

La Asamblea General del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), reunida en convocatoria ordinaria el día 24 de abril de 2010 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla la Mancha, con respecto a la propuesta de reforma de la Formación Sanitaria Especializada acuerda:

Preliminares:

- 1.- Proponemos se continúe la evaluación y discusión de la propuesta del Grupo de Troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial por parte de los distintos estamentos implicados, seguida del estudio de las modificaciones que se propongan con el objetivo de llegar al máximo consenso posible.
- 2.- Dado que la propuesta inicial se publicó el 30 de junio de 2008, aun queda un largo camino por recorrer hasta que se produzca la reforma del sistema de Formación Sanitaria Especializada. No ha habido tiempo suficiente para la reflexión ni el consenso de los estamentos implicados, siendo esto imprescindible para el buen funcionamiento y puesta en marcha de la troncalidad. El CEEM manifiesta su disposición a colaborar en el diseño y desarrollo de la propuesta definitiva, considerando además necesaria su participación en el proceso.
- 3.- Consideramos que se ha perdido la oportunidad de aprovechar la reforma de los planes de estudio de Título de Médico en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior para asegurar un auténtico *continuum* formativo entre la etapa de la facultad y la Formación Sanitaria Especializada de forma que se hubieran integrado los contenidos troncales con las competencias de la titulación.
- 4.- La formación troncal en ningún caso debe ir en detrimento de una formación especializada de calidad. Reclamamos la adopción de las medidas oportunas, con las de revisión los programas formativos y mejora de las condiciones para que, con el consenso de las Comisiones Nacionales, se garantice el máximo nivel de competencia profesional.

Sobre la agrupación de las especialidades en troncos:

- 5.- Reclamamos la elaboración de un catálogo de las competencias propias de cada especialidad. Cuando se disponga de dichos catálogos, las comisiones nacionales podrán trabajar conjuntamente para acordar los contenidos del período troncal, y trasladar las competencias definidas a los correspondientes currículos de tronco y especialidad.

- 6.- Solicitamos, como criterio esencial para la implantación de la troncalidad, la revisión de las competencias a alcanzar durante el período troncal con la finalidad de que no se solapen con las del titulado en Medicina, para rentabilizar al máximo el período de formación especializada sin redundar en los contenidos.
- 7.- Consideramos que, con el objetivo de evitar la disminución en el tiempo de formación específico de cada especialidad y conforme a la propuesta de agrupación en base a competencias, debería reconsiderarse la propuesta de organización de los troncos, buscando una mayor diversificación con troncos más numerosos y menos generales, cada uno de los cuales permita acceder a un número más reducido de especialidades. Creemos que para ello se debe tener en cuenta la opinión de cada Comisión Nacional de Especialidad.

Sobre las Unidades Docentes Troncales y la formación troncal:

- 8.- Consideramos absolutamente necesario que se establezcan los estándares mínimos de calidad para acreditar las unidades docentes. Solicitamos se pongan los medios para que los centros asistenciales que a día de hoy no reúnen los criterios establecidos para acreditarse como unidades docentes, los cumplan en el momento de implantarse la troncalidad, y así disponer del mayor número posible de instituciones sanitarias para realizar todo o parte del período troncal. Proponemos que se articulen medidas que garanticen que las unidades docentes mantengan a lo largo del tiempo éstos estándares por los que fueron acreditadas y demandamos que la implantación del nuevo sistema de la troncalidad se condicione a la garantía de que todas las unidades docentes estén preparadas académica, organizativa y administrativamente para llevar a cabo el cambio.
- 9.- Exigimos que durante el tronco se reconozca al especialista en formación como residente a efectos académicos, laborales y económicos.
- 10.- Consideramos necesaria la definición de cronogramas homogéneos que se apliquen en las unidades docentes y que contemplen las rotaciones obligatorias del período troncal por las mismas especialidades en distinto orden. Estas rotaciones serán aquellas que las Comisiones Nacionales de Tronco consideren que proporcionan una formación más integral del residente.
- 11.- Proponemos sea función del tutor de residentes distribuir las estancias electivas de forma consensuada con ellos, contando siempre con la supervisión de un órgano externo que garantice la equidad entre todos los residentes y resuelva posibles situaciones de conflicto, siendo imprescindibles una serie de criterios de valoración objetivos, como podrían ser la formación previa adquirida, actividad docente e investigadora, el número de publicaciones y cursos realizados en dicho área y, si hiciera falta, teniendo en consideración la nota MIR.

- 12.- Asimismo, demandamos, la definición clara y estructuración de las áreas de capacitación específica (ACE) que exponen los informes de troncalidad como un elemento necesario de la troncalidad, y se dispongan coordinadamente a la formación troncal, como requisito para una mejora de la formación especializada de los residentes.
- 13.- Solicitamos se establezca un sistema de evaluación continua del periodo troncal que sea común para todos los centros, de acuerdo a los criterios de evaluación establecidos por la correspondiente Comisión Nacional de Tronco. Este sistema evaluará que el residente cumple progresivamente los objetivos marcados por el programa formativo del tronco de forma integrada, con una calificación final anual de apto/no apto.
- 14.- **Rechazamos enérgicamente la realización de una segunda prueba** al finalizar el período troncal.

Sobre la elección y adjudicación de plazas de Formación Sanitaria Especializada:

- 15.- El único sistema que garantizaría una elección más informada de especialidad sin mermar la libertad de opción del aspirante sería una Convocatoria Nacional de Plazas al finalizar el período troncal, distribuyéndose éstas en función de la nota MIR con la que se accedió al tronco. Este sistema sólo sería aceptable si la convocatoria fuera nacional, dado que la limitación a unidades estructurales de menor rango (Unidad Docente o autonomía) supondría una inasumible pérdida en la libertad de elección.
- 16.- Si administrativa y organizativamente esta propuesta fuera inviable, proponemos un sistema de adjudicación de plaza de Médico Interno Residente con **cuatro componentes: unidad docente, tronco, itinerario formativo, y especialidad tras la prueba de acceso y antes de comenzar el periodo troncal.** En las especialidades que no estén vinculadas con ningún tronco, únicamente se elegirán tres componentes: unidad docente, itinerario formativo y especialidad. Asimismo, dado que el peso de la adjudicación recaería en la prueba de acceso a la formación sanitaria especializada, reiteramos nuestra defensa de una evaluación objetiva de habilidades prácticas clínicas y de comunicación como parte del examen MIR.
- 17.- Solicitamos estrategias viables que definan un sistema de elección que asegure que los residentes al final del período troncal puedan optar a un cambio de la especialidad elegida originalmente entre los aspirantes de una misma convocatoria, dentro de las del propio tronco y sin repetir la formación troncal y que de esta forma se aplique, mantenga y garantice la elección informada de especialidad establecida como principal ventaja en la implantación de la troncalidad.

- 18.- Solicitamos se regulen los mecanismos de acceso al tronco y la especialidad para aquellas situaciones en que el residente no se incorpore a la plaza inmediatamente después de finalizar el período troncal, teniendo en cuenta que la nota del examen MIR de distintas convocatorias no se puede equiparar.
- 19.- En cuanto a la reespecialización, solicitamos que se contemple explícitamente la posibilidad de, una vez terminada la residencia, realizar otra especialidad del mismo tronco tras haber cumplido como mínimo dos años de ejercicio profesional. Además, proponemos que se regulen los criterios exigibles a aquellos que accedan a una reespecialización, siendo adecuado que uno de ellos fuese priorizar a los candidatos con un menor número de especialidades.
- 20.- Tanto las plazas de reespecialización como las vacantes por renuncia, cambio o no incorporación ofertadas no deberían ir en detrimento del número de plazas disponibles para los médicos que inician su Formación Sanitaria Especializada.

Como reflexión general, el tiempo no debe limitar las posibles mejoras a introducir, sino que la instauración del modelo se debe supeditar a la garantía de que se realice de la manera más satisfactoria posible.