

INFORME CEEM 2002

A.- POSTGRADO

I.- HISTORIA DEL PROBLEMA

1.- Movilizaciones

1.1.- Situación

1.2.- Resultados

1.3.- Deterioro y evolución

II.- SITUACIÓN ACTUAL

1.- Tabla de Reivindicaciones

2.- Encuesta

2.1.- Resultados

B.- PREGRADO

I.- Primera Aproximación a la Visión de los Estudiantes Sobre el Estado de las Facultades de Medicina Españolas

II.- Adhesión a la declaración de Granada

C.- RELACIÓN DEL CEEM CON OTRAS ASOCIACIONES

I.- IFMSA- Spain

II.- Asociaciones de Residentes

III.- Conferencia de Decanos de Medicina

IV.- Vocalía de la SEDEM

D.- OTROS PROBLEMAS

A.- POSTGRADO

I.- HISTORIA DEL PROBLEMA DE POSTGRADO:

Hasta 1995 todos los licenciados en Medicina podían ejercer como Médicos Generales tanto en la Sanidad Pública del Estado Español como en el resto de la Unión Europea presentándose a una oferta de empleo en la Sanidad Pública, o tenían la oportunidad de formarse como médicos especialistas mediante una prueba (muy similar a una oposición), el examen MIR, a partir del cual escogían plaza de especialización mediante el orden de puntuación obtenido en dicho examen junto a una ponderación del expediente.

En 1995 se aplicó en el Estado español una Directiva Europea (RD N°93/1995) por la cual todos los licenciados en medicina, para poder ejercer su profesión, deberían recibir una formación práctica de duración mínima de dos años. Se pretendía unificar criterios para una libre circulación de personas, profesionales y mercancías.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) junto con el Ministerio de Educación Cultura y Deporte (MECD) decidió que la vía de formación como médicos generales de los licenciados sería la formación MIR, a través de una especialidad que ya existía: Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC).

1.- Movilizaciones:

Antes de entrar en este punto se debe hacer una pequeña aclaración. Existieron dos épocas de movilizaciones:

- Las del 1.994-95; cuando salió la normativa europea
- Las del 2.000; cuando se acababa la prerrogativa de la doble convocatoria (MIR Familia sólo para los licenciados después del 95 y MIR especialidades)

1.1.- Situación:

Existía, entonces, un desequilibrio importante entre las plazas de formación del examen MIR (4500-5000 plazas) y el número de candidatos (licenciados) que se presentaban a él (12000-13000). Los estudiantes que no conseguían plaza pasaban a formar parte de “la bolsa histórica”.

Este decreto supondría un agravio respecto a los licenciados pre95, ya que éstos podían ejercer como médicos generales y seguir presentándose al examen MIR

Los estudiantes, sabedores de la injusticia de la aplicación de esta normativa comenzaron una serie de manifestaciones, el 6=0 (año 1.994-95).

Consiguieron un acuerdo con los ministerios el cual consistió en utilizar una especialidad que permitía la formación de unos especialistas que sustitúan a los hasta entonces conocidos como “Médicos Generales” muy poco utilizada hasta entonces: la Medicina de Familia y Comunidad (MFyC); ofertando un gran número de plazas a las que sólo podían acceder los licenciados después del 95 (a los licenciados anteriormente no se les pedía los 2 años de prácticas para ejercer en la Sanidad Pública, por lo que sí que podían ejercer en ella como Médicos Generales). Se creaba así la existencia de 2 exámenes: el MIR de Familia y el de Especialidades; los cuales se mantendrían por separado hasta el año 2.000; año en que se creía que ya se habría solucionado el problema de la bolsa histórica (una acumulación de licenciados que se presentaban a los exámenes sin obtener plaza puesto que éstas eran muy inferiores al número de candidatos).

Al llegar al año 2.000 la bolsa seguía existiendo y los ministerios bajo la presión de los Médicos de Familia y Comunidad que sentían ahora a su especialidad como desprestigiada por ir a parte del resto de especialidades decidió volver a juntar los dos exámenes y relanzó las movilizaciones.

1.2.- Resumen de los Resultados:

Después de un curso plagado de huelgas y manifestaciones, los estudiantes consiguieron:

La realización de dos exámenes MIR: uno de Medicina de Familia y Comunitaria al que sólo podían acceder los licenciados post95 especialidad en la que se hizo un gran aumento de las plazas ofertadas, y otro del resto de especialidades al que accedían los licenciados pre95 y post95.

Una moratoria de cinco años para el acceso a una segunda especialidad para aquellos que ya se hubiesen formado en otra.

Según los datos del MSC, de esta forma se conseguiría reducir esa famosa bolsa histórica en cinco años hasta unos mínimos; poniendo data de caducidad de los dos exámenes en el año 2.000. Pero ese año la bolsa histórica estaba compuesta

principalmente por licenciados post95 y cada año casi 11000 licenciados optan por repartirse 5000 plazas.

Las luchas del 2.000 consiguieron un ligero aumento del número de plazas y la concienciación de que el problema de la bolsa histórica no estaba resuelto.

1.3.- Deterioro y evolución:

Después de un breve periodo de relativa tranquilidad en el que el CEEM y el MSC tuvieron una relación bastante estable, a principios del 2000 el CEEM fue considerado un órgano no-representante de los estudiantes de medicina y el MSC no quiso seguir las negociaciones sobre los problemas que preocupaban a los estudiantes. La no-resolución del problema de las plazas MIR sumada a este hecho llevaron a los estudiantes otra vez a manifestarse para reclamar un diálogo más fluido y solución a corto plazo para los licenciados.

Actualmente se han restablecido la comunicación CEEM-MSC y MECD y se esta trabajando para buscar una solución viable y un acuerdo y compromiso para ambas partes.

II.-LA SITUACIÓN ACTUAL

1.-TABLA DE REIVINDICACIONES

Han pasado ya 7 años desde el 95, ya se han juntado las dos convocatorias en una sola (en el 2.000) no discriminando de esta forma a la especialidad de familia y se ha reducido, aunque no acabado, la bolsa histórica.

Durante mucho tiempo la siguiente fue nuestra tabla de reivindicaciones y ha llegado el momento de hacer valoración.

TABLA DE REIVINDICACIONES

Ante la situación en la que nos encontramos actualmente, los estudiantes de medicina exigimos:

1. Tener asegurado el **acceso a una plaza de formación de postgrado** de calidad y remunerada para los licenciados después de 1995, la cual se nos requiere para ejercer la medicina en la Sanidad Pública española y en el resto de los estados miembros de la Unión Europea.
2. No aceptamos **ningún tipo de examen al finalizar la residencia**, de tal modo que ésta sea calificada únicamente como **Apto o No apto** con el propósito de evitar el establecimiento de diferentes categorías de especialistas.
3. Una **comunicación fluida y transparente** por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Que éste nos trate como **interlocutores válidos** por ser representantes de los estudiantes de medicina y como **parte necesaria en las negociaciones** que afecten a nuestros intereses.
4. La promoción por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de una **Sanidad Pública de calidad**.

PUNTO 1: *Tener asegurado el **acceso a una plaza de formación de postgrado** de calidad y remunerada para los licenciados después de 1995, la cual se nos requiere para ejercer la medicina en la Sanidad Pública española y en el resto de los estados miembros de la Unión Europea.*

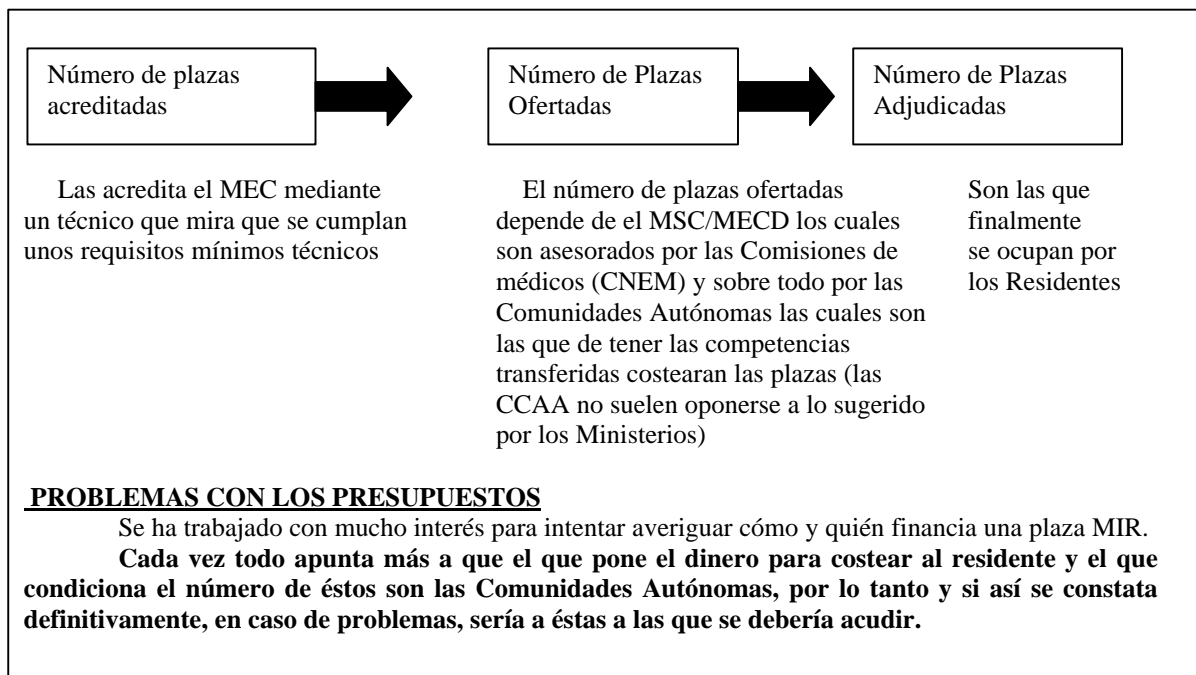
Todo apunta a que estamos próximos a la relación 1/1 (una plaza MIR para cada por candidato y convocatoria aproximadamente) siendo ésta la intención marcada por el MSC y por los estudiantes (constatado en la reunión mantenida por la Comisión Ejecutiva y el Jesús Ramírez Subdirector de Formación del MSC el día 4-11-02) pero para conseguirlo **debemos estar muy atentos en el número de plazas ofertadas cada año, el cual no debe bajar hasta acabar con el problema.**

Durante mucho tiempo nos hemos quejado sobre la diferencia que hay entre las plazas ofertadas y las acreditadas [*mirar cuadro*] (pensando que el hecho de ofertar

todas las acreditadas era la mejor vía a la solución del problema) pero se ha constatado que conseguirlo es tarea muy difícil (sobre todo por el tema económico) y se han empezado a intuir fuertes riesgos en cuanto a la calidad de la formación (la acreditación es muy fácil de conseguir y no garantiza calidad).

Quizá por lo que refiere a este punto se podría trabajar más a fondo el artículo 5.2.b del Real Decreto 11-1-1984, nº 12771984: “Regulación de la obtención de títulos de especialistas” que dice:

“La oferta de plazas en las diferentes Unidades Docentes acreditadas se elaborará anualmente de acuerdo con la capacidad docente acreditada, las disponibilidades presupuestarias, las necesidades sociales de Médicos Especialistas (*estás necesidades a día de hoy no se saben con seguridad puesto que no hay ningún buen estudio hecho al respecto por parte del MSC, aunque sí existe el estudio CESM y el estudio de la Universidad de las Palmas*) y los compromisos adquiridos a través de Convenios y Tratados Internacionales suscritos por el Estado español (*cuales son? Hay alguno? Se debería estudiar*).



PUNTO 2: *No aceptamos ningún tipo de examen al finalizar la residencia, de tal modo que ésta sea calificada únicamente como Apto o No apto con el propósito de evitar el establecimiento de diferentes categorías de especialistas.*

El CEEM decidió en las JEEM de Lleida que este punto no es de su incumbencia puesto que son los MIR quienes deberían decidirlo; ellos son los más próximos a la situación y quienes conocen sus beneficios y sus perjuicios.

Aún y así, las reuniones mantenidas por la Comisión Ejecutiva con las diferentes colectivos MIR (vocalía de postrado de la OMC, CMIR, los residentes de la SemFyC) apuntan a que ellos siguen defendiendo una evaluación continua.

Por lo que refiere al posicionamiento del MSC respecto a este punto a fecha de Junio del 2002, decir que nunca será obligatorio pero que no pueden evitarlo siempre y cuando sea un examen optativo para aquellos que quieran optar a un tipo de premio ofertado por una determinada especialidad obteniendo un distintivo simbólico pero no un reconocimiento académico.

Actualmente por el rechazo surgido en muchos colectivos implicados en este tema todo parece que la generalización del examen no se llevará acabo como parecía inicialmente.

PUNTO 3: *Una comunicación fluida y transparente por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Que éste nos trate como interlocutores válidos por ser representantes de los estudiantes de medicina y como parte necesaria en las negociaciones que afecten a nuestros intereses.*

Actualmente podemos afirmar que se ha conseguido este punto puesto que en el año 2002 la comunicación entre el CEEM y el MSC y MEC ha sido buena.

Destacar lo trabajado en las últimas reuniones puntos que se deben tener muy en cuenta en el futuro:

1.- Velar por el cumplimiento del calendario de las fechas de los próximos exámenes MIR fijado oficiosamente en la Reunión del día 4-11-02; el cual queda como:

- Febrero 2.003
- Última semana de Enero 2.004
- Mediados de Enero 2.005
- Noviembre 2.005

- 2.- Mantenimiento de la baremación actual (aún poco utilizada como para tener una buena idea de su repercusión pero aceptada por ambas partes)
- 3.- Mantenimiento o aumento de las Plazas Ofertadas.
- 4.- La falta de estudios de oficiales sobre la necesidad real de médicos en España.

Es necesario mantener una comunicación fluida y constante con los ministerios puesto que muy probablemente muchos de los problemas llegan a su fin y no podemos permitir que a última hora y por falta de interés se estropeen.

PUNTO 4: *La promoción por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de una Sanidad Pública de calidad.*

En cuanto a la calidad de la Sanidad Pública decir que seguimos con varios dilemas:

- Faltan o sobran médicos?
- Que importancia tiene el residente en el día a día del Hospital? Cómo repercute su presencia o su ausencia?
- Cómo y cuando se aplicará la normativa europea de las 35h semanales? Conllevará un aumento de plazas? De residentes o de adjuntos?

2.- ENCUESTA CEEM

Para intentar aclararnos un poco más con los problemas de los presupuestos para determinar quienes frenaban el aumento de plazas así como de la importancia de los residentes en el seno de la Sanidad Pública, el CEEM elaboró una encuesta dirigida inicialmente a los gerentes hospitalarios y a todo aquel que nos pudiera proporcionar información. Esta encuesta obtuvo el soporte de la SEDEM y esta pendiente del soporte de los decanos.

La encuesta es la siguiente:

“Cuestionario promovido por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (C.E.E.M) con el apoyo de la Sociedad Española de Educación Médica (S.E.D.E.M).

RESPECTO A LAS PLAZAS DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES (MIR):

1. ¿Cuántas plazas de MIR se solicitaron por parte de este hospital el año pasado?
2. ¿Cuántas de estas plazas fueron finalmente ofertadas en el B.O.E?
3. ¿Cuál fue el número de residentes de primer año que se incorporaron a este hospital?
4. En caso de que exista diferencia entre los datos aportados en las preguntas anteriores, ¿podría explicarnos el por qué? Y ¿quién o quienes son los responsables de esta diferencia?
5. Y finalmente, ¿en qué criterios se han basado, los responsables de estas diferencias, para no adjudicar todas las plazas que su hospital ha solicitado?
6. ¿Esta deficiencia de plazas afecta al correcto funcionamiento del hospital?
7. Si es así, ¿podría decirnos si afecta de forma sobresaliente a algún servicio en concreto? ¿A cual?
8. ¿Cómo palian estas deficiencias?

A) RESPECTO A LA FORMACIÓN MIR:

1. ¿Considera que los residentes de primer año que se incorporan al sistema sanitario cada año, lo hacen con una formación adecuada?
2. ¿Considera apropiada la duración de la formación MIR?
3. ¿Cuál es el sistema de evaluación de la formación MIR? ¿Cree que es adecuada?
4. ¿Cree que sería conveniente la creación de nuevas especialidades dentro del sistema MIR? ¿Cuáles? ¿Por qué?
5. Actualmente los médicos internos residentes de primer año se incorporan al sistema sanitario a principio de Julio. ¿Cree que es el momento adecuado? Si considera que no, ¿por qué? Y ¿cuál cree que es el momento adecuado para la incorporación de los MIR?
6. Si una modificación en la fecha de incorporación de los MIR llevara consigo la coincidencia de dos promociones de residentes de primer año (aunque solo fuera por un breve período), ¿qué medidas tomaría su hospital para garantizar la formación de éstos?

B) RESPECTO A LA FINANCIACIÓN DE PLAZAS MIR:

1. ¿De donde procede la financiación de las plazas MIR? Explique el proceso desde el principio.
2. La financiación de las plazas MIR; ¿es a través de una dotación económica específica ¿ de donde viene? O ¿proviene de un presupuesto general?.
¿Le parece adecuado?

Firma y sello.

El Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, la Sociedad Española de Educación Médica y la Presidencia de la Conferencia de Decanos le agradecen sinceramente su valiosa colaboración.”

2.1.- Resultados

Desafortunadamente no hubo demasiadas respuestas a las encuestas. Aún y así las pocas que se obtuvieron todas indicaban la necesidad del adelanto paulatino de la fecha del examen MIR hasta Noviembre para poder incorporar a los Residentes en Marzo como se hacía antiguamente, puesto que las fechas de incorporación actual se consideran malas ya que coinciden con los meses de verano.

B.- PREGRADO

Una vez bien encaminado en gran medida el problema de Postgrado (en el cual no se puede bajar la guardia y dejar que se vuelva a complicar) el CEEM debe de abrir nuevas vías de trabajo centradas en el Pregrado con el objetivo de mejorar la calidad de los estudios de medicina.

Con este objetivo en las JEEM de Lleida se inició la elaboración de un macro informe de la situación actual del pregrado, poniendo ya inicialmente de manifiesto las grandes carencias de nuestra formación; y se decidió adherirse a la Declaración de Granada puesto que también iba en la línea de mejora de la docencia.

Durante mucho tiempo tuvimos la mirada fija en postgrado y ya es hora de analizar a fondo y de luchar por una gran mejora del pregrado.

Debemos de ser conscientes que nuestra formación empieza en primero de medicina y no en la residencia y debemos de exigir que esta formación sea de calidad ya desde el principio.

I.- Primera Aproximación a la Visión de los Estudiantes Sobre el Estado de las Facultades de Medicina Españolas

Se han detectado como carencias de forma inicial:

I.- La implantación de los NPE no ha supuesto la necesaria reducción del temario teórico tendiéndose a la condensación de la misma carga teórica en menor tiempo y a la utilización de seminarios prácticos para la explicación de ésta.

II.- Hay diferencias importantes en las tasas académicas de las diferentes facultades.

III.- Se mantiene en exceso la docencia tradicional mediante clase magistral, siendo en general escasa la participación del alumnado en la docencia, la docencia basada en casos clínicos y el uso de nuevas tecnologías.

IV.- Los docentes no son evaluados en la mayoría de los casos y cuando se les evalúa los resultados no tienen repercusiones significativas.

V.- Es frecuente el incumplimiento de las diferentes normativas de exámenes de cada universidad.

VI.- Muchas de las prácticas hospitalarias estipuladas no se realizan, no tienen detallados sus objetivos o éstos no se cumplen, siendo responsables de esto no sólo la facultad sino también el servicio sanitario en que deberían realizarse dichas prácticas.

VII.- La escasez de cadáveres afecta a la correcta realización de las prácticas de Anatomía en algunas facultades.

VIII.- En la mayoría de los casos no se promueve el acercamiento e integración de los estudiantes al mundo de la investigación.

IX.- En algunas facultades, no en todas, los fondos bibliográficos son escasos, incompletos o están anticuados.

X.- El acceso a las nuevas tecnologías (ordenadores, Internet,...) no está suficientemente garantizada en la mayoría de las facultades.

II.- DECLARACIÓN DE GRANADA

En las JEEM de Lleida el CEEM decide adherirse a esta declaración.

[Se adjunta a final del documento]

C.- RELACIÓN DEL CEEM CON OTRAS ASOCIACIONES

I.- Relación con IFMSA-Spain

El CEEM firmo un acuerdo con IfmsaSpain creando una vía de pase de información.

“Reunidos los Representantes de IFMSA-Spain y el CEEM (ver abajo firmantes), en la Universidad Complutense de Madrid a 19 de diciembre de 2001, acuerdan:

1. Fomentar la colaboración entre los Comités Locales de IFMSA-Spain y las Delegaciones de estudiantes de Medicina u organismo similar tanto para el intercambio mutuo de información como para la realización de proyectos concretos.
2. Mantener la relación entre la Comisión Ejecutiva del CEEM o comisión delegada de éste, y Junta Directiva de IFMSA-Spain tanto para el intercambio mutuo de información como para la realización de proyectos concretos en el ámbito estatal.
3. Cualquier punto del orden del día de las reuniones nacionales e internacionales de IFMSA-Spain que requiera la opinión representativa de los estudiantes de Medicina del Estado Español, será trabajado conjuntamente entre ambas organizaciones, pudiendo el CEEM verificarlos mediante las actas de dichas reuniones o documento equivalente.
4. Este acuerdo será revisado cada dos años por la Comisión Ejecutiva del CEEM y la Junta Directiva de IFMSA-Spain.

Manel Beamud Cortés
Presidente del CEEM

María José Molina Estirado
Presidenta de IFMSA-Spain

Juanmi Garrido Ocaña
Vicepresidente del CEEM

Rocío Ortego Delegado
Coordinadora Nacional de Educación
Médica IFMSA-Spain

Elisa Gil Arribas
Secretaria del CEEM “

Esta vía deberá fortalecerse en el futuro.

II.- Asociaciones de Residentes

Por otro lado se ha contactado con la vocalía de postgrado de la OMC, siendo invitados por ellos a algunas de sus reuniones y constatando la intención de seguir invitando al CEEM, así como con los residentes de la SemFyC.

Estos dos órganos son ahora mismo los únicos que existen como organización de los Residentes puesto que no funciona la CEMIR.

III.- Conferencia de Decanos de Medicina

El CEEM ha mantenido buenos contactos con la CD y ha pedido en varias ocasiones su apoyo para la realización de diferentes proyectos como fue el caso de la encuesta. No hay que olvidar **la importancia que tienen nuestros decanos para nuestra financiación.**

IV.- Vocalía de la SEDEM

En la actualidad el CEEM dispone de una vocalía en la SEDEM la cual es ocupada por uno de sus miembros elegido anualmente por el pleno manteniendo así un contacto directo con esta asociación.

D.- OTROS PROBLEMAS

Puesto que esta no es más que una valoración de la situación del CEEM hecha por gente que en su día formemos parte de él creemos interesante destacar pequeños problemas surgidos a lo largo de este tiempo para que posteriores generaciones puedan solucionarlos o simplemente para intentar evitar que cometan los mismos errores.

1.- **El CEEM todavía no está formado por todas las Facultades de Medicina del Estado Español.** Algunas nunca se han vinculado, otras se desvincularon como es el caso de Sevilla que por un problema surgido en unas JEEM por generaciones ya pasadas decidió abandonar el CEEM.

2.- **Hay que mejorar la comunicación intraCEEM.** Se le está dando mucha importancia al e-groups, pero a pesar de que se perdieron muchas horas de reuniones para optimizar su funcionamiento éste aún deja mucho que desear.

3.- **Se han perdido muchísimas horas de reuniones en la normalización y en el funcionamiento del CEEM** llegando en muchas ocasiones a acuerdos que luego no se respetan o que quieren ser modificados puesto que cuando se deben llevar a la práctica la mayoría de las veces hay un cambio generacional que no está del todo de acuerdo con esos acuerdos. Es importante tener unas pequeñas normas de funcionamiento pero lo más importante es no perder el tiempo.

4.- **Seguimos con el problema de la legalización.** Aún no se ha encontrado la vía para legalizarnos.

5.- **Hay una falta de organización estudiantil** en muchas facultades cosa que dificulta muchísimo llegar a los estudiantes de las facultades mal organizadas así como recoger el sentir de éstos.

DECLARACION DE GRANADA

sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado a veinticuatro de octubre del año dos mil uno

PREAMBULO

Con el fin de contribuir al cambio y a la innovación en la *Educación Médica* de pregrado, cuya necesidad está hoy día ampliamente documentada y aceptada por las facultades de medicina y las sociedades científicas que trabajan en este ámbito, la World Federation for Medical Education (WFME) presentó en Copenhague, el mes de octubre de 1999, un documento sobre estándares internacionales para la *Educación Médica* de pregrado .

El documento de la WFME persigue tres objetivos fundamentales a) estimular a las facultades de medicina para que formulen sus propios planes para el cambio y la mejora de la calidad educativa, de acuerdo con las recomendaciones internacionales; b) establecer un sistema de evaluación y acreditación de las facultades de medicina de ámbito nacional e internacional con el propósito de garantizar unos estándares mínimos de calidad para sus programas; c) salvaguardar la práctica de la medicina y la utilización del potencial humano de los médicos y su creciente internacionalización, mediante estándares internacionales bien definidos para la Educación Médica.

El marco en que se inscriben los estándares minuciosamente descritos en dicho documento, considera que la Educación Médica es uno de los instrumentos esenciales que modelan el ejercicio de la medicina y, por lo tanto, debe orientarse hacia la satisfacción de las necesidades sociales de salud; consecuentemente, las facultades de medicina, asumiendo la responsabilidad que les corresponde en su servicio al ciudadano y a la sociedad, deben formar graduados, los futuros profesionales, de calidad, altamente cualificados desde un punto de vista científico y técnico pero también capacitados humana, social y éticamente para hacer frente a los retos que presenta la práctica médica en un mundo globalizado, preservando además la identidad y la heterogeneidad que requiere la división geopolítica de sus habitantes.

Ante el posicionamiento de la WFME, la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), *de acuerdo con estos* postulados, ha creído oportuno contemplar la aplicación de las recomendaciones de la WFME, al ámbito cultural de habla castellana. Con este fin la SEDEM ha hecho un llamamiento a todos los agentes implicados en el proceso de mejora de la formación médica de pregrado y en especial a la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España, para consensuar un compromiso propio consecuente con la propuesta de la WFME.

OBJETIVOS DE LA DECLARACIÓN

Los firmantes de la presente declaración, una vez examinado el documento elaborado por la WFME quieren hacer constar de forma explícita su total aceptación de los estándares definidos en el mismo, tanto de los básicos como de los que fundamentan un grado mayor de calidad; por lo tanto expresan la necesidad de que las diferentes facultades de medicina españolas e hispanoamericanas procedan de acuerdo con dichos estándares e inicien un proceso de reforma y cambio y de mejora de su calidad. En particular los firmantes de esta Declaración quieren poner énfasis en las siguientes recomendaciones basadas en el documento de la WFME:

Las Facultades de Medicina deberían:

1. Declarar pública y explícitamente su **misión y objetivos institucionales** desde su responsabilidad social, la declaración debe incluir metas científicas, integración con la comunidad y cohesión de la formación de pregrado con el postgrado y con la formación continuada.
2. Identificar y definir explícitamente las **competencias** finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales; como consecuencia, toda la actividad docente, la estructura académica y la asignación de medios se pondrán al servicio de esta meta. Se diseñarán además métodos de medida para la **evaluación de los resultados** como instrumento de mejora y desarrollo de calidad.
3. Disponer de una comisión curricular cuya misión sería ejercer el liderazgo colectivo de todo el proceso curricular, diseñando y planificando el curriculum docente. Las competencias otorgadas a dicha comisión deberían incluir el control del desarrollo y de la aplicación del programa, de su evaluación ulterior basada en resultados y, como consecuencia, de su continua transformación.
4. Enseñar los principios de la medicina científica y la medicina basada en la evidencia, así como el pensamiento analítico y crítico durante todo el curriculum. Así mismo además de las contribuciones de las ciencias biomédicas básicas, las facultades deben incorporar en su curriculum, las contribuciones de las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud que garanticen el comportamiento adecuado en el ejercicio de la práctica profesional y que propicien habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deberán constituir el hilo conductor de todo el curriculum.
5. **Estructurar el curriculum** rigurosamente alcanzando la **integración** horizontal y vertical de las materias que lo componen y promoviendo el **contacto del alumnado con el paciente** lo más pronto posible. Procurar conceder al alumnado la libertad de elaborar su propio bagaje de conocimientos mediante la oferta generosa y adecuadamente estructurada de **materias opcionales**. Utilizar **técnicas docentes** acordes con los objetivos que persigue el curriculum y facilitadoras del aprendizaje de adultos. Diseñar métodos de **evaluación del alumnado** válidos y coherentes con los objetivos del curriculum. Utilizar la evidencia disponible en investigación educativa médica y los datos de la evaluación basada en resultados para promover y desarrollar dinámica y continuamente los cambios y adaptaciones que correspondan.

6. Asegurar la **participación** en todo el proceso educativo de profesores, alumnos, administración y equipo de gobierno de la Facultad, buscando el consenso y utilizando mecanismos adecuados para la transmisión y procesamiento de la información a partir de las evaluaciones del proceso y de los resultados y con la finalidad de desarrollar un currículum dinámico y una mejora continuada de la calidad.
7. Definir claramente una **política de captación y admisión de alumnos** y de los métodos y fundamentos para su selección. Admitir un número de alumnos relacionado con la capacidad docente de la facultad y adaptado a las previsiones determinadas por las administraciones sanitarias y educativas en cuanto a necesidades futuras de profesionales y en cuanto a plazas disponibles de formación de postgrado.
8. Definir una **política de incorporación de personal académico**, asegurando una correcta definición de los criterios de selección del mismo que incluyan los méritos científicos, docentes y en su caso asistenciales, en relación con la misión institucional. Establecer un programa específico de **desarrollo profesional del profesorado** con la asesoría de expertos en la materia.
9. Estimular la investigación en **educación médica** con especial referencia al desarrollo curricular, las competencias técnicas en materia de metodología docente para adultos, diseño de programas de evaluación e implantación de modelos de desarrollo profesional de los docentes en medicina, considerando en función de las características de cada institución, la creación de una unidad de educación médica.
10. Las Facultades y sus Universidades deberían garantizar **los recursos educativos** suficientes para el desarrollo eficaz del currículum y para el bienestar del alumnado y del profesorado. Prestar especial atención a la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados en calidad y cantidad y la de recursos metodológicos modernos para el aprendizaje clínico: pacientes simulados, laboratorio de habilidades etc.. Facilitar el aprendizaje mediante una política avanzada de aplicaciones tecnológicas para la información y la comunicación. La facultad deberá poseer autonomía suficiente para dirigir los recursos de manera adecuada con el propósito de alcanzar los objetivos globales de la facultad.
11. Poseer una política sobre la **relación entre las actividades de investigación y de educación** y sobre su integración.
12. Poseer una política de **colaboración con otras instituciones educativas**, así como con los foros y asociaciones para el debate y la investigación en educación médica tanto a nivel nacional como internacional, poniendo especial énfasis en las relaciones con la comunidad hispanohablante.
13. Establecer una **interacción constructiva con los sectores sanitarios y educativos**, con las administraciones públicas y con la sociedad, buscando especialmente la **incorporación de la profesión médica** a la formación de los futuros profesionales.
14. **Establecer y consolidar procedimientos de revisión y actualización continua de la función de la facultad** en su estructura, proceso y resultados para adaptarlos al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad, a las necesidades de la

comunidad, a los cambios sociales y a las necesidades cambiantes de la propia facultad de medicina.

Todos los agentes implicados de una forma u otra en el proceso de reforma de la educación médica de pregrado y firmantes de esta declaración son plenamente conscientes de la necesidad de un análisis detallado y en profundidad de los referidos estándares y de su adaptación a las peculiaridades propias de cada Facultad, región o país, así como de su utilidad para iniciar o reconducir el proceso de reforma de la docencia en el pregrado. Por todo ello y sobre la base de estas consideraciones, los firmantes de este documento y en el ámbito de sus respectivas competencias declaran su intención de aceptar los siguientes:

COMPROMISOS

1.- La Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas y la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, respectivamente, se comprometen a instar a continuar, si no iniciar en sus respectivos centros:

- un proceso de análisis detallado y un amplio debate de los estándares propuestos por la WFME para adaptarlos a las peculiaridades de cada institución.
- un proceso de aplicación de estándares a sus programas educativos, respetando en todo caso las diferencias nacionales, regionales y autonómicas y dando cabida a los diferentes perfiles y desarrollos individuales de las facultades de medicina.

2.- La Sociedad Española de Educación Médica y demás sociedades científicas, que suscriben este documento se comprometen a colaborar de forma estrecha y en todo momento con las facultades de medicina en su proceso de reforma y cambio de acuerdo con los estándares establecidos, facilitando su colaboración y asesoramiento científico.

3.- La Organización Médica Colegial colaborará en todos aquellos aspectos contenidos en este documento que contribuyan a mejorar la formación médica de pregrado.

4.- Las Administraciones Públicas y particularmente sus sectores sanitario y educativo, en el ámbito de sus respectivas competencias entienden la necesidad de un marco de referencia común y aceptan la propuesta de la WFME como base para ello y se comprometen a promover aquellos mecanismos que faciliten la aplicación de los cambios y reformas que se deriven como consecuencia del proceso de análisis de los estándares internacionales para la *Educación Médica* de pregrado.

Firmantes:

Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

Associació Catalana d'Educació Medica (ACEM)

Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE)

Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDM)

Association of Medical Schools in Europe (AMSE)

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

Ministerio de Sanidad y Consumo

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Organización Médica Colegial (O.M.C.)

Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM)

Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH)

Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM)