

**Análisis de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) del borrador de RD por el que se regula la formación común de las especialidades en ciencias de la salud, se desarrollan las áreas de capacitación específica y se regula el procedimiento de creación de títulos de especialista en ciencias de la salud.**

**6 de septiembre de 2019**

---

**De la formación común (Capítulo II)**

- Sería necesaria la clarificación, dentro del borrador, respecto del alcance y contenidos del concepto de formación común, el de competencias genéricas y comunes y el de conocimientos transversales que se manejan en él, poniéndolo en el contexto del vigente período de formación común troncal que define la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).
- Debería mencionarse, en algún punto del texto del RD, la idea de que el aprendizaje y adquisición de los conocimientos y competencias genéricas, comunes o transversales deben ser pieza esencial del continuum formativo —debiendo ser coordinado en cuanto a sus objetivos y contenidos en las diferentes fases formativas (Grado, Residencia y Formación Continuada)—, ya que:
  - La formación común del periodo de formación especializada se facilitaría al partir de un nivel básico adquirido previamente en el Grado.
  - La formación común durante la residencia no es suficiente para garantizar que permanezcan intactas a lo largo del desempeño profesional posterior, por lo que lo transversal y común debe seguir siendo objeto de especial atención en la Formación Continuada, Desarrollo Profesional y Desarrollo Profesional Continuo.
- Sería conveniente tener en cuenta, a los efectos de la lista de competencias genéricas y comunes para un ejercicio profesional de calidad citadas en la introducción del borrador —metodología de la investigación, sociología de la salud, bioética, marco regulador del sistema nacional de salud, tecnologías de la información, comunicación o la economía de la salud, entre otras—, las recientemente consensuadas por las SSCC integradas en la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) para el proceso de Validación Periódica de la Colegiación – Recertificación (VCP-R) en lo que se refiere a la recertificación y que son: bioética, comunicación asistencial, trabajo en equipo, gestión de calidad y seguridad del paciente, orientación al paciente y razonamiento clínico, gestión clínica y orientación a resultados y aspectos médico-legales de la profesión médica.
- Subyace en el borrador del RD la asunción de que las “competencias transversales” (formación común o competencias “genéricas”, como se denominaba en el frustrado proyecto de formación troncal) son comunes a todas las profesiones incluidas en las ciencias de la salud. Sin embargo, dentro de las competencias transversales, existen especificidades para las distintas especialidades. Eso exige que la coordinación del programa común recaiga en el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud (CNECS) y a través de él en las diferentes Comisiones Nacionales de Especialidad (CNE), de forma que existan unos

contenidos comunes y al tiempo la adaptación específica de ese programa común dentro de cada uno de los programas de especialidad.

- No se entiende la mención en el artículo 1 a la necesidad de un procedimiento de aprobación del programa formativo común, ya que el título de especialista requiere formación global (competencias genéricas y específicas). ¿Por qué, entonces, una aprobación diferente o independiente?
- De hecho, el CNECS aprobó en acta en el año 2016 las competencias genéricas comunes a todas las especialidades y de adquisición a lo largo de todo el programa formativo. El documento aprobado constaba de 55 competencias distribuidas en 12 dominios. El documento propuesto recibió 17 informes de comisiones nacionales, 2 expresaron su acuerdo pleno y 15 presentaron observaciones que fueron analizadas y, en su caso, incorporadas al documento final. Por ello parece innecesario abordar ex novo un programa común ya existe, llamando la atención que ni siquiera se mencione este programa en el borrador.
- En línea con lo anterior, es clave no enlentecer por la redacción de este RD, sino por el contrario priorizar la publicación, aprobación o revisión, según sea el caso, de los programas de especialidad que ya se han actualizado gracias al excelente esfuerzo de prácticamente todas las CNE bajo el liderazgo del CNECS. En estos programas ya se tienen en cuenta las orientaciones generales comunes, amén de haberse actualizado el conjunto de cada programa de especialidad.
- Es llamativo que en el artículo 3, sobre la elaboración del programa formativo común, se establezca que ésta será coordinada por la DGOP contando con expertos en las áreas transversales. Resulta inaceptable que no se haga mención expresa al papel de la CNE y de la propia CNECS. Aunque es claro que la responsabilidad es de la DGOP, los cauces de participación técnica y de valoración de la pertinencia de los contenidos deben mantenerse como hasta ahora en esas CNE y CNECS, máxime cuando en ellas están representadas todos los interlocutores incluyendo SSCC de las especialidades reconocidas y Organización Médica Colegial. Rechazamos la idea de que esta evaluación de pertinencia se traspase a grupos de expertos designados ad hoc.
- En cualquier caso consideramos que los informes preceptivos del CNECS y de las CNE afectadas, tanto en lo que se refiere al programa común como a los procesos de creación de ACE y de nuevas especialidades, que se comentan posteriormente, deben ser prioritarios, tempranos y siempre tenidos en cuenta, en la práctica como si fueran vinculantes.

Consideramos, por tanto, que las sociedades científico-médicas con título de especialidad, reconocida deben tener una participación activa en el proceso de elaboración de la formación común ya que estas competencias forman parte del perfil profesional **De las áreas de capacitación específica (Capítulo III)**

- Sería muy útil que se incorporasen al RD las definiciones de especialidad, especialidad multidisciplinar y Área de Capacitación Específica (ACE), incluyendo la aclaración de las diferencias que puedan existir entre estas últimas y los conceptos de especialidad y subespecialidad, ya que los límites entre ellas pueden en determinados casos ser interpretados de manera diferente por los solicitantes de unas u otras. Todo ello, a pesar de

los criterios para la justificación de ACE y nueva especialidad que se establecen en borrador del RD en sus artículos 6.3. y 15.3.

- Adicionalmente debería abordarse, también, la especificación de para qué fines se podrán utilizar los Diplomas de Acreditación (DA) y los Diplomas de Acreditación Avanzada (DAA), así como la forma en que los DAA pudieran ser vías idóneas de subespecialización impulsadas en determinadas especialidades a través de sus SSCC representativas.
- Llama la atención la ausencia de mención a los antecedentes de propuestas de ACE ligadas al RD de troncalidad. La anulación de este RD no invalida que estos desarrollos puedan ser tenidos en cuenta de manera diferenciada con respecto a las iniciativas que puedan ser presentadas en el futuro.
- Las propuestas de ACE deberían ser normalmente presentadas por las SSCC de la especialidad. El camino lógico sería elevar las propuestas de las SSCC a través de las respectivas CNE y desde estas al CNECS.
- En los casos en que circunstancialmente alguna de las SSCC con título de especialidad reconocido no estuvieran representadas en la correspondiente CN, el comité de ACE debería asegurarse la participación de todas las sociedades científicas vinculadas.
- En cualquier caso, debe especificarse que la DGOP remitirá la propuesta de ACE, ya en la primera fase de valoración, para informe al CNECS quién gestionará la opinión de la CNE de la especialidad, o especialidades afectadas, y esta, o estas, las de las SSCC de la especialidad a través de los vocales representantes de las mismas en las citadas CNE. Dada la complejidad y las áreas compartidas de conocimiento la puesta en marcha debería ser ratificada por el CNECS entendiendo que esto implica el visto bueno de todas las CNE involucradas.
- Si la propuesta de creación de un ACE se realizara simplemente por una o conjuntamente por varias *asociaciones o sociedades científicas de carácter estatal, legalmente constituidas...*, como aparece en el borrador, la genérica denominación de las entidades que pueden hacer la propuesta de creación de un ACE producirá probablemente, al menos en el ámbito de la Medicina, una demanda difícilmente controlable de creación de diferentes ACE. Por ello, en el ámbito de la Medicina, la propuesta de ACE debería canalizarse, como ya se ha comentado, contando con las sociedades científicas con título de especialidad reconocido, de tal forma que serán las sociedades científicas de la especialidad, ya existente, quien puedan poner de manifiesto la necesidad en la creación o no, evitando la duplicidad de especialidad y subespecialidad, ya que puede darse el caso de que el programa de la especialidad existente contenga en su totalidad o parte el programa del área de capacitación específica. En cualquier caso resultaría necesaria la aprobación de todas las comisiones nacionales de las especialidades que en sus programas de formación estén incluidas las habilidades y competencias que se intentan impulsar para cubrir un posible déficit formativo. Ya que de no hacerse así, podría darse la situación que se crease un área específica en un campo que está perfectamente cubierto en la actualidad por una especialidad. Estas precisiones aplican también al apartado 3 del artículo 6.
- Dentro de este mismo apartado 3 del artículo 6 y en su punto e, donde se especifica que las sociedades proponente deberán indicar que especialidades darían acceso al ACE, debería ampliarse la redacción para contemplar las diferencias existentes entre ACE a las que solo se podría acceder de una sola especialidad tronco respecto de otras abiertas a más de una especialidad.

- La duración máxima de la formación para el ACE, fijada en un máximo de 18 meses en el punto i de ese mismo artículo y aportado, debería poderse extender a 24 meses en algunas situaciones debidamente justificadas.
- En el artículo 6.4. se dice ..., *previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud*. Creemos que debe añadirse “con el consenso de las sociedades científicas vinculadas”, que como se ha señalado antes debería vehiculizarse a través de sus respectivas CNE.
- En el artículo 7, sobre los Comités de Área de Capacitación Específica (CACE), se establece que los vocales serán nombrados entre los propuestos por las CN de las especialidades vinculadas, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos. Creemos, nuevamente, que la CNECS es clave y debe ser siempre tenida en cuenta. Por ello, la CNECS no solo también debería informar sino que le debe corresponder la coordinación de las propuestas de las CN vinculadas y la vehiculización final de las mismas. Además deberían establecer de manera adecuada la relación entre CACE, CN y la participación del propio CNECS en cuestiones tales como la formación previa común, la relación con las especialidades de origen, el número de plazas MIR de las especialidades de origen y los contenidos de los programas.
- En la misma línea, respecto del artículo 8, sobre los programas de formación de las ACE, vuelve a obviarse la necesaria coordinación entre los CACE, las especialidades de origen, sus CN y el CNECS.
- El artículo 10. regula el acceso a la formación en un ACE «a partir del tercer año de residencia». Esto contradice lo que es un ACE, que debe ser accesible solamente para especialistas con título reconocido. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias establece que el Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, podrá eliminar, disminuir o aumentar los años de ejercicio profesional necesarios para acceder a una ACE. Esta facultad no aplica al hecho mismo de que para acceder a una ACE se debe ser ya especialista, y menos que el programa común, el de la especialidad correspondiente y el de la ACE puedan desarrollarse íntegramente durante el período MIR que corresponda a cada especialidad.
- El concentrar la formación de especialista y la de ACE conlleva una reducción del período de formación de ambas de difícil justificación, ya que al menos una de ellas quedaría reducida a solo un año, teniendo en cuenta los períodos previos de formación común.
- Además, resultara de muy difícil manejo la gestión de las plazas MIR y las titulaciones posteriores por el hecho de que la formación intra-especialidad será variable, aun cuando exista formación común inter-especialidad. ¿Cómo se determinarán las plazas MIR de cada especialidad teniendo en cuenta las ACE? ¿Cómo se establecerá la estructura docente? ¿Quién acreditará a las de nueva creación? ¿Cómo se calcula la capacidad docente si son residentes de una o varias especialidades? ¿Habrán suficientes tutores en los hospitales? ¿Cómo se establecerán los requerimientos propios de la especialidad más los específicos de las ACE?
- Por todo ello, debería suprimirse la posibilidad de acceso a las ACE desde la residencia, salvo, quizás, la posibilidad de solicitar la ACE de manera condicional en el año de finalización de la residencia para empezar la ACE al año siguiente, ya siendo especialista.
- Además, con la actual redacción surgen dudas respecto de la titulación a adquirir:

- Sería la de la especialidad/des de "origen" más el diploma, solo de ACE
- ¿Pueden dos especialistas de diferentes especialidades tener un título de diplomado común y una formación "incompleta" en dos especialidades diferentes?
- Ya que el artículo 9.1., establece que la ACE se llevará a cabo por el sistema de residencia, cabe preguntarse si se trata de una concepción burocrático-administrativa de la formación médica. ¿Qué sucede con profesionales con años de desempeño profesional que quieren subespecializarse en un ACE? (la disposición transitoria solamente sirve para el período inmediato al reconocimiento del ACE).
- En relación con lo anterior, cabe además destacar que con la actual redacción del RD se van a producir importantes dudas a la hora de las convocatorias de Recursos Humanos (RRHH) del Sistema Nacional de Salud (SNS), así como en la del programa MIR
  - Respecto de las convocatorias de plazas en los servicios de las especialidades afectadas por un ACE, cuando se requiera uno de estos perfiles habría que especificar si esta convocatoria estaría limitada solo a los diplomados ACE, o esta circunstancia solo sería un mérito (tal como parece deducirse de la LOPS). Y también, en el caso de acceso a una plaza con perfil de un ACE multiespecialidad, si se podrían presentar especialistas de titulaciones diferentes a la del Servicio para la que se convoca.
  - En la convocatoria MIR resultará complejo, por no decir inadecuado, determinar una convocatoria donde además de figurar plazas de las especialidades reconocidas aparezcan otras de especialista con ACE. ¿Es viable formar durante el período MIR diferentes tipos de especialistas dentro de una misma especialidad?
  - También cabe considerar la cuestión de si con el formato propuesto cabría la posibilidad de especificar las condiciones de formación de la ACE en función de la especialidad de referencia.
- Por todo ello, la vía de llegada normal a las ACE debería ser la de un especialista que accede a una subespecialización que, siendo necesaria para el mejor desarrollo de la atención sanitaria, queda regulada en cuanto a centros de formación y modelo de entrenamiento, así como número de plazas necesarias.
- El artículo 8.4. limita las rotaciones externas a 3 o 6 meses para, respectivamente, las ACE de 12 y 18 meses de duración. Surgen, en relación con esta especificación, dos problemas: 1. parece que no contempla la posibilidad de duración de formación en un ACE por un período superior a 18 meses, lo que contradice las recomendaciones de sociedades científico-médicas nacionales e internacionales en formación de subespecialidades; 2. no se entiende el racional de limitar la rotación externa para una formación subespecializada.
- Artículo 8.4. No hay referencia alguna en relación con las rotaciones en centros extranjeros. Es un aspecto importante al que se debería dar una respuesta.
- Artículo 9.4. Dice que las consejerías de salud establecerán los medios y sistemas de acceso para la acreditación y reacreditación periódica de los tutores. Nada que decir en relación con el "nombramiento", pero el perfil profesional de los tutores debería ser definido por el Comité de la ACE y las consejerías ajustarse al mismo (esto es aplicable también a los tutores de las especialidades médicas). También debería especificarse la composición de la comisión docente de ACE asegurando la representatividad de todos los implicados.

- Artículo 11. Apegado a la formación de residentes, el sistema de evaluación de los especialistas formados en un ACE no se acomoda, a nuestro juicio, a la especificidad necesaria en este tipo formación. Tratándose de subespecialistas (aunque debería analizarse si también aplicable a las especialidades médicas), debería establecerse un sistema basado en criterios objetivos comunes al conjunto del estado.
- Artículo 12.1. Se refiere al artículo 14, que nada tiene que ver con las ACE.
- Artículo 12.2. La denominación de «especialista» con ACE, es contradictoria con la previsión, completamente rechazable, de que se pueda acceder al ACE a partir del tercer año de residencia.

#### **Del procedimiento de creación de títulos de especialista en ciencias de la salud (Capítulo 4)**

- El artículo 15.1. regula que «el procedimiento de creación de un título de especialista en ciencias de la salud se podrá iniciar de oficio por el Ministerio de Sanidad, o a instancia de un colegio profesional o de la consejería de una comunidad autónoma». Mientras que el 15.2. menciona que las sociedades científicas «válidamente constituidas» podrán promover la iniciación del procedimiento a través «del colegio profesional que corresponda». Al hacer mención al colegio profesional que corresponda debería aclararse que la referencia son los Consejos Generales de cada una de las profesiones, y no los colegios provinciales
- En relación con lo anterior:
  - Creemos que en su redacción, tras «el procedimiento de creación de un título de especialista en ciencias de la salud se podrá iniciar de oficio por el Ministerio de Sanidad, o a instancia de un colegio profesional o de la consejería de una comunidad autónoma» se debería añadir «..., previo informe favorable del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud»
  - la LOPS consagra desde 2015 como órgano colegiado de participación al Foro Profesional, que en este momento tiene constituido sus grupos médico y enfermero. El grupo médico es el Foro de la Profesión Médica de España (FPME), en el que están integradas las SSCC de las especialidades médicas a través de FACME. Por ello, proponemos que se considere al FPME, en el caso de las especialidades médicas, el órgano colegiado profesional legalmente reconocido y que:
    - Se sustituya en los artículos 15.1. y 15.2 «colegio profesional» por «foro profesional como órgano colegiado profesional legalmente reconocido».
    - Y, del mismo modo, en el 16.2.a. se modifique «La organización u organizaciones colegiales que correspondan, salvo que el procedimiento se haya iniciado a instancia de un colegio profesional» por «La organización u organizaciones profesionales que correspondan, salvo que el procedimiento se haya iniciado a instancia de un foro profesional en tanto órgano colegiado profesional legalmente reconocido».
- Por otra parte, y en lo que concierne a este mismo artículo 15.1., resulta muy importante que la propuesta sea canalizada a través de las CNE donde, además de las SSCC, también están representados los Colegios a través del vocal nombrado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).
- En cualquier caso, respecto de las especialidades médicas son las sociedades científico-médicas las que están más genuinamente vinculadas al conocimiento científico y a la innovación tecnológica, que son las generadoras de las demandas asistenciales y por ello, deben tener especial protagonismo en la propuesta de nuevas especialidades, por lo que

también cabría la redacción alternativa (para los títulos de especialidades médicas): «el procedimiento de creación de un título de especialista en ciencias de la salud se podrá iniciar de oficio por el Ministerio de Sanidad, o a instancia de una sociedad científico-médica con título de especialidad reconocido».

- Por otra parte, la intervención de las consejerías de salud en la propuesta de creación de un título de especialista debería canalizarse a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS.
- El artículo 16.2., como entidades a consultar en la tramitación del procedimiento incluye a las organizaciones colegiales que correspondan, las Comisiones Nacionales de Especialidad que puedan verse afectadas, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS, el Ministerio de Ciencia y la Comisión de Recursos Humanos del SNS. Debería incluirse en el proceso de consulta a todas las sociedades científicas con título de especialidad reconocido que puedan verse afectadas, aun cuando hayan podido participar previamente a través del CNECS o del órgano colegiado correspondiente.
- El artículo 18.3. se refiere a los artículos 19 y 20, que no aparecen en el Real Decreto.
- De la misma forma que se comentó para las ACE también en el caso de los nuevos especialistas, si en algunos casos se aceptaran nuevas especialidades segregadas de una o varias de las previamente existentes, y por tanto no se hicieran como ACE sino como especialidad propia, se producirían situaciones complejas en las convocatorias de RRHH por coexistir en algunos casos diferentes orígenes para los nuevos especialistas, y por el hecho de que la adecuación de las trayectorias previas profesionales daría lugar a una doble titulación de especialistas.