

Madrid, 24 de noviembre de 2008

Estimado Sr. Martínez Olmos,

Me dirijo a Usted en representación del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), que como sabe es el órgano que representa y agrupa a los estudiantes de Medicina de España.

La OMC, CESM y Facme nos posibilitan elevar hasta su Secretaría General la opinión del colectivo de los estudiantes de Medicina sobre el diagnóstico de los temas de trabajo a analizar por los Comités Institucionales que preparan el **Pacto por la Sanidad**.

Desde el CEEM, consideramos imprescindible la consecución de ese Pacto y aplaudimos la iniciativa del Ministro en pos de una mayor cohesión y acciones coordinadas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, sí nos gustaría destacar la sorpresa que nos causó la nula mención a la Universidad que se hace en el documento. Somos conscientes de la compartimentación de competencias entre el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Ministerio de Sanidad y Consumo, sin embargo, es asumido desde hace años que los estudios de grado en Medicina encuentran áreas comunes en ambos ministerios. Es por esto que creemos que la opinión de las Facultades de Medicina como punto de partida de la formación del médico, algo recogido ya en la Declaración de Granada de 2001, debe ser tenida en cuenta entre las Instituciones consultadas a la hora de abordar temas tales como la planificación de la oferta anual de plazas de formación especializada o la acreditación de centros sanitarios para la docencia.

Desde los organismos centrados en la Educación Médica cada vez tendemos más a buscar un *continuum* en la formación acortando las distancias entre el grado y el posgrado y basándonos en eso nos resulta llamativa la exclusión como organización consultada de la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España y del propio CEEM, ambos miembros del Foro de la Profesión Médica.

Adjunto a esta carta, le remito las conclusiones a las que los representantes de los estudiantes de Medicina hemos llegado después de tratar en sucesivas asambleas los puntos expuestos.

Nos hemos limitado a opinar sobre una serie de puntos dentro del primero y el sexto Comité Institucional, dado que los temas estudiados por los otros cuatro, o bien los consideramos fuera de nuestro ámbito de actuación o bien versan sobre asuntos que no han sido objeto de tratamiento previo alguno por parte de nuestro Consejo.

Agradeciéndole el interés, en nombre de todos los estudiantes de Medicina de España le transmito la voluntad del CEEM de colaborar con el Ministerio en todas aquellas áreas donde seamos requeridos con el objetivo de conseguir una mejor formación del estudiante y por tanto una mejor preparación del futuro profesional. Nuestro objetivo común es la calidad de la atención al paciente.

Reciba un cordial saludo,

Lucas de Toca
Presidente
Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina

PROPUESTAS DEL CONSEJO ESTATAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA (CEEM) AL DIAGNÓSTICO DE LOS TEMAS DEFINIDOS PARA EL PACTO POR LA SANIDAD

Ante los temas propuestos por la Secretaría General de Sanidad para el trabajo de los Comités Institucionales, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina ha escogido los puntos en los que los estudiantes de Medicina españoles hemos expuesto nuestra opinión sobre la situación actual.

A continuación enumeramos aquéllos puntos que hemos analizado, manteniendo la numeración original de los anexos de la carta remitida a las Organizaciones Profesionales.

Posteriormente, realizamos el análisis de cada uno de ellos.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

1.- Planificación de recursos humanos para la salud:

- Conclusiones de la actualización del estudio de necesidades de especialistas
- Planificación de la oferta anual de plazas de formación sanitaria especializada, según las necesidades reales y la capacidad docente del SNS
- Creación del Registro Central de Profesionales de la salud

3.- Reforma de la formación sanitaria especializada:

- Troncalidad y estudio de solicitudes de nuevas especialidades
- Elaboración del proyecto de RD por el que se reforma el acceso a la formación sanitaria especializada

POLÍTICAS DE CALIDAD E INNOVACIÓN._

6.- Desarrollo de la Estrategia de acreditación de centros y unidades.

- Fortalecer el proceso de auditoria docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para la formación de postgrado.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS:

1. - Planificación de recursos humanos para la salud:

- Conclusiones de la actualización del estudio de necesidades de especialistas

El CEEM considera indispensable una revisión del estudio de Dña. Beatriz González López-Valcárcel y Dña Patricia Barber Sánchez, al analizar que dicho trabajo se encuentra desactualizado ante el panorama actual.

Por otra parte, consideramos que el MSC no puede basarse en un único estudio ignorando otros de igual seriedad como el presentado por la Organización Médica Colegial o el de la Fundación de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

En cualquier caso, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina sigue defendiendo que todo estudio que se haga será una **estimación** al no estar basado en los datos fiables de un **registro censal** de la actividad laboral y profesional de los especialistas.

- Planificación de la oferta anual de plazas de formación sanitaria especializada, según las necesidades reales y la capacidad docente del SNS

Es imposible planear la oferta anual de plazas de formación sanitaria especializada sin contar con los graduados que terminan su formación universitaria cada año. Creemos que no se pueden ni deben emprender medidas de planificación de espaldas a lo que ocurre en las facultades.

Siendo obligatoria la especialización del graduado en Medicina para el ejercicio profesional en el ámbito de la Sanidad Pública, el Ministerio de Sanidad y Consumo debe coordinarse con el Ministerio de Ciencia e Innovación para garantizar que el *numerus clausus*, auténtico garante de la regulación de plazas en Medicina, no quede en manos de la presión autonómica.

Actualmente, con la intención de mantener la función social de las facultades de Medicina, los Decanos acordaron con los ministerios el incremento progresivo y gradual del *numerus clausus* hacia la equiparación del número de graduados que terminan sus estudios con las plazas de formación especializada que anualmente se ofertan. Este aumento, a día de hoy se está produciendo con un tasa superior a la acordada y no se ha visto acompañado de un incremento de los recursos destinados a las facultades para garantizar que la calidad de la formación se mantenga.

Numerosas facultades, por indicación de los Gobiernos Autonómicos, han ofertado más plazas de las que la los centros pueden asumir, teniendo estudiantes saturando los servicios hospitalarios y alumnos recibiendo sus clases en aulas que en algunos casos superan su capacidad máxima en un 50%.

Al ser el MSC el que propone al MICINN la regulación del *numerus clausus* creemos que esta situación debe ser tenida en cuenta en la planificación de la oferta de plazas.

- Creación del Registro Central de Profesionales de la salud

Los estudiantes de Medicina del Estado Español consideramos que gran parte de los problemas de planificación y distribución de médicos se deben a la ausencia de este registro central, público, riguroso y **dinámico** que evidencie con datos reales y no meras estimaciones, cuántos son los efectivos con los que contamos para establecer políticas de recursos humanos.

La creación de este registro debe hacerse coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y en colaboración con las Comunidades Autónomas y las organizaciones médicas. Las conclusiones del mismo deben reflejar si hay o no déficit de profesionales, su magnitud, su distribución por especialidades y territorios, las causas del mismo y para cuándo se prevén sus consecuencias.

Cualquier actuación acorde con las conclusiones del estudio debe englobar medidas coordinadas a todos los niveles con la misma contundencia y no regular exclusivamente “desde abajo” con los ingresos en las facultades como se hace a día de hoy.

3. - Reforma de la formación sanitaria especializada:

- Troncalidad y estudio de solicitudes de nuevas especialidades

La principal oportunidad que presenta el sistema de troncalidad es fomentar una visión más integral de la Medicina y del paciente. **Su principal amenaza: que suponga en la práctica una reducción del período de especialización en dos años.** Una medida para evitarlo podría ser una mayor diversificación en cuanto a número de troncos (más numerosos y menos generales); sería conveniente reevaluar la propuesta de organización de las especialidades.

En cuanto a las **competencias genéricas** comunes, observamos que la mayoría se solapan con las del graduado en Medicina. Esta es una oportunidad para coordinar la formación de Grado con la especialización, incidiendo en la importancia de adquirir estas competencias durante el Grado y especialmente en el Practicum final. Identificando el punto de partida, se podrá rentabilizar al máximo el período de formación especializada, y no redundar en los contenidos.

Como debilidad del sistema de troncalidad, se recoge la existencia de mapas competenciales heterogéneos y no suficientemente definidos en múltiples especialidades médicas. Es necesario definir estas **competencias** para establecer el sistema de forma efectiva, y trasladarlas a un **currículum del período troncal** que sea asumido por las unidades docentes.

En cuanto a los **cronogramas** propuestos: (1) hay que concretar la rotación por las especialidades generales; en orden a buscar una formación común, deberían ser las mismas para todos los residentes pero en distinto orden; (2) no pueden favorecer la creación de compartimentos estancos médico/quirúrgico/de laboratorio; y (3) la realización de estancias electivas exige disponer de un método para su organización que prevea situaciones de conflicto si dos residentes quieren realizar la misma estancia, y que cuente con supervisión de un órgano que garantice la equidad entre todos los residentes.

El sistema propuesto precisa de un importante número de **centros asistenciales acreditados** que cumplan los estándares de calidad establecidos. Para llevarlo a cabo de manera efectiva, se precisarán **medidas de carácter organizativo y administrativo.**

La existencia de un **sistema de evaluación continua** del período troncal exige que haya criterios de evaluación establecidos por la correspondiente Comisión Nacional de Especialidad, que traduzcan la existencia de objetivos comunes definidos a alcanzar durante el período troncal. Este sistema de evaluación debe ser lo más objetivo posible.

La **elección más tardía de la especialidad** es beneficiosa en cuanto a que se realiza de manera informada. Sin embargo, encontramos como inconvenientes: (1) Al tener que limitarse al tronco y hospital elegido, se podría dar el caso de que, después de dos años de formación común, en un hospital quieran hacer más residentes una determinada especialidad que las plazas disponibles para ello, y que entonces su alternativa no sea escoger esa especialidad en otro hospital (como es ahora) sino escoger otra especialidad en el mismo hospital, con el resultado de una vocación frustrada; (2) esto puede dar lugar a que siga habiendo plazas vacantes en determinadas especialidades y centros que, después de dos años de formación troncal, no sean ocupadas por los residentes al no corresponderse con sus expectativas al empezar el tronco; (3) Actualmente, la elección de plaza se basa en dos criterios: especialidad y hospital, de modo que uno puede determinar el otro. Esta propuesta favorece que haya que elegir utilizando como criterio fundamental el hospital de destino, y es probable que los aspirantes opten por los grandes centros hospitalarios que posibiliten, no ya la formación en todas las especialidades del tronco, sino el poder elegir entre un mayor número de especializadas al finalizar los primeros dos años.

Es necesario que se reconozca al especialista en formación troncal como **residente** a efectos académicos, laborales y económicos.

La propuesta podría recoger explícitamente la posibilidad de, una vez terminada la residencia, **realizar otra especialidad del mismo tronco sin necesidad de repetir** el período de formación común ni de acreditar un período de ejercicio profesional de la primera especialidad.

- Elaboración del proyecto de RD por el que se reforma el acceso a la formación sanitaria especializada

La reforma del sistema de acceso a la formación especializada es, sin duda, una gran oportunidad para adaptar el actual sistema a unas necesidades que han cambiado en los últimos años, así como mejorar los defectos que se arrastran desde el inicio de su implantación. Pero cualquier cambio puede comportar un empeoramiento si no se realiza como se debe y si no se tienen en cuenta todas las amenazas que pueden hacer fracasar la implantación de la reforma. Para evitar que esto ocurra en el tema que nos ocupa, es imprescindible contar con la opinión de todos los estamentos implicados y entendidos en la materia y revisar una vez tras otra los cambios que se van realizando, evaluando el proceso de su implantación y su funcionamiento.

Uno de los aspectos más importantes a valorar es el **formato y diseño de las pruebas** que constituirán el acceso al sistema MIR. En primer lugar, la introducción de una prueba que evalúe las habilidades clínicas y aptitudes probablemente mediante un diseño de prueba ECOE (Evaluación Clínica Objetivamente Estructurada) permitirá evaluar las competencias prácticas que los estudiantes de Medicina tendrán que adquirir a lo largo del grado ya que así lo requiere la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior. Pero, aunque la experiencia y el funcionamiento del diseño de las ECOE muestran una gran objetividad y homogeneidad a la hora de valorar estos aspectos, creemos que el diseño final tiene que ser revisado, prestando especial atención, por un lado, a quienes van a ser los órganos responsables de diseñar y llevar a cabo tanto la realización como la evaluación de la prueba, y por el otro, al número de estaciones necesarias con las que debe contar para que sea objetiva.

En segundo lugar, en cuanto al diseño de la prueba teórica, compartimos la opinión que un examen compuesto de preguntas tipo test es la manera más objetiva para evaluar los conocimientos teóricos. No obstante, creemos que dos aspectos que se deberían revisar y mejorar son, en primer lugar, la duración excesiva de la actual prueba, y en segundo lugar, el hecho que la introducción de casos clínicos han aumentado la extensión de las pregunta y, en consecuencia, ha disminuido el tiempo de respuesta.

Otro aspecto es la **definición de los contenidos** a evaluar en el nuevo sistema de acceso. Creemos que la reforma es una oportunidad para redefinir los contenidos y competencias que se valoran,

teniendo en cuenta que estas tienen que ser representativas de la situación con la que el licenciado se va a encontrar durante el MIR. A la definición de estos contenidos y a su adquisición, ayudaría el hecho de la publicación tanto del temario de contenidos teóricos como del catálogo de competencias clínicas y comunicativas a adquirir, así como una bibliografía de fuentes de donde se extraigan tanto las preguntas como las respuestas.

En tercer lugar, hay que definir cómo será el **cómputo de la nota final** y el peso de cada una de las partes integrantes, siendo primordial analizar el porcentaje correspondiente a la prueba práctica y si el peso del expediente se quiere que disminuya o aumente.

Por último, y no menos importante es decidir cómo y cuándo será la **implantación** del nuevo sistema de acceso a la formación especializada. Es primordial la **adaptación de las facultades** con instalaciones donde el estudiante pueda adquirir las competencias prácticas así como una mayor implicación de los alumnos en las prácticas adquiriendo responsabilidades acordes con sus conocimientos. Finalmente, es de especial importancia la **revisión** durante las primeras convocatorias del **funcionamiento y resultados de las pruebas**, para evitar la acumulación de defectos a lo largo del tiempo y poder aplicar las mejoras necesarias.

POLÍTICAS DE CALIDAD E INNOVACIÓN

6. Desarrollo de la Estrategia de acreditación de centros y unidades.

- Fortalecer el proceso de auditoria docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para la formación de postgrado.

Creemos muy necesario reforzar también las exigencias para la acreditación docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para el grado.

Ante la inminente implantación del Espacio Europeo de Educación Superior y las modificaciones del llamado “Proceso de Bolonia”, creemos que es necesaria una renovación y creación de nuevos convenios con los hospitales y centros de salud universitarios y reconocer a su personal la dedicación, tanto económicamente como con la carrera profesional. Esto es imprescindible para mejorar la calidad y cantidad de las prácticas clínicas y fomentar un mayor compromiso de los Hospitales universitarios en la formación de sus estudiantes.

Con la entrada en vigor de los nuevos grados, la docencia práctica jugará un papel fundamental, para que ello sea posible, debemos solventar la falta de infraestructuras y sistemas más severos de acreditación de los centros y hospitales universitarios.

Por otra parte, es necesario destacar las carencias en la vinculación de nuevo personal docente clínico a la universidad. Asimismo, es necesario mejorar el reconocimiento laboral y profesional de este personal clínico dedicado a la docencia para potenciar su implicación en la formación del estudiante.

Por último, cabe destacar la importancia de la contribución de los Médicos Internos Residentes en la formación del alumno, por lo que vemos necesario reconocer a estos profesionales su labor, incentivándola y recompensándola con implicaciones directas en la carrera profesional.

Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)

Plaza de las Cortes nº 11, 28014 Madrid
www.ceem.org.es / contacto@ceem.org.es
Telf: 914317780 (ext. 115)