



SERIE: FORMACIÓN DE RESIDENTES EN RADIOLOGÍA

## Normativa de la formación del residente de Radiodiagnóstico: estatuto del residente y ley de especialidades

A. Morales Santos<sup>a</sup>, J.L. del Cura Rodríguez<sup>b,\*</sup> y X. Vieito Fuentes<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Radiología. Hospital Donostia, San Sebastián, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiología. Hospital de Basurto, Bilbao, España

<sup>c</sup>Servicio de Radiología. Hospital Xeral, Vigo, España

Recibido el 31 de agosto de 2009; aceptado el 24 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 1 de diciembre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Educación médica;  
Internado y  
residencia;  
Tutores

### KEYWORDS

Medical education;  
Internship and  
residency;  
Mentors

### Resumen

El actual sistema de formación especializada mediante residencia en España tiene su origen en 1963, siendo el radiodiagnóstico una de las especialidades iniciales. Las normas que rigen actualmente la formación especializada son de 3 tipos: a) profesionales, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; b) laborales, Estatuto del Residente, y c) educativas: Nueva Ley de Especialidades y Programa de Radiodiagnóstico.

Este sistema incluye una relación contractual exclusiva con la entidad formadora; un sistema de acceso unificado, y una formación programada, tutelada y evaluada, basada en la responsabilización progresiva, en unidades acreditadas. El residente tiene derecho a ser formado y evaluado, a participar en su unidad docente y a sus derechos laborales. A cambio, se obliga a realizar las tareas del programa y a cumplir las normas del centro. El residente de primer año deberá ser supervisado directamente pasándose después a una progresiva delegación.

© 2009 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Regulations governing the training of diagnostic imaging residents: the residents' statute and the medical specialties law

### Abstract

The current system for training medical specialists in Spain originated in 1963, and diagnostic radiology was one of the first specialties recognized. There are currently three types of regulations that govern the training of specialists: a) professional, The Health Professions Law; b) labor: The Residents' Statute; and c) educational, The New Medical Specialties Law and the Diagnostic Imaging Program

This system consists of an exclusive contract with the training organization, a unified system of access, and a training program in accredited units that includes tutoring,

\*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: JOSELUIS.DELCURARODRIGUEZ@osakidetza.net, jlcura@euskalnet.net (J.L. del Cura Rodríguez).

evaluation, and progressive assignment of responsibilities. Residents have a right to be trained and evaluated, to participate in the teaching unit, and to their labor rights. In exchange, they must complete the tasks assigned in the program and abide by the institution's rules. Residents must be supervised directly in the first year and thereafter they should be given progressively more responsibility.

© 2009 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Historia

La especialización médica es el resultado inevitable del progreso científicotécnico y del aumento de conocimientos en el campo de la medicina. Durante el siglo pasado se pueden distinguir tres etapas (tabla 1).

### 1. Etapa no normalizada (1900–1944)

La aplicación del principio del libre ejercicio de la profesión hacía innecesaria una regulación de las especialidades médicas. El título de licenciado habilitaba para la total práctica profesional de la medicina y la cirugía, y solamente la conciencia profesional del médico le impedía actuaciones para las que no tenía competencia. Pese a esto, la transmisión y sistematización del conocimiento médico existía, dándose 3 situaciones:

A. *La autoformación y el ejercicio público de una especialidad.* Se consideraban especialistas quienes venían autotitulándose y ejercían públicamente una especialidad, mediante la autoformación y experiencia adquirida.

B. *La formación bajo la tutela de un maestro experimentado.* Sus antecedentes se remontan a la Edad Media, con la figura del “aprendiz” que se formaba a la sombra de un “maestro”, sin programa en tiempo o en contenido<sup>1</sup>.

C. *La formación por el conjunto del hospital.* Durante el primer tercio del siglo xx, algunos hospitales modifican de forma radical la forma de entender la formación de posgrado. El cambio fundamental fue el de sustituir al “maestro” por “la formación por el conjunto del hospital”, estableciendo los primeros programas para la formación especializada y las primeras “residencias”<sup>2</sup>. Cronológicamente aparecieron en el Hospital de Basurto en Bilbao (1918), el Hospital de Santa Cruz y San Pablo en Barcelona (1918), la Casa de la salud de Valdecilla en Santander (1929) y la Clínica de la Concepción en Madrid (1935).

### 2. Las primeras normas (1944–1963)

A. *La primera regulación y el nacimiento de electrorradiología como especialidad.* El Decreto de 7 de julio de 1944, sobre Ordenación de la Facultad de Medicina<sup>3</sup>, después de afirmar en su exposición de motivos que “el arduo problema de la especialización había permanecido hasta el momento huérfano de una ordenación”, estableció que las facultades de medicina, por medio de los institutos y escuelas profesionales que de ellas dependieran, habilitarían a los licenciados para la expedición por el Ministerio de los títulos de especialista médico. El artículo 56 instituyó 12 especialidades médicas, entre la que se encontraba la electrorradiología.

B. *El sistema de control universitario de la Ley de especialidades de 1955.* El primer intento serio de regular la formación posgrado es mediante la Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas<sup>4</sup>. Esta norma regula los requisitos y procedimientos para la obtención del título de médico especialista, delimitando 31 especialidades (entre ellas la electrorradiología). Su objetivo declarado era que la preparación para el ejercicio profesional no quedara “al exclusivo arbitrio de quien sin otra comprobación, asegure haberla efectuado”.

La responsabilidad de la formación recaía sobre la universidad, a través de las cátedras de las facultades de medicina (escuelas profesionales, institutos y escuelas de especialización médica; todas reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional). La formación especializada se basaba en cursos eminentemente teóricos, cuya duración solía ser de 2 años, concediéndose al final de este período el título de especialista.

Esta ley se malogra por el uso abusivo de sus disposiciones transitorias, que permitían fácilmente la obtención del título de especialista sin que constara una formación real y fiable. De hecho, al amparo de esta legislación se llegaron a conceder a médicos hasta 10 títulos de especialista conjuntamente. La Orden de 10 de octubre de 1962 por la que se dan normas para la concesión de títulos de médicos especialistas<sup>5</sup>, intentó limitar el número de especialidades por facultativo, pero siguió manteniendo la facilidad de especialización sin ningún tipo de formación reglada y segura. También se daba la paradoja de que esta ley oficializaba el título, limitando el derecho de autotitulación, pero no el libre ejercicio de una especialidad.

### 3. La difícil convivencia entre la Ley de 1955 y el nuevo sistema MIR (1963–1970)

A. *Los pioneros de la era MIR (1963–1966).* En 1963, en el Hospital General de Asturias, un grupo de médicos especializados en Estados Unidos, entre los que estaba el Dr. Cesar S. Pedrosa<sup>6</sup>, y, de forma coetánea, en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid, procedieron a emular el sistema de residencia existente en Estados Unidos iniciando el primer programa de posgraduados en España. Por primera vez se establece el sistema de médicos internos y residentes (MIR), con períodos de formación preestablecidos, en régimen de dedicación exclusiva, en los que el futuro especialista iba adquiriendo responsabilidad personal, progresiva y tutelada, con actividades asistenciales remuneradas por el hospital.

B. *La cabeza de puente del sistema MIR en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social (1966–1969).* El sistema MIR contravenía lo estipulado en una disposición adicional de la Ley de Especialidades de 1955 y tempranamente entró en conflicto con el sistema de

Tabla 1 Resumen histórico

Etapa		Período	Comentario
1. Anórmica	A. Autoformación B. Formación bajo la tutela de un maestro C. Formación por el conjunto del hospital	1900–1944	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio público de una especialidad</li> <li>• Autotitulación</li> </ul>
2. Las primeras normas	A. La primera regulación	1944–1955	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto de 7 de julio de 1944</li> <li>• Monopolio formación de la universidad</li> <li>• Especialidad de electrorradiología</li> <li>• Libre ejercicio de una especialidad</li> </ul>
	A. La primera ley de especialidades	1955–1963	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de 20 de julio de 1955</li> <li>• Monopolio formación de la universidad</li> <li>• Especialidad de electrorradiología</li> <li>• Limita el derecho de autotitulación</li> <li>• Libre ejercicio de una especialidad</li> </ul>
3. Convivencia entre la Ley de 1955 y el nuevo sistema MIR	A. Los pioneros de la era MIR B. La cabeza de puente del sistema MIR	1963–1966 1966–1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital General de Asturias (Dr. César S. Pedrosa)</li> <li>• Orden del Ministerio de Trabajo de 28 de marzo de 1966: convocatoria de plazas en las residencias de la Seguridad Social</li> <li>• Orden del Ministerio de Trabajo de 17 noviembre de 1966 sobre perfeccionamiento técnico de los médicos internos y residentes en instituciones sanitarias de la Seguridad Social</li> </ul>
4. Consolidación del sistema MIR	A. El seminario de hospitales	1970–1978	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órdenes ministeriales de 3 de septiembre de 1969</li> <li>• Orden Ministerial de 28 de junio de 1971</li> <li>• Reglamento General para el Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de 7 de julio de 1977</li> <li>• Principios informadores del sistema MIR</li> <li>• 1971: procedimiento de selección mediante convocatoria única de carácter nacional para todas las instituciones sanitarias de la Seguridad Social</li> </ul>
	B. La primera regulación MIR	1978–1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Real decreto 2015/78, de 15 de julio</li> <li>• Menciona la formación en la especialidad de radiodiagnóstico, se expide el título oficial de electrorradiología</li> </ul>
5. Institucionalización del sistema MIR		1984–2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Real Decreto 127/1984, 11 de enero</li> <li>• Especialización en radiodiagnóstico</li> <li>• Separación de radioterapia y medicina nuclear</li> </ul>

especialización de escuelas universitarias, en el que el alumno pagaba al médico profesor. Pese a estas resistencias y dificultades normativas, numerosos hospitales lo fueron implantando coincidiendo con la expansión de las residencias de la Seguridad Social. La figura del médico residente fue utilizada como mano de obra asistencial. Así, la Orden del Ministerio de Trabajo de 28 de marzo de 1966 anunciaba la convocatoria de 500 plazas de médicos residentes “externos” en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social “provistas por concurso de méritos”. Como conse-

cuencia, durante la década de los sesenta se implementó por la vía de hecho en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social un sistema de formación paralelo y ajeno a la universidad, que se denominó sistema MIR.

#### 4. La consolidación del sistema MIR (1970–1978)

A. *El seminario de hospitales con programa para posgraduados (1970)*. Al finales de la década de los sesenta, los

mecanismos para obtener el título de especialista eran variados: inscripción en un colegio de médicos por un período superior a 2 años (autotitulación); ganar una oposición de una plaza de la especialidad; obtención del título a través de una escuela universitaria de posgraduados; permanencia de 2 años en un hospital, y la “residencia” como camino de la especialización<sup>7</sup>.

En 1970, 12 hospitales, representados por profesionales líderes de opinión defensores del sistema MIR, entre ellos el Dr. Cesar S. Pedrosa<sup>7</sup>, se agrupan en el “Seminario de hospitales con programa para posgraduados”, bajo cuya influencia el Ministerio de Trabajo reguló por las Órdenes Ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de junio de 1971 y el Reglamento General para el Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de 7 de julio de 1972, las categorías de internos y residentes como médicos posgraduados, y estableció las bases de formación en dicho ámbito. Desde el año 1971 el procedimiento de selección de los aspirantes se realizó mediante convocatoria nacional única para todas las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. El médico residente no obtenía formalmente el título de médico especialista, pero sí un certificado que acreditaba haber adquirido “los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de forma eficiente”. Esta certificación era considerada mérito preferente de ingreso en la plantilla como personal estatutario de la Seguridad Social.

B. *La primera regulación MIR y el reconocimiento de la enseñanza especializada en radiodiagnóstico (1978)*. El Real Decreto 2015/78, de 15 de julio, por el que se regula la obtención del título de médico especialista<sup>8</sup>, da carta de naturaleza legal al sistema de formación MIR al reconocer que “las enseñanzas de especialización podrán cursarse por el sistema de residencia”. Mantiene las escuelas profesionales dependientes de las cátedras de medicina y declara subsistentes, de manera transitoria, los sistemas de concepción de títulos de especialistas vigentes en ese momento.

Por primera vez menciona la especialidad de radiodiagnóstico, aunque el único título oficial seguía siendo electrorradiología. Este Real Decreto estableció avances importantes:

- Necesidad de que los centros docentes estuvieran acreditados.
- Creación de la Comisión Nacional de la Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades.
- Elaboración por primera vez de un programa de formación en radiodiagnóstico.
- Establecimiento en 4 años del tiempo de formación (vigente actualmente).
- Realización en 1979 de la primera convocatoria de MIR con carácter nacional.

## 5. La Ley de especialidades de 1984: institucionalización definitiva del sistema MIR y la creación de la especialización en radiodiagnóstico

El 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<sup>9</sup>, deroga expresamente la Ley de especialidades de 1955 y el Real Decreto 2015/78. Esta

norma marca 2 hitos: la institucionalización definitiva del sistema MIR y la creación de la especialidad de radiodiagnóstico. En su disposición adicional tercera facultaba a quien se encuentre en posesión del título de especialista en electrorradiología, la posibilidad de solicitar la obtención de uno de los títulos de especialista en medicina nuclear, radiodiagnóstico u oncología radioterápica.

El artículo 4 definía al MIR: “aquellos que, para obtener su título de médico especialista, permanecen en los centros y en las unidades docentes acreditadas un período, limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar de forma progresiva los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente”.

Las innovaciones de este Real Decreto fueron:

Clasificación de las especialidades médicas en grupos según requieran o no formación hospitalaria.

Necesidad de seguir un programa formativo perfectamente establecido en centros acreditados que reúnan los requisitos adecuados.

Implantación de normas que regulen el marco de formación en cada una de las especialidades, creando las bases de los correspondientes programas.

Establecimiento de las directrices para los requisitos mínimos que han de cubrir las unidades docentes para su acreditación.

Creación de una comisión entre los Ministerios de Educación y Cultura y Sanidad y Consumo para que determine el número de plazas que anualmente deberán convocarse.

Instauración de un sistema de adjudicación de estas plazas de formación en el que todos los candidatos tienen las mismas oportunidades.

Fomento de responsabilidad de los médicos residentes en su propia formación, regulando su participación en las comisiones nacionales de la especialidad.

## Fuentes legales del actual sistema de especialización

Aunque hay numerosas referencias normativas al sistema MIR (25), nos vamos a limitar a describir las principales (tabla 2).

### 1. Legislación sobre ordenación profesional

Son las normas que regulan las profesiones sanitarias y sus interrelaciones. La principal es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias<sup>10</sup> que:

a) Ordena al gobierno la aprobación de un real decreto que regule la relación laboral de carácter especial de este personal, que se ha concretado en el Estatuto del Residente de 2006<sup>11</sup>.

b) Incorpora importantes modificaciones en la formación especializada en ciencias de la salud, que se han concretado en la aprobación de la llamada Nueva Ley de Especialidades de 2008<sup>12</sup>.

**Tabla 2** Legislación sistema MIR en Radiodiagnóstico

Ordenación profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias</li> </ul>
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (carácter supletorio)</li> <li>• 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 (carácter supletorio)</li> </ul>
Educativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Real Decreto 183/2008, de 8 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</li> <li>• 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</li> <li>• Orden Ministerial 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 farmacéuticos especialistas</li> <li>• Orden SCO/634/2008, de 15 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de radiodiagnóstico</li> </ul>

## 2. Legislación Laboral

Son las normas que regulan la relación de empleo de los MIR. La más importante es el 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<sup>11</sup>, o Estatuto del Residente.

Sus características principales son<sup>13</sup>:

- Aplicación en todo el territorio nacional, tanto hospitales públicos como privados.
- Es el régimen principal, siendo supletorio el Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995) y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre).
- Establece un régimen de mínimos, sin modificación vía negociación colectiva, y obliga a la realización de un contrato, fijando su contenido (duración, suspensión, extinción, jornada laboral, sistema retributivo, régimen de derechos y deberes, y régimen disciplinario).

## 3. Legislación del sistema educativo

Son las normas que regulan aspectos relacionados con la titulación y formación del MIR:

- Real Decreto 183/2008, de 8 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<sup>12</sup>. Conocida como Nueva Ley de Especialidades. Regula aspectos básicos y fundamentales del sistema MIR: la figura del tutor; las unidades docentes; las comisiones de docencia; aspectos pormenorizados de los procedimientos de evaluación; el deber general de supervisión, y la responsabilidad progresiva del residente.

- Orden Ministerial, 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 farmacéuticos especialistas<sup>14</sup>.
- Orden SCO/634/2008, de 15 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de radiodiagnóstico<sup>15</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<sup>9</sup>, derogado en todo salvo las especialidades médicas en régimen de alumnado.

## Principios jurídicos

**A. Profesionalidad.** A diferencia de otros países, como Italia, donde el residente es una figura cercana al becario, el derecho español se decanta con total rotundidad por profesionalizar su figura.

**B. Relación contractual.** Se exige la celebración del correspondiente contrato de trabajo, con las siguientes características:

Es un contrato temporal.

Exige dedicación exclusiva.

Su extensión viene determinada por la duración de la formación.

Tiene un carácter bifronte: por una parte es un contrato de prestación de servicios laborales y, por otra, es un contrato de formación.

**C. Sistema de acceso unificado.** Mediante una prueba única, convocada en el ámbito nacional, con indicación de la tipificación y número de plazas por hospital, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad, y que valore objetivamente los conocimientos de los graduados.

**D. Formación reglada y programada.** La práctica laboral está sujeta a un esquema definido de aprendizaje y



adquisición de competencias, sustentado sobre el programa formativo<sup>15</sup> aprobado por el Ministerio de Educación y Ciencia a propuesta de las Comisión Nacional de la Especialidad y ratificada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, previo informe de Sanidad y Consumo y debidamente desarrollado por la Comisión de Docencia de cada institución sanitaria.

**E. Participativo.** El derecho de participación se concreta en las siguientes vertientes: participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica; ser representados en la Comisión Nacional de la Especialidad y en la Comisión de Docencia del centro.

**F. Sometido a tutela, control y evaluación.** Por el tutor. Asimismo, los MIR tienen el derecho de evaluar la adecuación del centro a la actividad docente, con garantía de confidencialidad.

**G. Responsabilización progresiva.** Con asunción progresiva de responsabilidades 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.

**H. Supervisado.** Es un deber inherente a todos los médicos especialistas que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Estos profesionales estarán obligados a informar a los tutores acerca de las actividades realizadas por los residentes.

**I. En hospitales y servicios docentes con condiciones asistenciales de calidad y sometidas a acreditación.** A través de las auditorías docentes del Ministerio de Sanidad, llevadas a cabo por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

## Funciones del tutor

La figura del tutor tiene un claro origen en una figura de larga tradición en las universidades anglosajonas y que corresponde al profesor que se encarga de guiar el autoaprendizaje del alumno. Aunque en teoría es la figura más importante en el proceso de formación de especialistas, el tutor fue incorporado tardíamente al sistema de formación de residentes. Aparece mencionado tangencialmente por primera vez en 1995<sup>14</sup>, pero no es hasta 2008 cuando es definido en la normativa legal y se especifican sus atribuciones<sup>12</sup>.

La normativa define al tutor como el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente<sup>12</sup>, con la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje para garantizar el cumplimiento del programa formativo<sup>12</sup>. Las principales funciones del tutor son planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación y favorecer el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. En su conjunto, las funciones del tutor pueden agruparse en 2 apartados<sup>12</sup>.

### 1. Planificación y supervisión de la formación del residente

**A. Elaborar una guía o itinerario formativo tipo de la formación.** Siguiendo las previsiones del programa de

formación de la especialidad, pero adaptado a las características específicas del centro y aplicable a todos los residentes de la unidad docente. Esta guía debe ser aprobada por la comisión de docencia.

**B. Elaborar un plan individualizado de formación de cada residente.** Adaptando la guía arriba mencionada a las características específicas del residente. El tutor debe elaborar un programa completo que incluya las rotaciones, pero también los objetivos formativos, la metodología, los recursos con que se cuenta para la formación, las actividades formativas que se desarrollarán (cursos, sesiones, etc.), las actividades asistenciales y científicas que se espera que el residente desarrolle, y los conocimientos y habilidades a adquirir, incluyendo las comunes con otras especialidades, con la especificación del grado de responsabilidad. Y dicho programa debe ser individual, adaptado a las características particulares del residente y del servicio.

**C. Estos planes individuales de formación deben ser actualizados anualmente.** Tras cada evaluación anual, el tutor debe elaborar un plan de formación personalizado para el residente en el período anual siguiente. Al elaborarlo se debe tener en cuenta la consecución o no de los objetivos en períodos de formación previos, de manera que, por ejemplo, se programen actividades de refuerzo para los objetivos no alcanzados.

**D. Supervisar el desarrollo de los planes de formación.**

**E. Proponer a la comisión de docencia las rotaciones externas.** Especificando los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro y que, según el programa de formación, sean necesarias.

## 2. Evaluación del residente

**A. Realizar la evaluación continuada de los residentes.** El tutor, con la finalidad de seguir el proceso de aprendizaje del residente, deberá mantener entrevistas periódicas con los profesionales que intervengan en la formación del residente para analizar el proceso de aprendizaje. Asimismo, deberá mantener entrevistas de carácter estructurado y pactado con el residente, en número no inferior a 4 por cada año, para valorar los avances y déficits y estudiar posibles mejoras. Estas entrevistas se registrarán en el libro del residente y en los informes de evaluación.

**B. Participar en la evaluación anual del residente.** Anualmente, el tutor cumplimentará un informe de evaluación de los progresos del residente en su formación que se incorporará al expediente personal del residente y será uno de los documentos básicos en su evaluación anual. El tutor participará también en el comité que realizará esta evaluación anual y, en caso de evaluación negativa no recuperable, podrá acompañar al residente al acto de revisión.

## Derechos y deberes del residente

En múltiples artículos de las diversas normas legales que hacen referencia a la formación especializada, se hace referencia a derechos y deberes de los residentes. Sin embargo, éstos aparecen sistematizados en el artículo 4 del Estatuto del Residente<sup>11</sup>.

## Derechos del residente

1. *A la formación.* El residente debe recibir formación mediante su integración en la actividad asistencial de la unidad docente, a través de una práctica profesional programada que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad. Para ello, se le designará un tutor y éste le comunicará el programa de formación adaptado a sus circunstancias individuales. El residente debe poder consultar a los profesionales de la plantilla y pedir su apoyo cuando lo considere necesario. En el transcurso de su formación el residente podrá ejercer las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que avance en su formación<sup>11</sup>.

2. *A participar en el funcionamiento de la unidad docente.* El residente tiene derecho a ser informado de la programación y los objetivos asignados a su unidad o centro, y de los sistemas de evaluación del cumplimiento. Igualmente, debe poder participar en las actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión en las que intervenga la unidad docente<sup>11</sup>.

3. *A ser evaluado.* El residente tiene derecho a una evaluación objetiva de su formación y, en su caso, a la revisión de estas evaluaciones. Esta evaluación será de 2 tipos:

- **Formativa.** Continuada, a cargo del tutor.
- **Anual.** A cargo de un comité de evaluación. Esta evaluación puede ser positiva o negativa.

La evaluación negativa se puede considerar:

- **Recuperable.** Por no alcanzar objetivos formativos o imposibilidad de prestar servicios durante el 25% de la jornada anual. El residente tiene derecho a una prórroga de su contrato para compensar los objetivos formativos no alcanzados.
- **No susceptible de recuperación.** Por reiteradas faltas de asistencia no justificadas, notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación. Implica la extinción del contrato<sup>11,12</sup>.

4. *A participar en la gestión de su formación.* Los residentes deben estar representados en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las comisiones de docencia de los centros. Asimismo, deben tener la posibilidad de evaluar la adecuación del centro a la actividad docente, con garantía de confidencialidad<sup>11</sup>.

5. *A sus derechos laborales.* El residente no puede ser desposeído de su plaza si no es por:

- Evaluación anual negativa no recuperable.
- Falta muy grave.

En caso de extinción de contrato por otras causas, la administración ofrecerá al residente continuar su formación en otra unidad docente. Asimismo, tiene derecho a recibir asistencia y protección de la entidad docente o servicios de salud en el ejercicio de su profesión y a contar con la misma

protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores<sup>11</sup>.

## Deberes del residente

El contrato de formación es exclusivo, con dedicación a tiempo completo y no se puede compatibilizar con otra actividad profesional. Durante la vigencia del contrato, el residente debe realizar las tareas que establezcan el programa de formación y la organización funcional del centro, cumplir las normas de éste siguiendo las instrucciones de su tutor, del personal sanitario y de los órganos de dirección y docentes, y utilizar racionalmente los recursos<sup>11</sup>.

## La supervisión del residente y la responsabilización progresiva

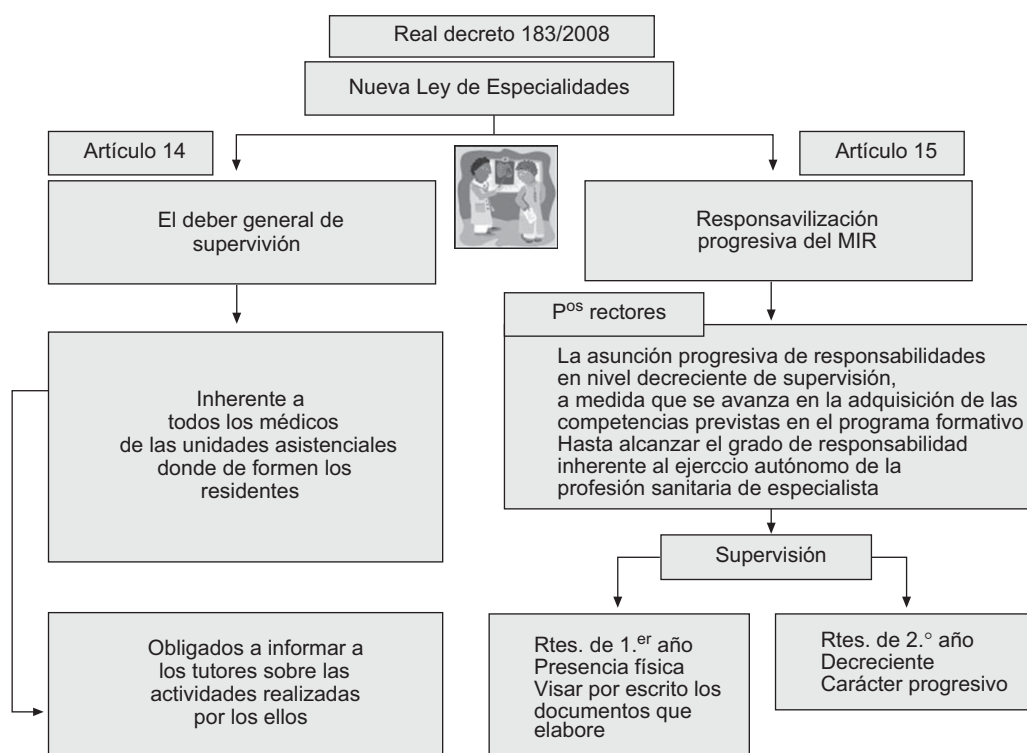
El residente en ningún caso puede considerarse un estudiante. Su deber es prestar una labor asistencial, con una asunción progresiva de responsabilidades en ella. Cada uno de los miembros del servicio debe asumir la función de supervisor de los residentes que presten servicios en sus respectivas unidades asistenciales<sup>12</sup>. La función del radiólogo a cargo del residente será la de tutelar y orientar el aprendizaje del residente, y facilitar su asunción progresiva de responsabilidades a medida que adquiera conocimientos y habilidades (fig. 1).

A medida que avance en la adquisición de las competencias previstas en su formación, el residente irá teniendo un nivel decreciente de supervisión hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al especialista; pero siempre que haya cualquier tipo de duda en el manejo de un paciente deberá pedir ayuda al radiólogo supervisor. Las funciones del residente variarán según vaya adquiriendo conocimientos, experiencia y responsabilidad. Las comisiones de docencia deben elaborar protocolos escritos de supervisión de las actividades de los residentes en áreas asistenciales significativas, especialmente en las urgencias<sup>12</sup>.

Los niveles de supervisión que se aplicarán a los residentes aparecen descritos en la tabla 3, y variarán a lo largo de la residencia.

**Residentes de primer año.** La norma legal indica taxativamente la obligación de realizar una supervisión directa del residente durante el primer año de especialidad. Implica la supervisión continua y presencial del residente por parte del especialista responsable de la formación. En ningún caso, el residente podrá emitir un informe ni realizar una exploración sin contar con la autorización y la supervisión directa del radiólogo especialista responsable, que es en última instancia es el responsable legal de las actuaciones realizadas por este residente. Esto incluye, por supuesto, las guardias.

**Residentes de años posteriores.** A partir del segundo año, los residentes deberán ir adquiriendo progresivamente responsabilidades mayores a medida que pasen los años de residencia. La supervisión se realizará siguiendo una pauta de progresiva delegación, pasándose de una supervisión directa a una supervisión indirecta (el MIR dispone de autonomía para realizar la tarea, pero el especialista debe validar el resultado) y, finalmente, a una supervisión a demanda (se deja a criterio del residente la petición de



**Figura 1** Real Decreto 183/2008. Nueva Ley de Especialidades.

**Tabla 3** Niveles de supervisión

Nivel de supervisión	Ejecución de tareas por el MIR	Control del resultado final	Intervención del radiólogo
Personal (nivel 1)	No autónoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIR no autónomo</li> <li>Control personal por el radiólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatoria</li> <li>Continua</li> <li>Presencia física constante</li> </ul>
Indirecta (nivel 2)	Autónoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIR autónomo</li> <li>Control del radiólogo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Validación del resultado</li> <li>En tiempo real</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatoria</li> <li>Discontinua</li> <li>Presencia física ocasional</li> </ul>
A demanda (nivel 3)	Autónoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIR autónomo</li> <li>Control de calidad por el MIR</li> <li>Validación posterior por el radiólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A instancia del MIR</li> <li>Radiólogo en situación de disponibilidad</li> </ul>

ayuda al radiólogo supervisor, que deberá estar en situación de disponibilidad).

La supervisión directa es recomendable, en cualquier caso, al inicio de las nuevas rotaciones y durante la implantación de nuevas técnicas radiológicas o en procedimientos de alto riesgo y complejidad. La supervisión indirecta es la indicada durante las fases intermedias de la formación y en exploraciones altamente especializadas, de alto coste o que supongan riesgo para el paciente (para evitar repetir la exploración, que ésta sea defectuosa o el error diagnóstico). Y, finalmente, la

supervisión a demanda se debe aplicar progresivamente, cuando el residente adquiera suficiente grado de habilidad a juicio del radiólogo responsable.

### Declaración de conflicto de intereses

El Dr. José Luis del Cura es tutor de residentes del Hospital de Basurto.



## Bibliografía

1. Lain Entralgo P. Historia de la Medicina. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2006.
2. Sánchez Chamorro E. Ordenación futura de la formación médica especializada. III Congreso Nacional de Derecho. Website de la Asociación Española de Derecho Sanitario [consultado 25-8-2009]. Disponible en: <http://www.aeds.org/congreso3/3congre-9.htm>.
3. Decreto de 7 de julio de 1944 sobre Ordenación de la Facultad de Medicina. BOE. 1944;217:5943–50.
4. Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. BOE. 1955;202:4440–2.
5. Orden de 10 de Octubre de 1962 por la que se dan normas para la concesión de títulos de médicos especialistas. BOE. 1962;272:16076–7.
6. Alonso Lej R, Sánchez Pedrosa C. La formación de postgraduados en España. Cuadernos para el Dialogo. 1970; Extra XX.
7. Sánchez Pedrosa C. La formación de médicos especialistas. Cuadernos para el Dialogo. 1975; Mayo:15–8.
8. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE. 1978;206: 2172–4.
9. 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. BOE. 1984;26:2524–8.
10. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE. 2003;280:41442–58.
11. 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. BOE. 2006;240:34864–70.
12. Real Decreto 183/2008, de 8 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. BOE. 2008;45:10020–35.
13. Puebla Pinilla AM. La relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. Comentario al RD 1146/2006, de 6 de octubre (BOE 7 de octubre de 2006). Relaciones Laborales. 2007;1:797–813.
14. Orden Ministerial 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 farmacéuticos especialistas. BOE. 1995;155:19793–9.
15. Orden SCO/634/2008, de 15 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de radiodiagnóstico. BOE. 2008;270:14333–41.