

IX

29-30-31
OCTUBRE
2025

CONGRESO NACIONAL SEFSE AReDA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA



XXI Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio
II Encuentro de Residentes

DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN
Cámara de Gipuzkoa

Un viaje de ida y vuelta.
El valor de lo público.

Conclusiones del IX Congreso de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada, SEFSE-AReDA.

Donostia/San Sebastián 29-31 de octubre de 2025

Redactores por orden alfabético:

Pedro Castro, M^a José Cerqueira, Jesús Corres, M^a Isabel González-Anglada, M^a Rosario Lopez-Rico, Mónica Marrero, Jesús Morán-Barrios, Luis Alberto Rodríguez, Fernando Ros, Pilar Ruiz de Gauna, Ana Sáez.

Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AReDA.

Citar como: Conclusiones del IX Congreso de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AReDA. Donostia/San Sebastián 29-31 octubre 2025.

Disponible en: <https://sefse-areda.com/2025/12/11/ix-congreso-nacional-sefse-areda-xxi-encuentro-de-tutores-y-jefes-de-estudio/>

Contacto: secretaria@sefse-areda.com



Documento protegido por una licencia Creative Commons CC BY-NC-ND: puede utilizarse citando la autoría, sin propósito comercial y sin cambios.



Conclusiones del IX Congreso de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AReDA

Donostia/San Sebastián 29-31 de octubre de 2025

Conferencia de apertura, 29 de octubre de 2025

Diez años de SEFSE-AReDA y oportunidades para la Formación Sanitaria Especializada en tiempos complejos

Jesús Morán Barrios (Bilbao). Presidente de honor de SEFSE-AReDA. Exjefe de Estudios Hospital U. Cruces. Barakaldo. Editor asociado de Educación Médica (Ed. Elsevier).

“Science is important. But education is the vector that transmits to every new generation curiosity, passion, and commitment to reimagine the future, extend the limits of human possibility, and achieve a more just social world”. Esta frase fue portada de Lancet en noviembre 2022, extractada del artículo de Richard Horton: *Offline: No dark sarcasm in the classroom* (Volume 400, Issue 10364p1666 November 12, 2022).

Calidad docente y calidad asistencial son dos caras de la misma moneda. La calidad docente requiere del compromiso de los responsables de la formación de trabajar, día a día, por seguir mejorando, y del compromiso de los gestores de cuidar al formador y facilitarle los recursos correspondientes. Se trata, en definitiva, de mantener la confianza de los ciudadanos en sus profesionales.

1. Décimo aniversario de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AReDA

En Bilbao en el año 2015, en el XII Encuentro Nacional de Jefes de Estudio y Tutores de Formación Sanitaria Especializada-AReDA (Asociación de Redes Docentes y Asesoras), celebrado en el Colegio de Médicos de Bizkaia (presidido por Cosme Naveda, que nos dio toda clase de facilidades) y bajo la presidencia de Jacinto Fernández Pardo (Murcia), AReDA se transformó en la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada SEFSE-AReDA-AReDA, asumiendo la presidencia Jesús Morán (Bilbao) hasta el 2019^{1, 2}.

¹ Morán-Barrios J. Nace la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada -AReDA. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.11.002>

² Historia de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada -AReDA. <https://SEFSE-AReDA-areda.com/historia/>



AReDA³ se fundó en 2004 como una federación de organizaciones docentes (redes autonómicas y comisiones de docencia). Pero no todas las CCAA tenían o podían tener constituida, formalmente, una red autonómica de comisiones de docencia, lo que generaba dificultades de operatividad y financiación. Por ello, era necesario transformar esa asociación en una sociedad científica al uso, con socios unipersonales y que diera cabida a todos los profesionales que trabajaban en la FSE en cualquier nivel de responsabilidad o perfil profesional, fueran o no tutores o jefes de estudio. De ahí SEFSE-AReDA.

Destacamos que en Bibao-2015 se crea el *premio Mati Ezquerro (1961-2011) a la Excelencia en la Formación Sanitaria Especializada*, un premio a la memoria de quien fue una de nuestras más destacadas presidentas en la etapa de AReDA, junto con Juan David Tutosaus (Sevilla), Fernando Pérez Iglesias (Madrid), Federico Segura (Valencia) y Jacinto Fernández Pardo (Murcia)⁴.

La sociedad considera que la formación ha de nutrirse de diferentes fuentes de conocimiento, lo que nos ha llevado a contar en nuestros congresos con conferenciantes de referencia a nivel nacional e internacional como filósofos, economistas, químicos, físicos, expertos en educación en ciencias de la salud, gestión sanitaria o en salud pública de la OMS.

Los 24 profesionales que hemos formado parte de las diferentes Juntas Directivas en estos 10 años, así como de los diferentes organizadores de los congresos, *creemos en el poder transformador de una buena formación*, y procede agradecer, especialmente, el trabajo de nuestras presidentas del periodo 2019-2025, María José Cerqueira (Barcelona) y la actual Isabel González Anglada (Madrid).

2. Comprometidos con el valor del pasado

La modernización de la sanidad española en las décadas del 60 al 80 del siglo XX, fue paralela a la creación y desarrollo de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en España, conocido como sistema MIR, el cual fue una traslación del modelo de “aprender trabajando” de EEUU. El nuevo sistema se inicia, en 1963, en el Hospital General de Asturias (Oviedo) por iniciativa de Fernando Alonso Lej de las Casas (1927-2022) y Carles Soler Durall (1928-2021), se generalizó en 1972 y se consolidó legalmente en 1984 como única vía legal de especialización⁵. Un esfuerzo colectivo, generoso y un interés común

³ Tutosaus J.D. Fundación de AReDA, Asociación de Redes Docentes y Asesoras. Educación Médica, 8 (1) (2005), pp. 10-13. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8n1/cronica1.pdf>

⁴ XX ANIVERSARIO DE AReDA. Discurso de Juan Davis Tutosaus. <https://SEFSE-AReDA-areda.com/2024/11/11/xx-aniversario-de-SEFSE-AReDA-areda/>

⁵ Juan David Tutosaus Gómez, Jesús Morán-Barrios, Fernando Pérez Iglesias, Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. Educación Médica, Volume 19, Issue 4, 2018, Pages 229-234, <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.023>.

por modernizar la medicina española, esfuerzo que nos compromete a todos por mantener y mejorar nuestro sistema de FSE.

Cabe preguntarse si, hoy, la FSE es un motor de transformación e innovación del SNS como lo fue en sus primeros 20 años, y si la FSE camina coordinada con la dinámica del sistema de salud y la gestión de los centros, ya que tenemos la sensación de que ambos sistemas caminan paralelamente.

3. Oportunidades en tiempos complejos

La sociedad se enfrenta a retos y transiciones sociales que implican una reorientación de los sistemas de salud y formativos. Entre esos retos y transiciones destacamos las consecuencias de la crisis financiera de 2008, la pandemia Covid 19, el cambio climático, las migraciones, sociedades envejecidas, la IA, las desigualdades crecientes, los conflictos armados, o el debilitamiento de instituciones esenciales como la OMS y de las propias democracias⁶, lo que afecta a nuestras propias instituciones públicas. Por otra parte, hemos de considerar en la formación los retos que se marcan en los ODS 2030, un horizonte atractivo, ilusionante y comprometido con la justicia social.

¿Qué aportación se puede hacer desde la FSE a los retos de nuestra sociedad?

3.1. ¿De qué hablamos al hablar de formación?

Hablamos de una práctica profesional con la mirada puesta en el paciente más allá del órgano enfermo, contemplando su biografía y realidad socioeconómica, dentro del contexto del sistema de salud y sociosanitario. Junto a ello, se requiere que las organizaciones sanitarias y el sistema docente caminen de la mano transmitiendo a los residentes los valores del Sistema público de Salud como: la universalidad, equidad, accesibilidad, calidad, sostenibilidad, solidaridad, siendo la calidad asistencial y la calidad docente dos caras de la misma moneda. Una calidad docente que precisa:

- Aplicar los principios y métodos de la Educación Médica/ Ciencias de la Salud.
- Sustentarse en un buen sistema de evaluación que dé confianza a los ciudadanos.
- Organizaciones responsables con una buena gestión docente.

Hablamos de construir un profesional acorde a un modelo de competencias común que sirva de guía a todo el proceso formativo y a sus profesionales. Países como EEUU, Canadá o el Reino Unido trabajan así desde hace más de 20 años, un camino que también siguió el Hospital Univ. Cruces a partir de 2008⁷. Trabajar con un marco competencial de referencia, a modo de faro al que mirar las diferentes profesiones sanitarias, permite tener un lenguaje docente común, desarrollar los programas con una

⁶ Tali Sharot, Cass R. Sunstein. Will we habituate to the decline of democracy? Sci. Adv. 11,eadz8654(2025). DOI:10.1126/sciadv.adz8654

⁷ Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (118), 385.

mirada común y dar coherencia a la formación y evaluación, dos aspectos que se retroalimentan.

3.2. Oportunidades pospandemia Covid 19

El estudio del Hospital Univ. Fundación Alcorcón (Madrid) de mayo 2020 (dirigido por Isabel González Anglada), sobre las competencias puestas en juego por los residentes durante el momento más crucial de la pandemia, evidenció que las competencias más relevantes fueron: La comunicación, el trabajo en equipo, el profesionalismo y la ética, la gestión de recursos, la seguridad o la gestión de la información⁸. Competencias que se llaman “blandas” o transversales pero que en realidad son “duras” o nucleares en la acción para una práctica clínica de excelencia.

Está demostrado que una buena **comunicación clínica**⁹ impacta positivamente en la seguridad del paciente, la efectividad diagnóstica y terapéutica, empodera al paciente, y reduce costes, pruebas, consultas y derivaciones; además, una escucha activa ayuda a reducir las desigualdades en salud en la práctica clínica.

Respecto a la **gestión de recursos** destacamos que la sostenibilidad del SS y la gestión de recursos ha de formar parte de los programas, fomentando en la formación la eliminación de prácticas ineficientes. Por ello, es necesario abordar una formación en la evaluación de la aplicación de una oferta tecnológica con soluciones, en ocasiones, muy costosas que seducen a los ciudadanos y pacientes, creando necesidades de difícil financiación, por lo que, como afirma Victor Montori en su libro, *“La rebelión de los pacientes”* (pág. 41) “una industria de la salud que con su publicidad juega con los temores y esperanzas de los pacientes quedando estos atrapados entre la seducción de la oferta y la frustración por las dificultades de financiación (pág. 42).

La **seguridad** se debe convertir en uno de los ejes centrales de la formación del residente y de la cultura del centro sanitario. Las competencias en seguridad han de estar bien definidas y evaluadas con rigor. Para el diseño de estas competencias recomendamos el modelo canadiense¹⁰. Existen estrategias formativas en seguridad que son de referencia¹¹.

⁸ M.I. González-Anglada, C. Garmendia-Fernández, P. Sanmartin-Fenollera, J. Martín-Fernández, F. García-Pérez, A.I. Huelmos-Rodrigo, Impacto de la pandemia COVID-19 en la formación sanitaria especializada en un centro docente. *Journal of Healthcare Quality Research*, Volume 37, Issue 1, 2022, Pages 12-19, doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.07.006.

⁹ Ruiz Moral, Roger; García de Leonardo, Cristina; Caballero Martínez, Fernando. Comunicación clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (núcleo curricular) enseñar. *Educación Médica* 2016; 17. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-comunicacion-clinica-por-que-como-X1575181316539783>

¹⁰ The Safety Competencies Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Disponible en: https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf

¹¹ González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1.

Pero la pandemia puso de manifiesto, sobre todo, **el valor de lo público**, el del bien común y el de la equidad. De aquí que trabajar **el profesionalismo** se convierte en el elemento aglutinador de una buena práctica y una buena formación. Los compromisos del nuevo profesionalismo marcan el camino hacia la excelencia profesional. Estos compromisos lo son con: la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, la calidad de los cuidados, las relaciones adecuadas, la mejora en el acceso a los cuidados, la justa distribución de unos recursos limitados, los conocimientos, las responsabilidades profesionales, la veracidad en el manejo de los conflictos de intereses¹². Porque no hay excelencia técnica sin excelencia ética, como afirma la gran filósofa Victoria Camps¹³. Por ello, los tutores no deben olvidar que el modelaje es clave en la formación, se hace lo que se ve, y se puede ver mediocridad o excelencia.

4. Conclusiones

Nuestra aportación para garantizar la confianza de los ciudadanos y pacientes en sus profesionales la podemos realizar trabajando por la calidad docente y asistencial, con *la seguridad y el profesionalismo en el centro de la formación*, a través de una evaluación de competencias rigurosa y validada, con la excelencia profesional como meta y comprometidos con el valor de lo público; e igualmente nuestros gestores han de estar comprometidos con la FSE cuidando al formador y al profesional en su conjunto.

En definitiva, el motor de nuestra acción formativa ha de estar en el *compromiso con el valor de lo público y con la mejora de la calidad de la FSE para garantizar la confianza de los ciudadanos en sus profesionales*.

Educ Médica. 2019 May;20(3):170–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181319300725...>

¹² ABIM (American Board of Internal Medicine) Foundation. ACP (American College of Physicians) Foundation. European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 243-246

¹³ Victoria Camps. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Med.* 2015;16(1):3-8



Conferencia de clausura 31 de octubre de 2025.

El papel del capital humano y su formación en el desempeño del sistema sanitario.

Beatriz González López-Valcárcel. Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión e investigadora en Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

La conferencia se ha centrado en los tres aspectos que se describen a continuación.

1. El capital humano y su formación

El capital humano es lo más importante en el sistema sanitario y la formación es inversión en este capital humano. Para formar un especialista tardamos muchos años. En el caso de un médico suponen 6 años de carrera, 1 para el examen MIR y entre 4-5 años de especialización lo que hace un total de unos 12 años, tiempo superior a lo que supone la construcción de un hospital.

El informe de la OMC del año 2024 sobre desafíos críticos en la formación sanitaria especializada recoge la problemática generada tras la pandemia del COVID y el escenario actual en cuanto a los recursos humanos resultante. Por otro lado, el informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 nos pone ante la situación de 46 mercados médicos, uno por cada especialidad. Entre el año 2002 al 2025 se han adjudicado 160.441 plazas MIR de las cuales 45.486 son de Medicina Familiar y Comunitaria (un 28,4%), incrementándose el número de plazas en un 30% en el último trienio. En el año 2025 se han adjudicado 1434 plazas a médicos extranjeros lo que habla de la movilidad internacional del sistema de formación especializada en España.

2. Desempeño del sistema sanitario

Existen algunos indicadores como el MIPSE (Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable) que sitúan a España en un buen lugar en el panorama internacional. Otros indicadores como los utilizados por el Ministerio de Sanidad (donde se incluyen parámetros como efectividad/adecuación, la seguridad y la experiencia del paciente) nos sitúan de manera muy favorable en la atención del ictus y su mortalidad, pero en otros casos, como la cirugía de cadera en las primeras 48 horas tras la fractura, son muy negativos.

Lo peor es la ineficiencia del sistema sanitario. Se estima que en Europa 1/3 del gasto sanitario se pierde por esta ineficiencia, no aportando valor. Las causas fundamentales son:

- No realizar la atención adecuada.
- Los beneficios se podrían obtener con menos recursos
- Fraude o despilfarro administrativo.

Como ejemplo, en un informe de la OMC de 2017 sobre la práctica médica en los servicios de urgencias determina que el 90% de las pruebas son innecesarias y el 63% de los pacientes prolongan su estancia de forma excesiva.

Otro factor que afecta al desempeño del Sistema Sanitario tiene que ver con el déficit de los profesionales. Esto puede verse en el caso de los cribados de Andalucía, que al no contar con suficientes radiólogos se externaliza el trabajo, recayendo a veces en otros profesionales que no cuentan con la especialidad.

El problema puede darse por cantidad, como se ha señalado anteriormente, pero también puede deberse a la cualificación. En la literatura científica hay evidencia de que la reacreditación y la recertificación están relacionadas con la calidad del cuidado y una mejor atención a los pacientes. Esta calidad del desempeño también puede conseguirse con cambios en la organización.

3. Retos del sistema sanitario

El reto fundamental es hacer que lo individualmente atractivo concuerde con lo socialmente necesario. Las personas actuamos según preferencias (utilidades) personales (rentabilidad individual de la inversión en capital humano), que no siempre están en línea con el valor de lo social lo que abre un espacio para la intervención pública. Así, por ejemplo, Anestesia está actualmente más cotizado. Otras han empeorado, como cirugía cardiovascular, debido a la tecnología, ya que parte de su tarea ahora con la tecnología la hacen los cardiólogos.

La autora ha recordado diferentes incentivos individuales que han funcionado como los utilizados en plazas de difícil cobertura, sobre todo en lo rural que, por ejemplo, cada año puede valer por 3 en el desarrollo profesional. También ha funcionado la jubilación demorada en el caso de atención primaria donde el 30% de los profesionales se han acogido a la misma.

Los componentes de un sistema de recompensa total se resumen en los 13 componentes que se señalan a continuación:

1. Compensación. Salarios, comisiones y bonos.
2. Retribuciones no dinerarias. Seguro de salud, vacaciones.
3. Interacción social. Ambiente de trabajo agradable.
4. Seguridad. Estabilidad.
5. Estatus/Reconocimiento. Ser respetado, prominencia debida al trabajo.
6. Variedad. Posibilidad de experimentar cosas distintas. Anti-monotonía.
7. Carga de trabajo. Ni demasiada ni demasiado poca.

8. Importancia social del trabajo. Valoración social.
9. Autoridad/control/autonomía. Posibilidad de controlar la vida propia, y de influir en otros.
10. Avance. Oportunidades de salir adelante, de avanzar.
11. Feedback. Recibir información que ayude a mejorar en el desempeño.
12. Condiciones laborales. No exposición a riesgos.
13. Oportunidad de desarrollo. Formación formal e informal para aprender nuevas herramientas y desarrollar capacidades.

Un problema añadido del sistema nacional de salud en España es que el aumento retributivo a lo largo del ejercicio profesional (perspectiva longitudinal) es muy pequeño (de un 26,4%), lo que empuja a muchos de los profesionales a practicar una actividad dual incluyendo medicina privada.

Es por tanto muy importante la gestión de los recursos humanos (RRHH) donde debemos diferenciar entre una verdadera gestión o solo la administración de los recursos. Esta gestión debe incluir los siguientes aspectos:

- Des-uniformar a los profesionales.
- Estimular el liderazgo, la motivación y animar el trabajo de los equipos.
- Tratar la tendencia al Burnout que se observa en toda Europa, lo que implica desafección a la organización.

Como conclusión o recapitulación destacamos para acabar los siguientes aspectos:

1. El capital humano es el más importante del sistema sanitario.
2. La formación es inversión en capital humano.
3. Los mercados de los profesionales sanitarios están segmentados (por ejemplo, en 46 especialidades médicas). Debemos buscar el encuentro entre la oferta y la demanda.
4. La planificación orienta las decisiones colectivas y asignación de RRHH.
5. Los déficits en calidad y cantidad de profesionales repercuten en el desempeño del sistema sanitario.
6. Las preferencias individuales pueden no coincidir con el valor social. De ahí la necesidad de incentivos.
7. Más allá de los números, es esencial la gestión de RRHH y la des-uniformización (teniendo en cuenta los 13 componentes de la compensación).

Mesa 1: Trabajo versus profesión

Ponentes:

Eva Negro Vega. Especialista en Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario de Getafe. Grupo de trabajo de tutores de la SEFH.

Juan Carlos Arbonies Ortiz. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de la UDM AFyC Gipuzkoa

Isabel González Anglada. Especialista en Medicina Interna, jefa de Estudios del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, presidenta de SEFSE-AReDA.

Moderador:

Jesús Corres González. Especialista en Reumatología y MUYE, Exjefe de Estudios del Hospital Universitario Ramón y Cajal, vocal de la Junta directiva SEFSE-AReDA

El trabajo es una actividad remunerada, de la que se espera unos resultados y un control, debe ser eficiente. Una profesión requiere entrenamiento o experiencia específica, en la que son muy importantes los valores éticos, implica sentido, servicio y responsabilidad, obliga a un desarrollo continuo y está vinculada con el humanismo.

A partir de estas claves para la reflexión se inicia el debate sobre cómo fortalecer la dimensión ética y humanística de la práctica asistencial; garantizar condiciones laborales dignas y sostenibles; fomentar la formación y el desarrollo profesional continuo; recuperar el sentido vocacional y social de las profesiones sanitarias y promover el trabajo en equipo sin perder la identidad profesional.

La primera cuestión a tratar es: ¿De qué forma está influyendo la brecha generacional en la forma de entender y desarrollar la profesión en el ámbito sanitario?

Eva Negro comenta que el 40% de profesionales sanitarios tienen más de 50 años, el 25% de los médicos en activo se jubilarán en la década 2025-2035, lo que supone 70.000 profesionales. La motivación y la recompensa son distintas en las 4 generaciones (baby boomers (1946-64), generación X (1965-80), Y o milenials (1981-96) y Z (desde 1997) de profesionales que conviven ahora. El reto actual es ver cómo pueden convivir para una asistencia de calidad. Para las nuevas generaciones la informatización ya no es un reto.

Su grupo de trabajo hizo una encuesta a especialistas y residentes en 2024, publicado en Farmacia Hospitalaria, Convivencia Generacional, grupo SEFHUTURE. El estudio tuvo una tasa del 16% respuestas y se publicó en diciembre del mismo año.

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/convivenciageneracional/CONVIVENCIA_GENERACIONALSFH.pdf

Tras la encuesta se realizó una reunión con 10 personas de cada generación a nivel nacional, utilizando ciclo de escucha. Se realizaron preguntas sobre:

- Aspectos sociales (igualdad, compromiso, voluntariado...): sin objetivarse diferencias entre los distintos grupos generacionales.
- Medioambientales: sí que se observaban diferencias significativas entre X y milenials, más que Z.
- Coste de vida: preocupa a todos, pero más los más jóvenes.
- ¿Recomendarías servicio en el que estás? 2/3 están satisfechos con el hospital.
- En el lugar de trabajo el horario y la docencia es más valorado por los jóvenes, el clima laboral y balance vida/trabajo es valorado por todos sin diferencias significativas.
- Sobre qué te preocupa más de tu puesto de trabajo: el stress y clima laboral en baby boomers y X; Millennials y Z conciliación e inestabilidad, Z horario y salario.
- Entre las motivaciones, lo que más destaca mejorar asistencia al paciente todos. Para los Z la visibilidad, tanto la social como dentro del hospital.
- La valoración del estado de la profesión es más alta en las generaciones mayores, en la progresión de la farmacia hospitalaria los mayores tienen más recorrido y los jóvenes más decepción, estos no saben cómo se consiguieron determinados hitos como: farmacéuticos en urgencias o en Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos.
- Finalmente se comentan los retos de futuro, destacando la digitalización en las dos generaciones mayores, la superespecialización en milenials, y para la generación Z lo es la integración en equipos multidisciplinares.

Continua Juan Carlos Arbonies e Isabel González comentando que las generaciones y personas somos diferentes y que es muy importante conocer qué contextos hemos vivido cada generación, para los baby boomers el puesto de trabajo y la precariedad económica hizo valorar mucho el trabajo. La nueva generación ha sufrido la crisis del COVID lo que condiciona las visiones de lo vivido, mientras otras profesiones teletrabajaban, los sanitarios asumían más riesgo.

El modelo sanitario ha cambiado, la relación médico-paciente también, ahora pasa por una prueba, existe un ambiente muy tecnificado, los pacientes son muy exigentes, así como las gerencias que nos exigen resultados sobre estancia media, coste...

Existen distintas patologías en el trabajo, para los mayores el “trabajadorismo” y para las nuevas generaciones, el burnout, la ansiedad y la depresión. El problema del burnout es que disminuye la seguridad del paciente.

Finalmente concluye que, como tutores, tenemos que velar por prevenir estas patologías creando ambientes amables. Entre todos debemos mostrar empatía intergeneracional y primar la cultura de respeto, un sistema sanitario resiliente, reconociendo y dignificando el trabajo de los sanitarios, primando sobre todo el humanismo, un enfoque centrado en el paciente, con compasión, empatía y ética.

La segunda cuestión trata de cómo formar en valores

Juan Carlos Arbonies expone que la figura del tutor, es la persona de quién más aprende el residente, a través del modelaje, la reflexión y la colaboración.

Entonces, cómo podemos trasladar esto al residente que necesita vivirlo, ya que con verlo no basta. El Tutor debería: trabajar el currículo oculto; guiar hacia la reflexión conjunta; mantener el clima educativo; fomentar un aprendizaje colaborativo; utilizar metodologías variadas que se adapten a la inmediatez y en distintos formatos, incluida la gamificación; autocuidado ético y emocional; trabajar en equipo; estar abierto a la mentoría inversa.

Completa la intervención Eva Negro e Isabel Gonzalez con mención al aprendizaje social como un modelo que no es suficiente para enseñar profesionalismo y reflexionando sobre que la identidad profesional es un reto en la profesión sanitaria. Con una identidad profesional fuerte, hay mejores resultados en cuidados y personales.

Para que sea fuerte existe currículum formal y oculto, como tutores podemos explicitar que el profesionalismo es una de las competencias más importantes a desarrollar, podemos desarrollar objetivos, espacios de reflexión, evaluación 360º, es muy importante la formación transversal.

La tercera cuestión sobre los pacientes formadores en cursos transversales

Isabel González Anglada expone que tienen experiencia con pacientes integrados como formadores en algunos cursos del plan transversal (taller de profesionalismo y comunicación), realizando convenios con asociaciones de pacientes: esclerosis múltiple, alcoholismo, fibromialgia y fatiga crónica. En las encuestas de satisfacción muestra que ayuda a conocer el punto de vista del paciente, así como la complejidad del cuidado, y los residentes reconocen ganancias en múltiples competencias y refuerzan su empatía, escucha activa y profesionalismo.

Los pacientes como formadores aportan gran valor a la formación por competencias y centradas en pacientes, con un aprendizaje humano y reflexivo.

Completan la intervención Juan Carlos Arbonies y Eva Negro que también trabajan con pacientes en el aprendizaje de los Residentes con la Escuela de pacientes y pacientes



expertos, simulación, *Role playing*, evaluación 360º. Encuentros y foros con los pacientes, que piden que les escuchemos, que se les trate como personas y que se les incluya en comisiones.

Conclusiones

La mesa coincidió en la necesidad en las nuevas generaciones de la formación transversal en valores del profesionalismo, integrando al paciente en esta formación.



Mesa 2: Futuro profesional en el sistema sanitario y fidelización

Ponentes:

Javier Padilla Bernáldez. Secretario de Estado de Sanidad.

Mónica Pérez Álvarez. Directora Técnica de Formación y Desarrollo Profesional, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

María José Cerqueira Dapena. Coordinadora de Formación Sanitaria Especializada, Departamento de Salud de Cataluña, expresidenta de SEFSE-AREDA.

Moderadores:

Mónica Marrero Santana. Especialista en Enfermería de Salud Mental y Jefa de Estudios de la UDM de Salud Mental de Gran Canaria, vocal de la Junta Directiva de SEFSE-AREDA.

Fernando Ros Rodrigo. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Responsable de Formación Sanitaria Especializada de Illes Balears, vocal de la Junta Directiva de SEFSE-AREDA.

Javier De Sande Inyesto. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

La segunda mesa del IX Congreso Nacional de la SEFSE-AREDA abordó uno de los retos más complejos de la Formación Sanitaria Especializada (FSE): el futuro profesional de los residentes una vez finalizada su etapa formativa y las estrategias para atraer y retener talento en el sistema sanitario público.

El debate partió de un diagnóstico compartido: a pesar de que la oferta de plazas para especialistas es actualmente amplia, los jóvenes profesionales no perciben un horizonte profesional claro ni atractivo. Se evidenció una desconexión entre las expectativas de los nuevos especialistas y la realidad de un sistema que aún opera con esquemas tradicionales, donde la estabilidad o las condiciones laborales iniciales no siempre responden a las aspiraciones de una generación que prioriza la conciliación, la flexibilidad y la satisfacción personal y profesional.

Durante la sesión se expuso cómo distintas comunidades autónomas han desarrollado programas de fidelización con resultados variables. Se destacó que los incentivos económicos por sí solos resultan insuficientes: los profesionales valoran cada vez más el clima laboral, las oportunidades de desarrollo, la posibilidad de combinar actividad asistencial con docencia e investigación, y una mayor autonomía en la organización del trabajo. En este sentido, los programas que integran la escucha activa de los residentes, la adaptación flexible de los destinos y la posibilidad de mantener vínculos con hospitales de mayor complejidad parecen generar un mayor impacto.

También se subrayó la necesidad de mejorar la coordinación entre el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y los propios centros, para evitar duplicidades y competir por los mismos profesionales sin una estrategia global. La ausencia de una planificación colaborativa y transparente se traduce en desequilibrios territoriales y en la sensación de que no existe un itinerario profesional coherente tras la residencia.

El debate puso asimismo de manifiesto que las áreas de difícil cobertura requieren soluciones más imaginativas. Además de incentivos económicos o formativos, es esencial ofrecer entornos estimulantes y bien dotados tecnológicamente, que generen sentido de pertenencia y desarrollo profesional. La fidelización, coincidieron los participantes, debe entenderse como una estrategia de largo recorrido que combine reconocimiento, oportunidades de crecimiento y una cultura organizativa que valore a los profesionales.

Desde la perspectiva de los residentes, las motivaciones personales (vínculos familiares o de pareja) tienen un peso importante, pero también lo tienen factores sobre los que las instituciones sí pueden influir: el ambiente laboral, la flexibilidad horaria, la burocracia administrativa y la posibilidad de elegir itinerarios adaptados. Se destacó la importancia de las rotaciones y estancias en distintos centros como una vía para conocer mejor el sistema y favorecer la vinculación con los equipos.

Finalmente, se abordaron cuestiones como la homologación de títulos de profesionales extranjeros, la necesidad de mantener los estándares de calidad y la urgencia de actualizar los sistemas de contratación y movilidad para facilitar la incorporación ágil de especialistas.

Conclusiones

La mesa coincidió en que la fidelización de los profesionales no puede basarse únicamente en contratos o incentivos económicos. Requiere reconocer sus expectativas, favorecer entornos laborales saludables y crear itinerarios profesionales atractivos. La clave está en escuchar, coordinar y planificar a largo plazo, garantizando un sistema sanitario capaz de retener talento y ofrecer a los nuevos especialistas un proyecto profesional y vital ilusionante.

Mesa 3: Salud global y sostenibilidad

Ponentes:

Manuel Franco Tejero. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctorado por la Universidad Johns Hopkins. Basque Centre for Climate Change Research BC3. Ikerbasque Research Professor.

Maite de Aranzabal Agudo. Especialista en Pediatría de Atención Primaria. Doctora en Medicina. Miembro del patronato Save the Children. Coordinadora del Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción de la AEPap.

Carmen Álvarez Nieto. Profesora Titular Universidad de Jaén, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento Enfermería.

Moderadores:

Eulalia Mariñelarena Mañeru. Jefa de Estudios de UDM AF y C de Gipuzkoa.

Pedro Castro Rebollo. Miembro de la Comisión de Docencia del Hospital Clinic Barcelona, vocal de la Junta directiva SEFSE-AREDA.

Eulalia Mariñelarena Mañeru introdujo la mesa haciendo alusión a la “modesta” contribución que el Sistema de Salud aporta a la propia salud de la población, destacando que ésta última depende –además– de otros muchos condicionantes, como por ejemplo el proyecto vital de las personas. En este sentido habría incluso que tener en cuenta las palabras de Rafael Cofiño “el código postal tiene más relevancia que el código genético”. Define los conceptos de salud planetaria y salud urbana y concluye recordando que todos los mencionados condicionantes han de ser incluidos en la práctica clínica.

1ª Pregunta: Salud urbana, salud planetaria, One Health: ¿A qué nos referimos y por qué debemos aplicar este enfoque en el sistema sanitario?

Manuel Franco Tejero. Comienza su ponencia manteniendo que resulta preciso “cambiar el foco” y “entender la salud”. Introduce el término de “Epidemiología Social” al objeto de destacar determinantes de salud que no suelen tenerse en cuenta, poniendo como ejemplo la situación de Estados Unidos donde dependiendo del lugar de nacimiento o de residencia puede haber una diferencia de esperanza de vida de unos 20 años, o el caso de Madrid cuya diferencia podría llegar a los 7 años. Comenta el concepto “Salud urbana”, por el que el contexto físico y social puede determinar un mayor o menor grado de salud. Y el de “Salud planetaria” según el cual la salud depende sobremanera del entorno, del medio ambiente natural o construido. Finalizó mencionando el término “One Health” y la necesidad de hacer frente a la crisis climática,

mitigando la emisión de gases de efecto invernadero y adaptando las poblaciones vulnerables.

Maite de Aranzabal Agudo. Destaca la importancia de los determinantes de salud. Expone varios casos clínicos de pacientes infantiles expuestos a las condiciones de sus lugares respectivos de residencia. Así presenta casos de desnutrición consecuencia de la hambruna debida a la ausencia de cosechas por el cambio climático. Proponiendo como solución la práctica de cultivos diversificados. La posibilidad de enfermar de fiebre Q en lugares donde las zoonosis se desconocen y los recursos veterinarios o la vacunación de los animales es deficitaria, o de ascaridiasis en zonas sin aseos seguros.

Carmen Álvarez Nieto. Pone de relevancia los objetivos de desarrollo sostenible 3, 4 y 13, manifestando que deben de entenderse los problemas derivados de los desplazamientos de población, las vulnerabilidades y procurar una adecuada gestión de catástrofes. Mantiene que lo hacemos por imperativo ético y operativo. Y destaca cifras: en España se producen 35000 muertes prematuras por la mala calidad del aire, el sector sanitario es responsable del 3-4% de la emisión de gases. Lo que hace que no sea sólo un problema ambiental, sino además clínico. Como posibles soluciones propone reducir la huella ambiental mediante cuidados climáticamente inteligentes, revisar el objetivo 3 de la Estrategia de Salud Global 2025-2030, planes estratégicos de salud y medio ambiente con enfoque One health o la formación de especialistas al respecto.

2ª Pregunta: ¿Cuáles son los retos a los que se enfrenta la Formación Sanitaria Especializada para formar en competencias relacionadas con la salud planetaria?

Carmen Álvarez Nieto. Mantiene que los programas formativos ignoran o marginan esta formación. De 56 especialidades, únicamente Medicina Preventiva incluye competencias sobre salud ambiental y laboral. Pero igualmente carece de enfoque moderno sobre salud planetaria. Medicina Familiar y Comunitaria omite en su programa la salud planetaria, la sostenibilidad o el cambio climático. Aunque la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria SEMFyC sí desarrolla programas de salud planetaria y promueve la actividad física en entorno natural. Por el contrario, el resto de especialidades mantienen silencio. La revisión de los Programas Oficiales de las Especialidades cada 10 años resulta inadecuada para abordar aspectos relevantes como la crisis climática, perpetuando la obsolescencia formativa al respecto. Las barreras para integrar tal formación podrían ser que no se considere como tal una asignatura más, la sobrecarga del programa formativo, la deficitaria formación de los formadores y la traslación a la práctica clínica –paso del concepto “macro” a la práctica asistencial “micro”-. Propone una hoja de ruta, definiendo qué introducir y cómo. Comenzando por definir las competencias nucleares que permitan entender y actuar sobre determinantes de salud.

Manuel Franco Tejero. Explica que los programas de Universidad proponen formación escasa en epidemiología y salud urbana, encontrando más avanzadas las titulaciones de enfermería. El Pacto de Estado por la Emergencia Climática destaca la importancia de los sanitarios por su contacto diario con la población. Tener los conceptos claros y mejorar nuestras ciudades es clave, pues 2/3 de la población en 2050 vivirán en ciudades.

Maite de Aranzabal Agudo. Propone incluir formación específica en el Grado y en el Postgrado, transversal y evaluable. Considera imprescindible tener una asignatura de economía de la salud durante la carrera de Medicina.

3ª Pregunta: ¿Qué podemos aprender de experiencias y estrategias que se están desarrollando en países con condicionantes desfavorables y cómo pueden contribuir a la consecución de dichas competencias?

Maite de Aranzabal Agudo. Propone que los profesionales realicen rotaciones en países con bajos recursos. Se precisan profesionales que se comporten como “gente abierta”, humildes, aventureros y con compromiso social. El problema más trascendente en los países desfavorecidos ha sido la colonización y los regímenes dictatoriales. De ahí la importancia en ellos de la salud comunitaria y la visión “One health”. En dichos países los profesionales en formación diagnostican enfermedades que no se diagnostican en nuestro medio habitual de trabajo, practican técnicas sobre enfermedades infecciosas y su relación con los determinantes de salud. Aprenden a preparar sesiones grupales para sanitarios/familiares, investigan, realizan informes a la vuelta, aportan técnicas, protocolos y bibliografía, medicina basada en la evidencia, APPS, respeto al paciente. Además, exploran las bondades del orden y la sistemática en procesos, cómo enfrentarse a dilemas éticos, cómo adaptarse a las diferentes culturas y a su lenguaje, y cómo hacer compatible la medicina occidental con la tradicional.

Manuel Franco Tejero. Destaca que en Estados Unidos siguen existiendo inequidades en función de la renta o la raza. En Brasil se ha avanzado en el menú infantil y la salud escolar. En Chile igualmente se ha regulado la “comida basura”. En Bogotá (Colombia) se ha regulado y modificado el modo de transporte en la ciudad al objeto de reducir la contaminación. Finaliza manteniendo que la ciudad debería ser un espacio público donde se cree salud.

Carmen Álvarez Nieto. Propone transferir competencias a la práctica diaria, vinculando la teoría con la práctica en entorno real. Y es que dicho entorno clínico debe ser el laboratorio “vivo” donde el profesional sanitario en formación sea el agente de cambio. Destaca que únicamente conoce de la existencia de Unidades de Salud Medioambiental en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), Hospital de Olot (Girona) y Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Además, cree que

sería trascendente la existencia de Máster en Salud Planetaria y aspirar a un Sistema Público de Salud que contemplara competencias para afrontar la crisis climática.

Conclusiones

- Resulta necesario contemplar los conceptos de “One health”, “Salud planetaria”, “Salud urbana” y “determinantes de salud”.
- El abordaje comunitario ha de hacerse en entorno real, con estancias formativas específicas y formando parte de los planes formativos del Grado y Postgrado.
- La salud medioambiental ha de contar con Servicios/Unidades propios en las distintas Áreas Sanitarias o Servicios de Salud.

XXI Foro de Jefes de Estudio, Técnicos y Responsables Autonómicos de Formación Sanitaria Especializada “Rol del jefe de estudios en el sistema sanitario”

Ponentes:

Ana Sáez Fernández, Jefa de Estudios del Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.
Vocal de la Junta Directiva de SEFSE-AREDA

María Teresa Antoral Arribas, Jefa de Estudios de la UDM de Medicina Familiar y Comunitaria de Guadalajara y vocal de la Junta directiva SEFSE-AREDA.

Marcelo Calabozo Raluy, Exjefe de Estudios del Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

Moderadoras:

María José Cerqueira Dapena, Coordinadora de Formación Sanitaria Especializada Departamento de Salud de Cataluña y ex presidenta de SEFSE-AREDA.

Eva María Garnica de Cos, Jefa de Estudios de la Red de Salud Mental de Bizkaia

Se plantearon varias preguntas que ayudaron a explorar el peso real del Jefe de Estudios, las facilidades y obstáculos del cargo y las posibles mejoras de esta figura en el sistema sanitario.

1. ¿Cuál es el peso real del Jefe de Estudios dentro y fuera de los centros?

La primera cuestión puso de relieve la gran diversidad de situaciones entre comunidades autónomas y entre centros. Según Ana Sáez, el peso real del JE depende en gran medida del grado de desarrollo del marco normativo autonómico, y en muchos casos su presencia en la estructura directiva es limitada. Señaló la desigual dedicación horaria y la falta de figuras de apoyo estables, factores que condicionan el impacto que la jefatura puede tener en la organización del centro.

Marcelo Calabozo ofreció una visión complementaria: aunque institucionalmente el JE no siempre ocupa un lugar destacado, en la práctica actúa como mediador en conflictos y como referente para equilibrar las necesidades asistenciales y formativas. Para él, este papel operativo otorga a la figura un peso interno considerable, aunque no siempre se traduzca en reconocimiento formal.

En el caso de Maite Antoral, la experiencia en su centro muestra que el JE es el garante directo de la calidad de la FSE. Destacó que, aunque externamente la jefatura tenga aún una visibilidad limitada, dentro del hospital su papel es fundamental para la continuidad y coherencia de la formación especializada.

2. ¿Qué factores facilitan el desarrollo del rol del JE? ¿Cuáles son las principales resistencias?

Los tres ponentes coincidieron en que el desempeño del Jefe de Estudios depende tanto del apoyo institucional como de la existencia de condiciones adecuadas de trabajo. Entre los factores facilitadores se mencionaron la disponibilidad de tiempo protegido, la existencia de equipos técnicos de apoyo (como secretarías de docencia o técnicos de gestión entre otros) y la participación activa de los residentes. También destacaron el valor del trabajo en equipo, de la implicación de los tutores y de la formación en competencias transversales: liderazgo, comunicación, gestión de equipos, resolución de conflictos y metodología docente.

En contraposición, identificaron varias dificultades que se repiten en diferentes contextos: la presión asistencial, la falta de presupuesto específico para docencia, el escaso reconocimiento institucional del rol, la ausencia de criterios homogéneos entre comunidades autónomas y la resistencia cultural a incorporar la docencia como un componente estratégico. Ana Sáez añadió la falta de auditorías y mecanismos de evaluación estables, que podrían favorecer una mejora continua basada en datos objetivos.

3. ¿Qué debería hacerse para mejorar el rol del Jefe de Estudios?

Las propuestas de mejora mostraron un consenso amplio. Marcelo Calabozo defendió la incorporación del JE en las juntas directivas, lo que permitiría integrar la perspectiva docente en la planificación estratégica. Maite Antoral subrayó la necesidad de consolidar el liderazgo del Jefe de Estudios mediante estructuras robustas, recursos estables y un respaldo institucional claro. Ana Sáez fue más allá, insistiendo en la urgente profesionalización del cargo, en su reconocimiento explícito a nivel normativo y en la importancia de dotarlo de equipos de apoyo suficientes. También apuntó al potencial de las herramientas digitales para mejorar la calidad docente y facilitar el trabajo de tutores y residentes.

Conclusiones

El debate dejó claro que el Jefe de Estudios es una figura imprescindible para garantizar una Formación Sanitaria Especializada de calidad. Aunque su papel ha ganado relevancia, aún existen importantes desigualdades entre centros y niveles de reconocimiento insuficientes. Los ponentes coincidieron en que reforzar la estructura docente, garantizar recursos adecuados, reducir la variabilidad autonómica e integrar a los JE en la toma de decisiones son pasos indispensables para consolidar una formación alineada con las necesidades actuales del sistema sanitario. La profesionalización de la figura, junto con una mayor visibilidad institucional, permitirá avanzar hacia un modelo de FSE más sólido, homogéneo y orientado a la excelencia.