marzo [acceso: 14 de abril 2013]. Disponible en:

[http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/13-NecesidadesMEspecialistas\(2008-2025\).pdf](http://www.msps.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/13-NecesidadesMEspecialistas(2008-2025).pdf)

<sup>315</sup> LEY 30/1992, 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Boletín Oficial del Estado 27 de noviembre de 1992;285:40300-319, [acceso: 22 de abril de 2013].Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1992/11/27/pdfs/A40300-40319.pdf>

<sup>316</sup> REAL DECRETO 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado 25 de septiembre de 1999;230:34257-60, [acceso: 29 de enero de 2013].Disponible en:

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-19275# analisis>

<sup>317</sup> RESOLUCIÓN de 14 de mayo de 2001, de la Subsecretaría, por la que se establecen los criterios comunes sobre formato, contenido, garantías y calificación aplicables a los procedimientos de evaluación curricular y desarrollo de las pruebas, a las que se refiere el artículo 3 del Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre. Boletín Oficial del Estado 24 de mayo de 2001; 124:18174-5. [acceso: 29 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-9844>

<sup>318</sup> REAL DECRETO 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 27 de agosto de 1998, 205:29232-5. [acceso: 29 de enero de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/1998/08/27/pdfs/A29232-29235.pdf>

<sup>319</sup> RESOLUCIÓN de 26 de marzo de 1999, de la Subsecretaría, por la que se aplica lo dispuesto en el artículo 1.2 y en la disposición adicional quinta del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 14 de abril de 1999;89:13958-64. [acceso: 29 de enero de 2013]. Disponible en:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1999-8408](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1999-8408)

<sup>320</sup> RESOLUCIÓN de 17 de diciembre de 2001, de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades, por la que se establecen las características comunes de las pruebas a que se refiere el artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio. Boletín Oficial del Estado 14 de enero de 2002;12:1612. [acceso: 23 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2002/01/14/pdfs/A01612-01612.pdf>

<sup>321</sup> Real Decreto 220/2013, de 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo

de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título. Boletín Oficial del Estado 23 de marzo de 2013;71:22955-6. [acceso: 23 de abril de 2013]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/23/pdfs/BOE-A-2013-3211.pdf>

<sup>322</sup> Abreu González R. Responsabilidad jurídica del médico interno residente (MIR) Arch Soc Esp Oftalmol [revista en Internet] 2004. [acceso: 2 de febrero de 2013]; 79(6):[255-6]. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4321/S0365-66912004000600001>