

Ponencia

LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PRESENTE Y FUTURO



Ponente: D. Javier Castrodeza Sanz

Director General de Ordenación Profesional

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

PRESENTADOR: Al plantear preparar un Congreso, el Comité Organizador va buscando los temas oportunos, y el doctor Castrodeza apuntó: “Necesito tener unos minutos para exponer una realidad que se nos viene encima y afecta a la organización de los hospitales”. Y, así, va a hablar sobre el nuevo modelo de formación especializada, de vía MIR; la adecuación del Sistema Nacional de Salud al nuevo Decreto de Troncalidad, y cómo va a afectar a los profesionales de la gestión sanitaria. El doctor Castrodeza insistía para que, aunque estuvieran cinco gerentes, nos fuéramos impregnando de la necesidad de ir adaptándonos al modelo de Troncalidad porque, además de implicarnos directamente, puede favorecer o perjudicar la acreditación de determinadas unidades. Nos tenemos que adaptar porque, aunque sea una orden del Ministerio, y luego cada Comunidad Autónoma tenga la posibilidad de ir modulándolo en el tiempo, nos va a llegar sí o sí y, por tanto, nos hará tener una visión distinta de lo que es la formación. Comentábamos, antes de comenzar, la necesidad de tener buenos profesores y tutores implicados en la docencia. Nuestra obligación, como profesionales sanitarios, no sólo es asistencial, sino que tenemos que transmitir el conocimiento, es fundamental, siguiendo el juramento hipocrático que nos lo marca.

“El modelo de formación especializada tiene un recorrido complejo, con mucho debate, pero la realidad es que el día 6 de agosto se publica el Real Decreto de Troncalidad, o nuevo modelo de Formación Especializada del Sistema Nacional de Salud”

Javier Castrodeza

JAVIER CASTRODEZA SANZ Quiero transmitir un mensaje que, espero, empiece a calar. El modelo de formación especializada tiene un recorrido complicado, complejo, con mucho debate, idas y venidas, opiniones disonantes o consensuadas, pero la realidad es que el día 6 de agosto se publica el Real Decreto de Troncalidad, o nuevo modelo de Formación Especializada del Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto no es fruto de un apasionamiento de una mañana de trabajo de este Ministerio, es un trabajo que se venía gestando desde el año 2003 que la LOPS (Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias) lo articula. Otros Gobiernos, como el socialista, estuvieron trabajando seriamente en él aunque, por unas u otras razones, no pudo ver la luz. Retomamos ese escenario y hemos logrado un nivel de consenso bastante aceptable pero, evidentemente, uno no puede esperar la aprobación de todas las sociedades, grupos de opinión o de presión, porque sería imposible.

Hemos alcanzado lo que parecía imposible: que el Consejo Interterritorial tenga un amplio consenso. La única Comunidad que puso algunos reparos fue Andalucía, porque tenía un esquema distinto, pero el resto de Consejerías apoyan incondicionalmente este modelo que ha pasado dos veces el Consejo de Estado. Y, por eso, es tremendamente importante que, ustedes los profesionales de la gestión sanitaria, se den cuenta que este modelo les puede introducir elementos de reflexión, les va a obligar a tomar decisiones, a proponer sus opiniones, porque, yo soy hombre de hospital y universidad, he llegado a un conocimiento: El residente juega un papel tremendamente estratégico para el funcionamiento de un hospital, ya sea universitario o no. Y los gerentes, mientras las cosas

funcionan, no tienen problemas pero, el día que reciben una carta en la que se ha desacreditado una unidad por incumplimiento de unas normas, o se reduce la plantilla, la oferta de los residentes, empiezan a tener ciertos problemas. Ese residente ya no aparece, no está la cara de trabajo, lo tiene que hacer otro, el adjunto no tiene la compañía que le ofrece un residente, el jefe de servicio tampoco tiene la compañía que le hacía el residente para determinados problemas, y esto va en cascada, hacia adelante o hacia atrás.

Mi presencia aquí obedece a un objetivo, dado que este Congreso reúne a los directores del Sistema Nacional de Salud, los operativos, no los políticos que estamos en los despachos, creo que, entre ustedes, deben hablar mucho de este tema y yo, mientras esté en la Dirección General de Ordenación, y sea mi competencia, me tendrán a su disposición para recorrer media España haciéndoles partícipes de un análisis, una reflexión. Como en todo, habrá cosas buenas, menos buenas, malas o que mejorar.

“Estamos perdiendo una dimensión importante de que no tenemos enfermedades, tenemos personas enfermas. Y este modelo trata de poner en valor que el centro del Sistema Nacional de Salud son los pacientes”

La Troncalidad no es otra cosa que pretender, por encima de todo, que el residente adquiera una serie de competencias, nucleares y comunes de varias especialidades de ciencias de la salud, durante un periodo de tiempo de su formación. Hasta ahora, el modelo de formación, que es bueno, se estaba atomizando. Desde el primer momento había residentes que tenían sarpu-

llidos si les poníamos en contacto con un electro, si no se iban a dedicar a la Cardiología, o a interpretar una bioquímica, si no iban a ser endocrinólogos. Entonces, cada vez más, esa atomización hace que asistamos al proceso asistencial desde la óptica de la enfermedad: “Esto es mío, esto es tuyo, esto no es mío, esto no me pertenece, haz una interconsulta”, y estamos perdiendo una dimensión importante de que no tenemos enfermedades, tenemos personas enfermas. Y este modelo lo que trata es de poner en valor que el centro del Sistema Nacional de Salud son los pacientes.

En una carga tan larga de seis años en la Facultad, más cinco de especialidad, no podemos, al final de un itinerario, tener un profesional que sólo sepa de la técnica, nos haría plantearnos una reflexión: ¿Necesitamos once años, con el coste de inversión que lleva para un país, para aprender una cosa? Esta Troncalidad, se dice tronco porque hay una parte común, ha sido lo que se ha trabajado. Hay un periodo común de formación, que forma parte del periodo de especialización. No van a hacer un tronco y luego la especialidad, no, la especialidad tiene una parte común a otras especialidades. Les invito a que revisen los programas, de cada una de las especialidades, publicados en el BOE. Ese tronco común tendrá una duración variable de 24 meses, más menos seis, en función de lo que dicten las Comisiones Nacionales de las especialidades que están dentro de ese tronco.

Inicialmente este Real Decreto tiene cinco troncos: Médico, Quirúrgico, Imagen, Laboratorio y Psiquiatría. Hemos procurado siempre buscar un modelo que consensue la posición de todo el Sistema Nacional de Salud porque estamos formando especialistas para que trabajen, la gran mayoría,

dentro del Sistema Nacional de Salud, donde se van a formar. Es verdad que el papel lo soporta todo pero, cuando uno haga un programa, tiene que ser consciente de dónde se van a desarrollar cada uno de los itinerarios construido. No sea que, guiados de un apasionamiento profesional, legítimo por otra parte, construyamos programas que, cuando vayamos a desarrollarlos, nos quedemos con dos unidades potencialmente acreditables en el Sistema Nacional de Salud. Tenemos que hacer programas coherentes, le corresponderá a las Comisiones Nacionales, de acuerdo a las necesidades asistenciales que tienen los ciudadanos que van a ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud.

“La Troncalidad no es otra cosa que pretender, por encima de todo, que el residente adquiera una serie de competencias, nucleares y comunes de varias especialidades de ciencias de la salud, durante un periodo de tiempo de su formación”

Lo que se pretende es centrar la formación en los pacientes, es decir, evoluciona el modelo de los especialistas del Sistema Sanitario hacia los pacientes, este es un mensaje fundamental. Este Real Decreto sigue teniendo Cardiología, Endocrinología, Cirugía Neurológica, Psiquiatría, todas las especialidades. España es de los países que más especialistas, o especialidades, tienen en su Sistema Nacional de Salud. Lo único es que tenemos que cambiar el proceso de formación teniendo, dentro de esa especialidad, un periodo común a otras y un periodo específico. Este Real Decreto dice que las especialidades se regularán, en cuanto a sus programas, por lo que determinen las Comisiones Nacionales corres-

pondientes, es decir, el Ministerio no va a determinar los programas, lo van a hacer las Comisiones en donde hay representantes de sus hospitales. Hay nueve miembros facultativos y dos residentes. De esos nueve, cuatro son a propuesta de las Comunidades, dos del Ministerio de Educación, dos de las sociedades científicas y uno de la Organización Médica Colegial. Ustedes, que son representantes de todo el abanico nacional, debieran preocuparse de que sus candidatos a esas Comisiones sean personas implicadas y preocupadas por la docencia, líderes dentro de sus organizaciones. El mejor capital que tiene una organización es el humano. Procuremos, entre todos, seguir teniendo buenos profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud.

Las especialidades van a tener su programa, la duración va a ser determinada por las Comisiones Nacionales, un periodo común y una parte específica. Una especialidad tendrá los años que determine, razonablemente, el programa que apruebe la Comisión Nacional en el Consejo Nacional de Especialidades, y lo referente al Consejo Interterritorial, y nunca inferior a lo que marque Directiva Europea para que esa especialidad no tenga problema de reconocimiento a nivel europeo. Dentro de ese programa habrá lo que objetivamente, racionalmente, sea necesario para formar a un residente para que desembarque en el Sistema Nacional de Salud. Además, tiene que ser un programa que contemple la estructura del Sistema Nacional de Salud español, todo no es Barcelona, Madrid, Sevilla, Bilbao, tenemos unidades repartidas por toda la geografía.

Al saludar a una Comisión Nacional digo: ‘Hagan el programa pero piensen que los primeros, si sigo de director general, que

van a pasar el tamiz de la acreditación, son las unidades de las que ustedes proceden, porque no vayamos a hacer un programa donde no seamos capaces ni de soportar la acreditación, la revisión de la acreditación, en nuestras propias unidades’.

Este Real Decreto, Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, crea nuevas especialidades y Áreas de Capacitación Específica. Las Áreas de Capacitación Específica permiten una súper-especialización de nuestros profesionales. Esto ha sido motivo de cierto debate porque, cuando apareció este término, quien más o quién menos pensaba que aquí iba a tener la solución de un pequeño núcleo de conocimientos atomizados, de un apartado de su formación matriz, para hacer un Área de Capacitación Específica.

Las Áreas de Capacitación Específica deben ser áreas dedicadas a aspectos nucleares importantes que, por desarrollo tecnológico, por desarrollo organizativo, los sistemas nacionales, o Sistema Nacional de Salud y las Comunidades Autónomas, consideran necesario especializar, súper-especializar a su profesional dentro de estos conocimientos. Las Áreas de Capacitación Específica, que se doten, tienen que estar financiadas, por tanto, tendrán que llevar presupuesto (capítulo I). Esto es importante porque, cuando uno no es profesional de la gestión sanitaria, se lo cuento a ustedes porque siempre digo a los otros, no hay que hacer tantas plazas, hable usted con su gerente, si tiene presupuesto, o con su director general o de Recursos Humanos de su Comunidad, o su consejero. Las Áreas de Capacitación Específica, que se pueden crear, van a tener que ser áreas revisables, estudiadas, necesarias, financiadas, porque el Sistema Nacional de Salud detecta esa necesidad.

Inicialmente se han creado cuatro Áreas de Capacitación Específica: Enfermedades Infecciosas, Urgencias y Emergencias, Neonatología y Hepatología, dado que es un órgano que tiene gran trascendencia y va a adquirir más, desde hace meses hay un debate sobre las nuevas moléculas antivirales, de la hepatitis C. De ellas, en mi modesta opinión, la más indicada pudiera ser Neonatología, porque es probablemente la que tiene un campo científico más específico. Éstas son las cuatro primeras Áreas de Capacitación que aparecen en el Real Decreto, no van a ser las únicas, se pueden crear a través de un proceso de modificación del Real Decreto, previa aprobación por el Consejo Interterritorial.

“Las Áreas de Capacitación Específica permiten una súper-especialización de nuestros profesionales. Inicialmente se han creado cuatro: Enfermedades Infecciosas, Urgencias y Emergencias, Neonatología y Hepatología”

También este Real Decreto crea cuatro variantes o nuevas especialidades. Genética Clínica, una especialidad muy demandada, que se integra en el tronco de Laboratorio, con la finalidad de optimizar los recursos. Se crea en el tronco de Laboratorio porque éste surge de la suma de las especialidades Multiprofesionales. Análisis Clínico, Inmunología, Microbiología, son especialidades a las que se puede acceder desde Medicina, Farmacia, Química, Biología, etcétera. Se llama Genética Clínica, no Genética Médica.

La Psiquiatría del Niño y del Adolescente era una necesidad, muy demandada, porque los servicios de psiquiatría ya estaban funcionando con unidades específicas.

Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria da un giro, porque estamos hablando de la adherencia terapéutica, que no empieza y termina en el ámbito hospitalario. Empieza con una prescripción y se continúa en el ámbito de Atención Primaria. Hay magníficos profesionales de Farmacia que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria tomando decisiones importantes en la planificación de la medicación, en el control del gasto, en la racionalización de los productos, en la adherencia terapéutica, y ésta también ha sido una especialidad que ha tenido cierto debate.

“Hay magníficos profesionales de Farmacia que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria tomando decisiones importantes en la planificación de la medicación, el control del gasto, la racionalización de los productos, la adherencia terapéutica”

En este Real Decreto de Troncalidad hemos juntado dos especialidades que estaban puerta con puerta e, incluso, planteaban a veces problemas de convocatorias o concurso de plazas. En estos momentos son equivalentes y, desde el 6 de agosto, un ciudadano que sea Analista Clínico puede concursar a una plaza de Bioquímica Clínica, y a la inversa. Esa fusión ayudará a una mayor racionalización de los servicios.

¿Qué cambios implica este Real Decreto de Troncalidad? El primero, que va a haber nuevos programas oficiales de cada una de las asignaturas de las especialidades. No se van a reinventar las especialidades, la taquicardia aparecerá, la fibrilación auricular tendrá que formar parte del programa, pero van a ser programas basados en competencias, no solamente en conocimientos.

Van a ser programas donde, de alguna forma, el profesional tendrá que demostrar a sus tutores que sabe hacer, que sabe identificar, que sabe manejarse, no que conoce sino que sabe hacer. Esto sí va a experimentar un cierto cambio, luego se va a aplicar en el entorno organizativo de un centro hospitalario, donde ustedes tienen que hacer una apuesta decidida porque a los tutores se les reconozca su labor. Hay que dar un paso decidido para que el tutor sea un profesional reconocido dentro de la organización. Ya veremos qué mecanismos hay para ese reconocimiento, porque creo que, si no hay esos tutores, y no hay una decisión clara, el sistema formativo seguirá funcionando pero irá perdiendo, poco a poco, cierta calidad.

Habrá que elaborar los programas de las ACEs y de las nuevas especialidades, habrá que establecer criterios de evaluación de residentes, cada vez más va a ser necesario, no solamente quedarnos en la evaluación de positivo o negativo, y justificar el informe negativo, sino un proceso más monitorizable de evaluación del residente. La cultura de la evaluación, cada vez más, es necesaria dentro de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Ustedes, cuando eligen un profesional, les gustaría tener más información de cómo, en su vida, ha demostrado lo que dice conocer, las competencias que dice saber y dominar. Vamos a trabajar con las Comisiones para establecer los criterios de evaluación, se va a hacer una nueva estructura de Libro del Residente, a intentar dar un paso decidido para que no sea ese documento que llevamos, o lleva el residente, en la bata, donde le vamos firmando todas las sesiones... Se van a redefinir los criterios de acreditación inicialmente cuando entre en vigor el nuevo modelo de formación, que tenemos

para preparar de 6 de agosto del año 2014 a 6 de agosto de 2016. Si hemos hecho bien las tareas durante este tiempo, la convocatoria 2016-17 podrá ir bajo el formato de una convocatoria de Troncalidad.

Es importante que vayan pensando en sus organizaciones, estructurando cómo tiene encaje este nuevo modelo, qué dificultades van a tener. Hemos hablado con las Comunidades Autónomas, mantenido una reunión con todos los directores generales de Recursos Humanos, debatiendo este tema. Vamos a seguir trabajando para ver cómo nos preparamos para que el aterrizaje, del nuevo plan de formación, sea lo más suave posible y no nos perjudique, ni a la organización ni al propio objeto del plan, que es la formación de los residentes, porque va a haber momentos en los que haya que coexistir entre residentes, como en todos los planes de formación, unos están por un modelo y otros vienen de otro modelo.

Programas de formación de tutores son importantes pero, si el gerente no da valor a sus tutores, dudo que el director general, por interés que tenga, les dé valor y, por mucho que éste se empeñe, su consejero tampoco les va a dar valor y, por mucho que se empeñe ese consejero, van a estar poco valorados a nivel del Sistema Nacional de Salud. Los tutores son un eje fundamental, con ellos, con determinadas asociaciones, estamos trabajando para ver cómo se reconoce su trabajo y se les prepara. Hay que hacer una adaptación de la estructura formativa, pero no es muy compleja porque hospitales y Comunidades Autónomas lo tienen. Es verdad que hay Comunidades Autónomas, tres o cuatro, que han publicado ya decretos propios de ordenamiento de la organización docente, pertenezco a la de Castilla y León y ahí se ha publicado.

Que una Comunidad no tenga un decreto, que regule esto, no es óbice para trabajar porque existe un Real Decreto del Ministerio que articula el funcionamiento de estos procesos de formación. Por tanto, tenemos legislación de la que colgar las actuaciones.

También habrá una modificación de las rotaciones externas. Las unidades acreditadas no deben tener tanta dependencia de rotaciones externas para seguir manteniendo la formación en sus unidades. No quiere decir que no haya rotaciones externas, sino que no pase, como en algunos casos, que el residente está más de lo que debería fuera de la unidad acreditada.

“Hay que dar un paso decidido para que el tutor sea un profesional reconocido dentro de la organización. Creo que, si no hay tutores, el sistema formativo seguirá funcionando pero irá perdiendo, poco a poco, cierta calidad. Los tutores son un eje fundamental”

La Comisión Técnica Delegada, a fecha 30 de septiembre, que es la que reúne a todos los directores generales de Salud de Recursos Humanos de las diecisiete Comunidades Autónomas, ha aprobado el perfil de las cuatro nuevas especialidades y de las ACEs. Es un enunciado en el que recogemos sucintamente cuál es el propósito de esa súper-especialidad, qué objetivos tiene, con el fin de que los directores generales de las Comunidades Autónomas nos vayan remitiendo los especialistas necesarios para formar parte de la primera Comisión que tiene que construir estos programas, tanto de las ACEs como de las nuevas especialidades. Los especialistas tienen que ser personas que cumplan un cierto perfil,

de cierto prestigio, que se hayan dedicado a ese tema, y con cinco años de experiencia de acuerdo con la especialidad definida. Es decir, si una Comunidad pretende ofertar un candidato para la Comisión de Psiquiatría Infanto-Juvenil, parece sensato que no sea cualquier psiquiatra sino el que, en los últimos siete años, cinco de su vida profesional, ha estado trabajando en esa área. Esto es importante, las Comunidades Autónomas tienen sus propias opiniones, son por grupos de cuatro Comunidades, y a veces tenemos dificultades en consensuar esos candidatos.

Además, estamos cambiando Comisiones Nacionales porque, en España, el nombramiento de miembro es por cuatro años, lo dice la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (artículo 28), y cuatro más a criterio del Ministerio. Pero ha habido personas que han estado diez, quince o dieciocho años en las Comisiones Nacionales, a las que se tiene que agradecer su trabajo, pero entendemos que es bueno un cambio, cada cuatro años, porque, cuántas más personas pasen por la estructura de las Comisiones, mejor se entienden después las decisiones. Queremos cerrar las Comisiones Nacionales para constituir el nuevo Consejo Nacional de Especialidades y las Comisiones Delegadas de Tronco, porque hay veintiuna especialidades médicas que han entrado en el tronco Médico; unas dieciocho, no me acuerdo, en el Quirúrgico; cuatro en el de Laboratorio; dos en el de Psiquiatría, y dos en el de Imagen. Ahí tiene que haber representantes de las especialidades que están integradas.

El Real Decreto de Troncalidad es mucho más extenso, es verdad que ha suscitado discrepancias con la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias, con la de Enfer-

medades Infecciosas, con los alumnos de Medicina, es comprensible, el tiempo dirá si estamos acertados o no. No creo en las cosas buenas y malas a priori, si están diseñadas con rigor sino en cómo las vamos a hacer. Si somos capaces de ser generosos, como han sido con nosotros en la formación, porque, a los que nos hemos formado en los hospitales, no nos han pasado la tarifa de cuánto vale ésta información detallada que no viene en los libros. Somos profesionales porque alguien ha perdido el tiempo con nosotros, aparte de que hayamos estudiado y trabajado. Si somos generosos y estamos encima de la formación de nuestros futuros especialistas, probablemente este modelo tendrá cosas buenas, algunas carencias, pero todo, cuando se va caminando, da tiempo a ir corrigiendo y, como es un Real Decreto, tiene la flexibilidad de que siempre le podemos introducir ajustes en función de las necesidades.

Estamos frente a un reto que a algunos hospitales les va a obligar a hacer una reflexión sobre la importancia de sus residentes, de una nueva estructura de formación, donde al profesional que trabaja, que es tutor, tenemos que buscarle una fórmula, hacer comprender a los de Recursos Humanos, que este profesional hace falta, aparte de formarle, recompensarle de alguna forma, porque nos va a ayudar a formar bien a los residentes. Y al residente concienciarle de que el Sistema Nacional de Salud es magnífico. No conozco otro modelo donde un alumno termina la Facultad de Medicina y se le ofrece una formación retribuida, durante cuatro o cinco años, para trabajar en veintiocho países europeos. En la realidad que estamos, debemos seguir cuidando, entre todos, este modelo que nos hemos dado, porque creo que tiene más virtudes que defectos.

Turno de preguntas

PRESENTADOR Según ha comentado el doctor Castrodeza, la convocatoria del 2016-2017 ya se adaptará a la Ley de Troncalidad. Me preocupaba la convivencia de los dos sistemas de formación, ¿no cree que eso pueda generar un conflicto de intereses entre unos y otros?

JAVIER CASTRODEZA SANZ Creo que el hecho de que haya dos escenarios, que puedan coexistir, no va a tener porque plantear ningún problema. Tal vez sí que tenemos que ir percibiendo un cambio de mentalidad para que nuestros facultativos, o los que lo somos dentro de un centro hospitalario, pensemos más en los residentes y no tanto en “mí residente”. El “mí residente” es un término habitual, que podrá ser en la parte específica, pero va a haber un periodo común donde tenemos que enseñar, entrenar, capacitar, o evaluar a los residentes porque sepan hacer cosas muy básicas. O que entendamos que para explicar el programa, que va a haber un programa del apartado troncal común a muchas especialidades, está preparado cualquier facultativo. Esa personalización que tenemos, ¿dónde está “mi residente”?, yo esa expresión la he utilizado mucho, probablemente sea el salto de concepto que tengamos que dar, es que “mí residente” está de guardia, no, están los residentes que están contigo de guardia.

Esto es probablemente un concepto que hace falta ir introduciendo, que es verdad que, en la organización, hemos recogido el debate que ha habido con sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos, organizaciones del Sistema Nacional de Salud, consejeros, directores generales, gerentes, unos pregunten más o menos, pero no es un escenario que ha venido de

fuera, sino que ha surgido de una reflexión interna. Y esta reflexión interna nos dice: “Señores, si seguimos así, vamos a atomizar tanto la formación que al final vamos a tener algunos problemas. Pongamos en valor lo que tenemos como experiencia e intentemos modificar, evolucionar, el modelo hacia otro en base a las necesidades de nuestros ciudadanos”. Sé que la tecnología está presente, pero la patología crónica también, la pluripatología, la disminución del hospitalismo, cada vez se trata más de que el paciente esté menos en el hospital, por tanto tenemos que tener unos sistemas más adaptados para que puedan ser atendidos después. Este escenario, probablemente, no en de dos años, sino de cuatro o cinco, nos haga reflexionar sobre que hemos cambiado la manera de formar a los futuros especialistas.

PRESENTADOR ¿Cómo podemos incentivar a los tutores y que puedan dedicar, además de a la asistencia, tiempo a la docencia?

JAVIER CASTRODEZA SANZ El tema no es complicado, simplemente hay que tener una voluntad clara de tomar esa decisión. El tutor debe ser un profesional que conoce perfectamente el funcionamiento hospitalario, en este caso, o de Atención Primaria, en el caso de Medicina Familiar y Comunitaria, que tenga tiempo para hacer esa tarea, o que un tiempo del suyo lo dedique a preparar, tutelar, coordinar, evaluar y promocionar esa tarea. El Ministerio se ha implicado decididamente. Nosotros, en el Ámbito de Negociación con los sindicatos, que está en la Ley del Estatuto Marco, hemos logrado acordar que, en las mesas sectoriales, los propios sindicatos reclamen que, cuando una Comunidad regula esa baremación para las oposiciones o traslados, el hecho de ser tutor tenga un

peso sustancialmente importante, no el que más, pero sí importante. Las Comunidades Autónomas saben que no tenemos capacidad en legislación básica de decir cuánto debe valer eso, el Estatuto Marco dice que podemos definirlo pero no cuantificarlo. Corresponde a la Comunidad, en su mesa sectorial, determinar, mediante los acuerdos que estime oportunos, cuánto pesa eso. Los principales sindicatos, tanto sectoriales como de clase, están de acuerdo y hemos acordado un documento de reconocimiento de la importancia del tutor. Ese reconocimiento es el que las Comunidades Autónomas debieran empezar a trabajar para que sus tutores ya tuvieran un mecanismo de reconocimiento.

No soy muy partidario de que la mejor recompensa a un tutor sea la retribución, respetando las posiciones, porque lo que hoy te parece bien, cien, doscientos, trescientos, mañana no te parece tan bien. La retribución puede tener muchas formas: económica, de reconocimiento, de formación, de liberación de un tiempo, etcétera. Los responsables sindicales deben asumir su cuota de responsabilidad, el sistema no solamente le tienen que proteger, diseñar, hacer funcionar los gerentes, los sindicatos son corresponsables en promocionar la función de ese tutor porque, al fin y al cabo, acabarán un día siendo pacientes.

En el Ministerio estamos a punto de enviar al Consejo de Estado un Real Decreto, el de Diplomas de Acreditación, que es una forma de trabajar para la capacitación profesional de cualquier profesión sanitaria. Uno de los Diplomas de Acreditación que queremos poner en marcha, si nos lo autorizan las Comunidades Autónomas, es un diploma de acreditación como tutor del Sistema Nacional de Salud. No hay que hacer una

cosa nueva, sino reconocer, llegar a un acuerdo con las Comunidades Autónomas, para que ese ciudadano cuando se mueva, dentro del Sistema Nacional de Salud, si ya fue tutor en Aragón, al llegar a Castilla-León tenga un diploma, reconocido por el Ministerio. Eso se aprueba en la Comisión de Formación Continuada, donde están las diecisiete Comunidades Autónomas con el Ministerio, con reconocimiento mutuo. Si no somos capaces de cuidar a los que tienen la capacidad formadora, difícilmente vamos a formar bien a los que se tienen que formar, y ese 'fell back' no lo vamos a lograr. Tenemos que aceptar una corresponsabilidad en el proceso formativo.

PARTICIPANTE 1 ¿No se han planteado que los futuros dirigentes de los hospitales de salud también tengan una formación?

JAVIER CASTRODEZA SANZ Es un tema que seguimos estudiando. El problema es que estamos hablando del Plan o la Estrategia de Formación Especializada en el área asistencial, y no de la estrategia de capacitación profesional para la gestión de centros, es un matiz importante porque el modelo de formación, y lo voy a decir coloquialmente, MIR, PIR, QUIR, BIR, sirve para lo que sirve, tiene encaje lo que tiene encaje. Esos profesionales se tienen que formar dentro de una estructura, que realiza una serie de funciones y actividades, y adquirir la competencia por la experiencia.

¿Se debería profesionalizar la gestión en los centros hospitalarios? o que los centros directivos, las personas directivas, tuvieran un conocimiento, digamos profesionalizado, de lo que se traen entre manos. Como miembro de un hospital estoy absolutamente de acuerdo, pero el modelo sanitario abarcaría sólo una parte del potencial humano que podría ir a esas áreas de ges-

ción, esto ya dificulta que el sistema MIR, PIR, QUIR, BIR soportara ese proceso de formación.

El Ministerio está trabajando en el Real Decreto de los Diplomas de Acreditación, no digo que tenga que ir ahí, pero a lo mejor tenemos que plantearnos un reconocimiento a través de un Diploma del Ministerio de Sanidad para aquellas personas que vayan a ostentar una responsabilidad en la gestión de un centro, ya procedan del ámbito económico, la abogacía, cualquier otro campo, o de la medicina, porque en el ámbito de las direcciones hay inspectores, médicos, o gente que no pertenece a nuestro mundo, y gente que pertenece a nuestro mundo pero no son médicos, farmacéuticos, enfermeros, fisioterapeutas.

Sería una posible solución que armonizaría, que es lo importante, un plan de trabajo, una especie de target, que cada profesional que quisiera alcanzar ese diploma pudiera demostrar que ha adquirido unas competencias a través del mecanismo que se determinara, que tiene una experiencia de lo que se determinara, y que eso le da derecho a optar a un Diploma de Acreditación recertificable cada cierto tiempo. Pero trasladar ese proceso al modelo de formación especializada tiene graves dificultades de encaje.

Esto es uno de los debates que he tenido, no solamente con este tema sino con otras profesiones, todos los profesionales sanitarios, cada vez que quieren progresar, lo único que hacen es mirar al modelo MIR. Siempre he dicho que es una alternativa, pero tenemos que ser muy cuidadosos de si eso es posible, encaja, porque vas a estar en un escenario donde la experiencia no va a existir y donde las decisiones que se toman, en un equipo de gestión, trascienden

más allá de lo técnico. A veces están otras decisiones, y también encierra dificultades y, por eso, entre todos, tenemos que buscar ese acomodo, con cierta flexibilidad, con el menor coste y calidad posible, para que los profesionales que dirijan las instituciones conozcan realmente esa tarea.

PARTICIPANTE 2 Preguntarle, como representante del Ministerio, por el desarrollo de las especialidades en Enfermería. Y, ¿de quién depende que se creen, tipifiquen, diseñen los puestos de trabajo para los enfermeros que se están formando y no tienen acceso al mercado laboral?

JAVIER CASTRODEZA SANZ Año 2005, se crea un Real Decreto en el que se estructuran siete especialidades de Enfermería, que son Pediátrica, Familiar y Comunitaria, Mental, Salud Laboral, Cuidados Médico-Quirúrgicos y Geriátrica. La única que no está funcionando es la Médico-Quirúrgica. En aquel momento no se preguntan, o no se hacen la reflexión, en mi modesta opinión, ¿realmente necesitamos estas especialidades?, ¿qué van a hacer estos especialistas?, ¿dónde van a trabajar? Es un derecho y una reclamación legítimos, yo lo veo así, pero no tiene sentido formar especialistas y, perdonen la vulgaridad, no tener una silla para sentarles con unas competencias asignadas.

Estamos formando enfermeros en Enfermería Familiar y Comunitaria, todos los años sale una convocatoria de plazas para Matronas, enfermeros de Enfermería Familiar y Comunitaria, Pediatría, Salud Mental, Salud Laboral, a lo mejor olvido alguno, aproximadamente entre 900 o 1.000. Es un debate que hemos tenido con las Comunidades Autónomas y están trabajando en ello, no tiene sentido ofertar plazas si no tenemos el sitio asignado para su función.

En las últimas reuniones que hemos mantenido, con todos los directores generales de Recursos Humanos, se ha insistido en la necesidad de que las Comunidades Autónomas decidan ya, de una vez por todas, crear la categoría de Enfermero Especialista. Luego vendrá la provisión o la dotación de esa plaza, pero ya crear esa categoría.

Otro de los temas en los que hemos trabajado, en estos casi tres años que llevamos, es el adecuar el equilibrio de oferta-demanda de formación de especialistas. Hasta este año, la oferta del MIR, por poner el ejemplo más común, se constataba a partir de las propuestas que hacían las Comunidades Autónomas. Este año hemos logrado cambiar la LOPS, en una disposición en trámite parlamentario de la Ley, de tal forma que el Ministerio es el que tiene la última palabra, previo debate con las Comunidades.

Ya, para la convocatoria del año 2015, hemos tenido que acordar con algunas Comunidades Autónomas implantar un cupo, es decir, una Comunidad puede decir: 'Sigo ofertando quince plazas de esta especialidad, pero tengo un cupo del 20%'. Por tanto, cuando llegue la selección a la plaza número doce de mi Comunidad, las otras tres se caen del ordenador. Se han elegido las doce que decidan los residentes. Es una forma de ir adecuándolo porque tenemos en muchas especialidades una tasa de recirculación elevadísima. Si tienes una tasa de recirculación elevadísima está demostrando que esas especialidades tienen poco atractivo en el Sistema Nacional, o que se contrata poca gente, o que se ha buscado un modelo de mantenimiento laboral, que es el MIR, que no debe ser para lo que está pensado el modelo de formación. Y, en esas especialida-

des, estamos introduciendo elementos correctores. Puede ocurrir también en Enfermería, es decir, habrá que hacer una reflexión de si las personas, que se están formando como especialistas, se están recirculando dentro del modelo de formación de especialista. Todavía no hemos dado el paso de cuántas plazas serán, no creo que nadie exagere, y ustedes, que están aquí, tienen tareas de gestión, hay que ajustar las plantillas.

DOCTOR JOSÉ IGNACIO CASTAÑO, gerente del Hospital Universitario Miguel Servet. Parece que vamos abocados a repetir lo que pasó en los años ochenta, que va a haber un desfase entre el número de plazas MIR y el de licenciados de grado que terminan Medicina.

JAVIER CASTRODEZA SANZ Comparto su preocupación. El modelo del Sistema Nacional de Salud va a tomar muy en consideración una adecuación rigurosa de sus recursos humanos, lo que es la parte Ministerio de Sanidad, porque, entre sus competencias, está la planificación. Hoy formar un residente cuesta alrededor de 40.000 euros/año. Si todos esos residentes, que estamos formando, no se adecúan a las políticas del personal de esa Comunidad, etcétera, estamos haciendo algo que nos puede solventar pequeños problemas ahora, porque es un profesional cualificado, me va ayudando en no sé qué, pero, a la larga, genera un grupo de personas insatisfechas con el sistema y que no están colocadas. No estoy hablando de educación. Y, por eso, hemos introducido elementos correctores, que ya nos están permitiendo trabajar con un grupo de las Comunidades Autónomas, están todas representadas, donde manejamos indicadores cuantitati-

vos para decidir la oferta que una Comunidad debe hacer de sus propios residentes.

A las Comunidades se les ha preguntado cuál es su percepción de si las necesidades de una especialidad, en su Comunidad, son in crescendo, estables o van disminuyendo, porque son los que conocen las políticas de recursos y las estrategias de los planes. En base a esa estimación, hemos preguntado qué porcentaje de personas tienen 65 años, qué número de profesionales tienen por 100.000 habitantes, qué número de residentes tienen por 100.000 habitantes, con eso estamos trabajando, en una especie de cuadro de mandos, que nos permite objetivamente decirle: "Si sigues ofertando tantos profesionales de esta especialidad, dentro de cinco años, te vas a encontrar con un overbooking imposible de manejar, por tanto tienes que ir reduciendo".

Hasta ahora no se había hablado con este discurso, sé que a los gerentes les plantea problemas porque tienen que decirle al jefe de servicio de turno: "No voy a sacar una plaza de las dos que tú tenías", por eso hemos trasladado el peso de la prueba al Ministerio. Eso, por un lado, va a ser una norma necesaria de planificación de recursos, que debe ir acompañado inexorablemente con una propuesta de oferta de ingreso en los Centros Académicos Formativos acorde a las necesidades del sistema.

Personalmente este director ha estado en el Consejo de Política Educativa donde están, igual que en el Consejo Interterritorial están los consejeros de Sanidad, los consejeros de Educación, dando traslado de que nuestro país no puede seguir manteniendo la cifra de oferta académica que tiene ni para Medicina ni para Odontología. También es exagerada para Enfermería pero el enfermero termina y puede tener

trabajo, el médico, el hándicap que tiene es que hace seis años, o hace una especialidad, o son seis años terminados. Educación está intentando poner coto a la proliferación de Facultades de Medicina y al proceso de los números que ingresan en las Facultades de Medicina, me consta que está haciendo un esfuerzo importante. Ahora ciframos en una oferta entre 5.500 y 6.000 plazas anuales la oferta MIR, probablemente eso vaya a la baja con el tiempo, y la oferta de plazas en las Facultades de Medicina en España probablemente esté en los 7.800-8.000, no sé, hay un desfase ahí.

Este es un tema importante que se debe tomar muy en serio pero que, no es por escurrir el bulto, el Ministerio de Sanidad es competente en lo que es competente, el Ministerio de Educación tendrá que adecuar a las Universidades, comprendo que a veces es difícil porque, rápidamente, los rectores apelan a su sentido de autonomía de la gestión. La Conferencia de Decanos me consta que está muy preocupada por este tema y, claro, es una decisión que deben tomar los Centros. Si un Centro decide que sólo ingresan 80 o 90 personas, lo tendrá que decidir, no hay una norma que le obligue a que sean 80 o 90.

JOSÉ IGNACIO CASTAÑO ¿Se podría plantear que el título de médico, cuando terminaras los seis años, se homogeneizará con el resto de Europa?

JAVIER CASTRODEZA SANZ Ese es un tema que en España ya estaba en los años ochenta, pero en nuestro país se dio un nuevo modelo, y yo, perdóneme el atrevimiento, le propondría de director general de Ordenación Profesional para que usted pusiera en marcha esa medida.

Otros sumarios

“El residente juega un papel tremendamente estratégico para el funcionamiento de un hospital, ya sea universitario o no”

“Hemos procurado siempre buscar un modelo que consensue la posición de todo el Sistema Nacional de Salud porque estamos formando especialistas para que trabajen, la gran mayoría, dentro del Sistema Nacional de Salud, donde se van a formar”

“Ese tronco común tendrá una duración variable de 24 meses, más-menos seis, en función de lo que dicten las Comisiones Nacionales de las especialidades que están dentro de ese tronco”

“Van a ser programas donde, de alguna forma, el profesional tendrá que demostrar a sus tutores que sabe hacer, que sabe identificar, que sabe manejarse, no que conoce sino que sabe hacer”

“El enfermero termina y puede tener trabajo, el médico, el hándicap que tiene es que hace seis años, o hace una especialidad, o son seis años terminados”

“Las unidades acreditadas no deben tener tanta dependencia de rotaciones externas para seguir manteniendo la formación en sus unidades. No quiere decir que no haya rotaciones externas, sino que no pase, como en algunos casos, que el residente está más de lo que debería fuera de la unidad acreditada”

“El Ministerio está trabajando en el Real Decreto de los Diplomas de Acreditación, no digo que tenga que ir ahí, pero a lo mejor tenemos que plantearnos un reconocimiento a través de un Diploma del Ministerio de Sanidad para aquellas personas que vayan a ostentar una responsabilidad en la gestión de un centro”

“Este director ha estado en el Consejo de Política Educativa, donde están los consejeros de Educación, dando traslado de que nuestro país no puede seguir manteniendo la cifra de oferta académica que tiene ni para Medicina ni para Odontología”
