

# **Informe de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria al Proyecto de Real Decreto 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**

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

La CN de MFyC reconoce el importantísimo esfuerzo realizado por sistematizar y unificar las actuales circunstancias e ir acotando las especialidades en ciencias de la salud. Por lo tanto nos parece un intento de caminar hacia el desarrollo de lo marcado por la LOPS, pero precisamente en orden a este desarrollo, este RD no puede ser más que un Decreto transitorio, aunque su aplicación dependerá del tiempo en el que se sea capaz de desarrollar el nuevo marco de la formación especializada mediante la troncalidad. Esta nueva organización tendrá con seguridad impacto sobre las Unidades Docentes, composición, funciones y organización.

En segundo lugar, al efectuar esta homogeneización de todos los dispositivos y homogeneizar las nomenclaturas no queda claro si las comisiones asesoras de la UDD de MFyC y los coordinadores de las UDD pasan a denominarse también comisiones de docencia y jefes de estudio. Si esto es así es importante dejarlo claro porque induce a errores que pueden ser lamentables. Si se cambia el nombre de los dispositivos y recursos en los que se basa la formación del 40% de los residentes de este país es bueno que quede claro.

Hay que aclarar mejor en el texto que hay dos grandes modalidades de organización de las UD, mientras unas se reúnen y constituyen comisiones de docencia (que parecen ser las denominadas Comisiones de Docencia de Centro) que incluyen diversas especialidades y se agrupan en un centro como es el caso de las representadas por las comisiones de docencia de hospital, hay otras UD que tienen un ámbito comunitario, dirigidas hasta ahora a una especialidad, que son muy amplias en número de residentes (casi el 40% de la totalidad), dispersas en cuanto a entornos docentes y homogéneas en cuanto a que forman hasta ahora un solo tipo de especialidad. Decimos hasta ahora porque con resoluciones anteriores y con este decreto, por ejemplo hay UDD como las de MFyC (cuyas comisiones de docencia serán de unidad no de centro) serán responsables de la formación de especialistas en MFyC y en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y en colaborar en la formación de 18 especialidades médicas más y que agrupan muchos dispositivos dispersos geográficamente y entornos formativos diferentes. Si bien hemos conocido intentos anteriores de clasificar según si la formación es básicamente hospitalaria o mixta: en la comunidad/hospital, nos parece bien que esto desaparezca porque la tendencia natural es que muchas especialidades clásicamente hospitalarias tengan una formación en más entornos que el hospital.

## **CONSIDERACIONES PUNTUALES**

### **ARTICULO. 3 B)**

Si a un Residente se le reconocen periodos formativos previos, es porque ha obtenido plaza en más de una convocatoria. Si ponemos la última convocatoria resulta que el tiempo entre las fechas de incorporación y finalización será menor que el de la duración de la especialidad.

Así que habría que redactarlo en plural diciendo que “la convocatoria o convocatorias de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada en las que obtuvo plaza en formación relacionadas (que contribuyeron, que fueron utilizadas, que le sirvieron) para la obtención de ese título.

### **ARTICULO 5.3**

En dónde dice “podrá” debería decir “deberá”. Propuesta de redacción:

"3. En los supuestos de desacreditación definitiva o cautelar deberá procederse, según las circunstancias de cada caso, a la redistribución de los residentes afectados en otras unidades docentes acreditadas, preferentemente de la misma comunidad autónoma."

Creemos que ya queda suficientemente blindado con el “según las circunstancias de cada caso” para que se diga podrá en vez de deberá en el caso de que haya un centro desacreditado y se siga manteniendo a los residentes allí. Si queremos dar credibilidad a las auditorias y a la calidad del sistema, estas tienen que tener peso. Nunca se desacredita un centro si no hay indicios graves de que las cosas no van bien. Creo que además legalmente mantener residentes en un centro no acreditado ante una reclamación por parte de la población por problema legal podría generar problemas por muy endeble que sea la redacción aquí.

### **ARTICULO 6**

Hay una errata en la última línea del segundo párrafo de las artículo 6 en vez de decir misma debe decir mismas.

### **ARTICULO 7**

Aun cuando se recoge una idea que puede ser muy interesante no encontramos en al artículo la suficiente argumentación y definición para poder orientarnos en como se desarrollaran en el futuro, máxime cuando esta pendiente de desarrollar la troncalidad.

Entre otras cosas encontramos que la nomenclatura del Anexo 2 al que se refiere, no es homogénea en todas las unidades debiendo de renombrarse las tipo 3 y 4 como las demás, es decir sin incluir a la enfermería en su nombre quedando de esta manera redactado:

3.- Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las que se formaran médicos y enfermeros especialistas

#### 4.- Unidades docentes de Medicina del Trabajo en las que se formaran médicos y enfermeros especialistas

Además no encontramos en que unidades se formaran las enfermeras de cuidados médicos-Quirúrgicos.

### **ARTICULO 9**

Tiene que quedar bien claro que existen dos grandes tipos de comisiones de docencia

a.- Comisiones de docencia de centro

b.- Comisiones de docencia de Unidad. En este tipo están incluidas las anteriormente llamadas comisiones asesoras de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria

**El borrador dice: "Se entenderá por centro sanitario docente el hospital, agrupación de hospitales, centros de salud, agrupación funcional de unidades docentes, agrupaciones territoriales docentes de recursos sanitarios u otras entidades, creadas a iniciativa de las comunidades autónomas, para la formación de especialistas en ciencias de la salud."**

Es una definición muy barroca y no sabemos si explicativa. De tanto querer abarcar las múltiples situaciones, al final no se entiende e induce a la confusión

Básicamente existen dos grandes modalidades de Comisiones de Docencia. Las comisiones de docencia de Centro (suelen ser hospitales) que agrupan diferentes especialidades cuyo ámbito de desarrollo se efectúa básicamente en un centro (hospital) y las Comisiones de Docencia de Unidad que se ocupa básicamente de una especialidad, con volumen importante de especialistas en formación y cuyo ámbito de desarrollo es múltiple con diversos entornos docentes (centros de salud, hospitales, etc.). De manera esquemática puede decirse que la primera modalidad es de un centro con muchas especialidades y la segunda de una especialidad con muchos centros.

El texto dice:

**"Con carácter general, las comunidades autónomas constituirán comisiones de docencia de centro que agrupen las unidades docentes de las distintas especialidades en ciencias de la salud que se formen en su ámbito, sin perjuicio de aquellos supuestos en los que resulte aconsejable la creación de una comisión de docencia de unidad por la especial naturaleza de la misma. "**

Estos supuestos que quedan apartados y parecen secundarios engloban a las UDD de MFyC que casi forman al 40% de los residentes. Su aparente homogeneidad no les resta nada en su importancia, por lo que

Debe decir:

"Con carácter general, las comunidades autónomas constituirán comisiones de docencia de Centro que agrupen las distintas especialidades en ciencias de la salud que se formen en su ámbito, así como comisiones de docencia de Unidad en las especialidades que así lo aconsejen por su especial naturaleza, multiplicidad de entornos formativos y volumen de residentes a formar. "

## **ARTÍCULO 10.**

Se propone la siguiente nueva redacción:

### *Funciones de las comisiones de docencia.*

Sin perjuicio de las competencias que corresponden a las comunidades autónomas y de las disposiciones que regulan con carácter general el régimen de los órganos colegiados, corresponde a las comisiones de docencia:

1. La aprobación de la planificación, organización del programa formativo así como los calendarios anuales de rotaciones, guardias y de cursos, seminarios y talleres, supervisando su aplicación práctica. En el caso de las Comisiones de docencia de centro aprobar una guía o itinerario formativo tipo de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito. Dicha guía se ajustará a los objetivos del programa oficial de la especialidad y a las características específicas de cada centro o unidad.

2. La aprobación del Plan Evaluativo Global del Centro o de la Unidad. Las comisiones de docencia preverán en el marco del Plan Evaluativo Global los procedimientos de acreditación y reacreditación de tutores.

3. La organización y gestión de las actividades relativas a la formación de especialistas que se lleven a cabo en sus respectivos ámbitos de actuación así como el control del cumplimiento de los objetivos que conforman sus programas de formación.

4. Aprobar el protocolo de supervisión y de evaluación formativa de los residentes al que se refiere el artículo 24 de este real decreto.

Las funciones están más pensadas para Hospital por lo que hay que tener en cuenta lo que hace hasta ahora la comisión asesora de MFyC. Se incluye en el punto uno un párrafo que se une con el 3 del proyecto. Se incluye así mismo un punto 2. Entendemos que las Comisiones de docencia deben ser oídas en cuanto al establecimiento de criterios de acreditación y reacreditación y deben ser partícipes directas de los procedimientos para la acreditación y reacreditación de tutores y otras figuras docentes

Las comisiones de docencia han perdido funciones trascendentes como son las de ser oída en la designación del Jefe de Estudios y como es la de proponer y desarrollar los criterios y procedimientos para la acreditación y reacreditación de tutores. Consideramos que ambas deben ser recuperadas.

## **ARTICULO 10 APARTADO E**

En el segundo párrafo del apartado e) se refiere no a la repetición del año sino al periodo de recuperación

El supuesto de año completo ya esta definido en el punto anterior

## **ARTICULO 10**

Que desaparezcan del articulado, por haberse integrado en otros artículos los apartados 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13 y 14 del borrador

## **ARTICULO 11**

La presidencia de las comisiones de docencia corresponderá, según su ámbito, al jefe de estudios o figura equivalente como es el caso de coordinador de unidad docente.

No están incluidos en las Comisiones de docencia como miembros de ellas los técnicos de salud o técnicos de docencia, cuando entendemos que si deben de estar tal y como ha estado hasta ahora en las comisiones asesoras y donde se ha demostrado el papel que pueden jugar.

Por otro lado entendemos que el vocal en representación de la comunidad autónoma que refiere el apartado 3 debe de serlo del órgano de la Comunidad Autónoma competente en materia de formación sanitaria especializada

## **ARTICULO 12**

Debe de quedar claro que el coordinador de la unidad docente de medicina de familia es el jefe de estudios en su ámbito, las comisiones de docencia de unidad que han sido definidas antes.

## **ARTICULO 13**

No encontramos a lo largo del artículo las **medidas de incentivacion** que figuran en el título del artículo. Es muy importante que vengan referidas en un texto legal de estas características: económicas, temporales, reconocimiento profesional...

Nos parece que el "tablón de anuncios" es un poco obsoleto en la actualidad.. Podría formularse:

“Ordenar la inserción en el tablón de anuncios o mediante otros canales de comunicación fiables de los avisos y resoluciones de la comisión de docencia que requieran publicación”.

## **ARTICULO 15 PUNTO 3**

Entendemos que un tutor puede tener 1 residente, por lo que proponemos que quede redactado diciendo que "tendrá asignados no más de 5 residentes"

## **ARTICULO 15 PUNTO 4**

Pensamos que el nombramiento del tutor debe de hacerse por el órgano directivo del dispositivo al que pertenece el tutor, y no donde se ubique la comisión de docencia.

## **ARTICULO 17**

Por otro lado vemos necesario que este artículo se haga extensivo también a las figuras del jefe de estudios, del colaborador docente y del técnico de salud o técnico de docencia. Son figura que también necesitan de mejoras en sus competencias y de incentivación.

### **ARTÍCULO 18.**

*El Colaborador Docente. Concepto y funciones.*

1. Los colaboradores docentes son **profesionales** en activo de los distintos dispositivos por los que rotan los residentes que, sin ser tutores de la especialidad del rotante, colaboran de forma significativa en su formación asumiendo la orientación, supervisión y control de las actividades realizadas durante la correspondiente estancia formativa en la unidad asistencial/dispositivo de que se trate, no requiriéndose, por tanto, que ostente el título de especialista del rotante.

**Explicación:** Hay programas formativos en los que los colaboradores docentes no son especialistas sino trabajadores sociales, fisioterapeutas, personal de enfermería...como es el caso del programa formativo de MFyC, por lo que se propone cambiar especialistas por profesionales.

### **ARTÍCULO 19.**

Se propone también la denominación de técnicos de docencia

### **ARTÍCULO 23.**

Sustituir pregrado por grado, como se ha hecho en otros artículos de este proyecto y siguiendo el EEES.

### **ARTÍCULO 27**

Entendemos que el apartado d) de este artículo debe de quedar redactado de la siguiente manera:

"Positiva Excelente: Cuando se han cumplido los objetivos formativos previstos como excelencia, si el programa formativo los describe, o muy por encima de lo previsto por este, si no los describe"

Esta afirmación ha de cambiarse ya que el programa formativo de MFyC prevé lo suficiente denominado Prioridad I, lo destacado Prioridad II y Excelente Prioridad III. Se propone:

### **ARTÍCULO 28**

Al igual que en las comisiones de docencia los técnicos de salud o de docencia han desempeñado un papel muy importante en los comités de evaluación por lo que consideramos que son figuras que deben de pertenecer a los mismos.

## ARTÍCULO 29

.El texto dice": *Evaluación de las rotaciones externas y su autorización.*

3. Las rotaciones externas que cumplan los mencionados requisitos, además de tenerse en cuenta en la evaluación formativa y anual, se inscribirán en el libro del residente y **darán derecho a la percepción de gastos de viaje** de acuerdo con las normas que resulten de aplicación a las entidades titulares de la correspondiente unidad docente."

No sabemos si se ha valorado convenientemente este tema. La percepción de gastos va a hacer que se remunere (y por lo tanto se incentive) una actividad que siempre debe ser complementaria frente a otras que son obligatorias y generan gastos (como es el gasto de desplazamiento al medio rural durante tres meses de los residentes de MFyC) Con esto se puede llegar a ver que algunos residentes prefieran hacer su rotación rural en Suecia, Finlandia o Canadá, que por cierto son muy buenas y tener derecho a la percepción de reintegro de gastos que no van a tener si se van a Mayorga de Campos o Vitigudino.

## ARTÍCULO 31

El texto dice: "*Supuestos de evaluación anual negativa.*

3. Evaluación anual negativa debida a reiteradas faltas de asistencia no justificadas, a notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación."

Tal y como está formulado este epígrafe da la impresión que la suspensión de contrato está vinculado a la evaluación anual (como ya estaba anteriormente). Deberían quedar claro aquí los motivos de rescisión de contrato de un residente que son los mismos que para cualquier otro trabajador. Consideramos que, por ejemplo, las reiteradas faltas de asistencia no justificadas al trabajo son faltas muy graves que no deben obligatoriamente prolongarse en el tiempo hasta que se haga la evaluación anual. Así también el hecho de no ser apto en el reconocimiento médico que a veces se efectúa cuando ya está firmado el contrato es también causa de rescisión de contratos.

**Este es un marco excelente y una buena oportunidad para legislar ante los casos que a todos nos preocupan de los residentes con problemas de salud mental. ¿Quién debe hacer los informes? ¿Qué se hace ante un informe sobre un problema de salud mental que afecta a la función normal de un servicio y pone en riesgo la salud del residente, de sus compañeros y la de los pacientes? ¿Quién lo vigila, quién lo rehabilita y valora la posibilidad de reinserción?.**

**Consideramos que no debe dejarse pasar esta excelente oportunidad para crear un marco de evaluación y solución de estos problemas.**

## ARTÍCULO 33

Debe de figurar en el articulado un plazo concreto para que en el se elaboren las nuevas fichas, formularios o instrumentos de evaluación así como unas instrucciones claras para su uso e implementación

### **ARTÍCULO 34**

El texto dice: "*Evaluación final y sus revisiones.*

2. Los interesados que no estén de acuerdo con la calificación obtenida en su evaluación final, ya sea positiva o negativa, podrán solicitar su revisión ante la propia Comisión Nacional en el plazo de diez días desde su notificación y/o publicación. Dicha revisión consistirá en la realización de una prueba dentro de los treinta días siguientes a partir de la recepción de la solicitud. Tras la realización de dicha prueba la Comisión Nacional decidirá la calificación definitiva del período de residencia por mayoría absoluta de sus miembros."

La experiencia y la revisión de la profusa literatura al respecto demuestra que estas pruebas deben ser pruebas de competencia y no de conocimientos. Una prueba de competencia no se confecciona en 30 días a no ser que haya una sistemática muy bien "desarrollada" que lo permita

Por lo que este tema podría quedar redactado de la siguiente forma

Dicha revisión consistirá en la **propuesta** de una prueba dentro de los treinta días siguientes a partir de la recepción de la solicitud

### **ARTÍCULO 37**

Incluir en la ultima línea referencia a la plaza concreta en la que quiere hacer el cambio

Quedaría redactado así. "...un número de orden que le hubiere permitido acceder, en dicha convocatoria, a la plaza concreta de la especialidad a la que pretende cambiar. "

O sea, que podía entrar en la especialidad pero también en ese centro o unidad

### **DISPOSICIONAL ADICIONAL PRIMERA**

Se debe transcribir en el apartado 2 lo que dice el programa aprobado de la especialidad de MFyC:

2. Hasta que concluya el proceso de homologación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria regulado por el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, podrán ser tutores de dicha especialidad, aún cuando no sean especialistas, los licenciados en Medicina con anterioridad al 1 de enero de 1995, siempre que **acrediten el perfil profesional descrito en el programa oficial de la especialidad**, ejercicio profesional continuado y experiencia docente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA QUINTA**

El Texto dice: ". Normativa aplicable a las pruebas de acceso.

c) Para ser adjudicatario de una plaza en formación sanitaria especializada se requerirá que la puntuación particular obtenida en el ejercicio de contestaciones múltiples sea positiva, quedando por tanto excluidos de la prueba selectiva aquellos aspirantes que no cumplan esta condición."

Es una redacción confusa. ¿Qué quiere decir una puntuación particular positiva? El último candidato en poder obtener plaza en el acceso al MIR 2005 tuvo 28 puntos. ¿Es esta una nota positiva?

Debería formularse de otra manera por ejemplo:

"la puntuación particular obtenida en el ejercicio de contestaciones múltiples supere la puntuación mínima establecido por las comisiones calificadoras de las pruebas para el apto."

Es muy importante para que la convocatoria MIR no pierda el prestigio que se ha ganado a lo largo de los años que su superación tenga un cierto marchamo de "dificultad"

## **OTRAS CUESTIONES A TENER EN CUENTA**

Hay asimismo cuestiones importantes que esta CN quiere reseñar:

1. - No se limita el acceso a los candidatos. El art. 23 de la LOPS dice: "los especialistas en ciencias de la salud con al menos 5 años de ejercicio profesional podrán obtener un nuevo título de especialista en especialidad del mismo tronco"(art. 23). Esto puede querer decir que antes no se debe optar a otra plaza.
2. Se debe limitar las renunciaciones y su posterior acceso a otra especialidad a casos **contemplados por ley**. Genera problemas organizativos en las UDD y distorsiona las tutorizaciones el porcentaje elevado de renunciaciones anuales que se producen. Como mucho no debería permitirse más que una única vez .
3. Debe de figurar referencia a la necesidad de que los residentes sean encuadrados dentro de todo el trabajo que realizan los servicios de prevención de riesgos laborales, ya que son ellos muchas veces los encargados de los reconocimientos iniciales, o posteriores que llevan a un NO APTO inicial o a una posible "inhabilitación".
4. El RD deja muy clara la evaluación del residente, pero no tanto la de los tutores ni la de las UDD ni de las Comisiones de Docencia
5. Se delegan muchas responsabilidades a las CCAA, con el riesgo de diferencias en la calidad de la formación entre las distintas CCAA. Tiene que haber un mínimo común en la estructura y en los procesos formativos, así como de definición y funciones de todas las UDD, como garantía de calidad, consensuado entre las CCAA y comunes a todo el Estado. Esto no quita ni resta funciones a las CCAA y sin embargo garantiza cierto nivel de homogeneidad en todo el territorio en un tema tan trascendente como es la formación de sus futuros especialistas y la libre circulación de profesionales.