



CELIA GÓMEZ

DIRECTORA GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL
DEL MINISTERIO DE SANIDAD

“EN ALGÚN MOMENTO DE ESTA LEGISLATURA PROCEDEREMOS A LA MODIFICACIÓN DE LA LOPS Y SE PLANTEARÁ ALGÚN TIPO DE DESINCENTIVO A LAS RENUNCIAS DURANTE LA FORMACIÓN MIR”

EN VÍSPERAS DEL INICIO DEL PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZAS DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA QUE COMIENZA ESTE MIÉRCOLES, LA DIRECTORA GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD, CELIA GÓMEZ, DESGRANA ALGUNOS DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES DE ESTA EDICIÓN (2024-25). EN ESTA ENTREVISTA CON ‘IM MÉDICO’ TAMBIÉN ABORDA LOS PRINCIPALES RETOS QUE TIENE POR DELANTE DESDE LA DGOP, ADEMÁS DE ARROJAR LUZ SOBRE OTROS TEMAS CANDENTES NO EXENTOS DE CONTROVERSIA Y QUE PRECISAN MAYOR CLARIDAD.

La economista **Celia Gómez** lleva toda “una vida”, como subraya, volcada en la gestión sanitaria. Más de 35 años de norte a sur del país hasta acabar en el centro, en la Dirección General de Ordenación Profesional (DGOP) del Ministerio de Sanidad, a la que se incorporó en marzo de 2022 en un momento difícil por el impacto de la pandemia de la COVID-19 en el sistema sanitario.

De esta amplia trayectoria se queda con una reflexión: *“Hay diferentes maneras de gestionar el sistema sanitario, y, en ese sentido, creo que en el conjunto del SNS nos falta, muchas veces, conocer más la experiencia de cada autonomía. Compartir cómo hacemos las cosas en un sitio o en otro podría ayudar también a mejorar la situación sanitaria. En el área que nos ocupa, si, en cualquier caso, se han encontrado soluciones que sirven para mejorar, cubrir y retener profesionales, con buenos resultados, por qué no las vamos a utilizar los demás. Nuestro sistema necesita esa parte de consenso y de ponernos de acuerdo”*.

No obstante, según aprecia Gómez, en ciertos temas se va viendo luz como en el caso del registro estatal de profesionales sanitarios, *“un instrumento de suma importancia para conocer de primera mano las necesidades de profesionales sanitarios en todo el país, que va avanzando a medida que las autonomías, sobre todo las más reticentes, van aportando datos que no acababan de facilitar”*, asegura la responsable de la DGOP.

Como expone al respecto, *“estamos analizando con las CCAA la calidad de los datos porque si bien tenemos recopilada una importante cantidad de ellos, en el registro, muchos están incompletos”*. Según añade, *“se está trabajando en todo ello y creo que vamos a poder dar un importante segundo salto hacia la calidad del dato, además de que se vaya completando, ya que -reitera- algunas comunidades autónomas que previamente no enviaban datos ya lo están haciendo”*. Con todo ello, como anuncia, *“en breve, vamos a sacar un primer informe, de todas las profesiones sanitarias y de las especialidades”*.

Asimismo, según avanza *“estamos trabajando en otro proyecto con salud digital para que, una vez tengamos los datos, hagamos un ‘mapa’ exhaustivo de la planificación de necesidades de profesionales”*.

LA COMPLEJA RENOVACIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

Otra de las tareas en las que está inmersa en la actualidad la Dirección General de Ordenación Profesional es la relativa a la renovación de los programas formativos de las especialidades en ciencias de la salud. En lo que respecta a Medicina, algunos siguen vigentes desde hace tres décadas, si bien el Real Decreto 589/2022 establece que, al menos, cada 10 años estos programas se han de revisar.

No obstante, según explica al respecto Celia Gómez, *“se van renovando en función de su antigüedad y ya tenemos algunos más avanzados. Uno de ellos es el de Medicina Nuclear sobre el que, además, ya se hizo la consulta pública; en el de Cirugía Torácica, también está ya hecha; y respecto al de Medicina de Familia, que era de 2005, se optó, el año pasado, por su revisión de acuerdo con el Plan de Acción de AP. También está prevista la actualización de Medicina intensiva, Anestesia y Radiofísica, además de estar concluyéndose el nuevo programa de Urgencias y Emergencias”*.

De acuerdo con la responsable ministerial, en las nuevas revisiones se está introduciendo un cambio metodológico en cuanto a cómo ordenar los programas, a partir de los dominios y competencias detalladas en cada uno. *“Lo que buscamos, básicamente, es la competencia resolutoria, de manera que las novedades que se vayan produciendo se puedan incorporar en dichos programas sin tener que esperar a su renovación”*.

En este caso, la labor fundamental compete a las Comisiones Nacionales de las Especialidades. *“Es verdad que el trámite es un poco tedioso y largo, hasta obtener el texto definitivo, ya que también tiene que pasar por la Comisión de RRHH y tramitarse como una norma, previo a su publicación en el BOE”*.

Además, muchas veces, tal como expone, *“entre unas especialidades y otras hay siempre algunas partes o competencias que pueden solaparse y que son las que generan, a veces, más dificultad, lo que conlleva tener que sentarse con las Comisiones Nacionales correspondientes para establecer adecuadamente los contenidos”*.

Por otra parte, como subraya, *“cada vez que regulamos una especialidad estamos regulando una profesión, y hay una directiva europea, (test de proporcionalidad), además de que la UE nos recuerda a menudo que somos uno de los países que cuenta con más especialidades en el ámbito sanitario, y pensamos, por tanto, que no podemos seguir creciendo por esa vía”*.

Otro de los obstáculos a superar es el de ampliar un año la formación en las especialidades que lo solicitan. Al respecto, Celia Gómez considera que *“hay que tener en cuenta, además, que cada año que se suma al programa formativo equivale a que habrá un año en el que no salgan nuevos especialistas y, además, se reduce la capacidad docente porque se añade un residente más (pensando en uno por año, se puede pasar de cuatro a cinco). También puede suceder que con ese incremento formativo dejen de cumplirse los requisitos en cuanto a número de tutores o de profesionales de la especialidad necesarios para que la calidad de la formación sea la adecuada”*, una parte que, según Gómez, *“tenemos que seguir cuidando mucho. En definitiva, concreta, “hay considerables aspectos que hay que armonizar antes de tomar decisiones sobre cada programa de la especialidad”*.

“TENEMOS UN BUEN SISTEMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS PORQUE LOS CRITERIOS DE CALIDAD HAN SIDO LA BASE DESDE SU NACIMIENTO Y ESO NO LO PODEMOS PONER EN RIESGO”

Equilibrio de plazas

Paliar estas necesidades de profesionales mediante el incremento de plazas de formación sanitaria especializada es otra de las medidas que se han ido implementando en los últimos años. "Ahora mismo estamos ofertando 2.000 plazas más para la formación de especialistas en Medicina, 9.007, frente a unos 7.000 egresados que salen de las Facultades". "Actualmente, los aspirantes eligen la plaza que quieren sin mucha dificultad, no es como hace 20 años que se presentaban miles y había muchas menos", agrega.

Precisamente, y respecto a la adjudicación de plazas, que comienza este miércoles, 23 de abril, la directora de DGOP confirma que sí habrá una sesión extraordinaria en el caso de que queden plazas vacantes y de acuerdo con la orden SND/302/2025, de 27 de marzo. Esta norma contempla "otro llamamiento extraordinario para todas aquellas personas aspirantes que no hubieran sido adjudicatarios de plaza en el llamamiento ordinario por cualquier causa". Diferente es, en relación a otra de las novedades de este año, y que finalmente ha quedado pospuesta para la siguiente edición (2025-26), la relativa a las plazas que resulten vacantes por renuncia expresa o tácita de aquellos a los que se les hubiesen adjudicado la suya correspondiente, y que no van a ser ofertadas de nuevo en la presente convocatoria.

Según detalla Gómez, "con esta novedad se pretende recuperar las plazas resultantes de renuncias para que puedan volver a estar disponibles". Finalmente, se ha decidido posponer la aplicación de esta medida hasta el próximo año "ante la necesidad de que todo quede bien estipulado, necesitamos hacer una regulación y tener a punto la logística y aplicaciones", y subraya que en este nuevo procedimiento "la elección sería solo en formato electrónico". "Todo ello tenemos que analizarlo tanto con las CCAA, como con las unidades docentes, etc., con el fin de calcular bien los tiempos en los que cada plaza se cubra pero que tampoco se ocupen demasiado tarde".

La principal ventaja que resulta de esta medida, "es que van a poder volver a elegir todos, no solo los que no tengan plaza, sino que todos tienen derecho a volver otra vez a escoger en el mismo orden en el que eligieron en su momento. Entonces, se prevé dos vueltas, una primera con las plazas renunciadas y, después, otra con las que dejan los que cambian de opción". Hasta 2.000 plazas rechazadas, durante el período formativo MIR, han sido contabilizadas en cinco años, por lo que la tasa de renuncias y abandonos estaría en torno al 3-4% sobre el total. A la directora de la DGOP no le parece excesivo, aunque sí en cierto modo problemático, "porque aparte del coste que supone cada una de ellas, representa una pérdida de oportunidad para otro compañero o compañera que podría haber conseguido esa plaza". No obstante, avanza, "en algún momento de esta legislatura procederemos a la modificación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en algunas cuestiones, y se aprovechará para abordar algún tipo de desincentivo a las renuncias durante el período de residencia, como también lo tienen contemplado en otros países".

Medicina de Familia, en el candelerero

En cuanto a la situación concreta de Medicina Familiar y Comunitaria, tal como indica, "tenemos que ver de qué manera hacemos que sea más atractiva la especialidad, ya que son las plazas que priorizamos". Por lo general, las plazas que suelen quedar vacantes son las que, normalmente, se ofrecen en lugares de trabajo de más difícil cobertura, sobre todo, en consultorios de las zonas rurales más alejadas. En el último proceso de selección quedaron sin adjudicar 246 de Medicina de Familia en CCAA como Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia y La Rioja. Al respecto, la representante ministerial es consciente de la dificultad que viven algunas CCAA "cuando no se dispone del número de profesionales necesario para cubrir consultas, como sucede con Medicina de Familia, y lo que se quiere, por parte de los agentes sociales, son soluciones, más que explicaciones".

"LA UE NOS RECUERDA, A MENUDO, QUE SOMOS UNO DE LOS PAÍSES QUE MÁS ESPECIALIDADES TENEMOS EN EL ÁMBITO SANITARIO, POR TANTO, NO PODEMOS SEGUIR CRECIENDO POR ESA VÍA"



Ahora bien, lo que Gómez considera que hay que evitar a toda costa *“es poner en riesgo el propio sistema, la profesión y demás, a cambio de soluciones inmediatas”*, en alusión a la propuesta reciente del consejero vasco de Salud, Alberto Martínez, de recortar un año el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (de cuatro a tres) para paliar el déficit de médicos en los centros de salud.

Desde su punto de vista, hay que contemplar otras propuestas como, por ejemplo, *“acreditar más plazas, sobre todo, en las zonas más atractivas para los residentes. En este sentido, pensamos que hay comunidades y espacios en los que la capacidad docente puede ser mayor”*.

Pero, más allá de las dificultades que se puedan generar con la falta de profesionales en determinadas zonas, lo que es evidente, como subraya, *“es la fortaleza de nuestra Atención Primaria, con unos médicos de familia que resuelven cerca del 85 % de los problemas de salud de la población”*. *“Solo hay que ver las diferencias existentes entre países que tienen una Atención Primaria potente de los que no, con el correspondiente impacto en el gasto sanitario, y eso también se traduce en sostenibilidad del sistema”*.

Elección presencial y telemática

Una de las novedades más importantes de esta edición del proceso de selección de plazas de formación sanitaria especializada (FSE) (2024-25), que arranca en breves días, ha sido la de retomar, después de cinco años, la opción de elección de plaza presencial y, al mismo tiempo, mantener la modalidad telemática. *“Volvemos a un sistema más tradicional, mientras que el que disponemos para la elección telemática, el Simule, permite afinar más las posibilidades de encontrar la plaza que se quiere. Eso ahora, de alguna manera, se pierde”*, indica Gómez.

No obstante, añade, *“vamos a intentar, en todo caso, que las personas candidatas también hagan la simulación, porque esta no es incompatible con la modalidad presencial”*.

El objetivo, según remarca, *“es que salga todo bien, que no haya ningún problema. Si lo hay también tenemos planes de contingencia y, seguramente, encontraremos oportunidades de mejora para el siguiente año”*.

Aún así, como reconoce, *“todo tiene costes. En este caso, poner este procedimiento en marcha supondrá un retraso de dos o tres semanas hasta la incorporación de los futuros MIR en junio, y hay que asumirlo, pero no podíamos dejar de dar respuesta a la petición de retornar a la elección presencial aunque tenga como contrapartida tener que esperar unos días más”*.

En todo caso, opina que *“tampoco será tan dramático, porque los R4 que finalizan este año lo harán en julio, al ser los del segundo año coincidiendo con la COVID-19, que también empezaron más tarde, o sea, que residentes va a haber suficientes. Es más, se dispondrán de más R4 durante prácticamente dos meses, por lo que no creo que se generen muchos problemas en los centros”*.

Residentes y Estatuto Marco

La reforma del Estatuto Marco de los trabajadores sanitarios del sistema público español, que también compete a los futuros especialistas que se encuentran realizando el período de residencia, ha sembrado la polémica desde que se conociera que está en fase de revisión para su actualización.

La directora de Ordenación Profesional ha aprovechado para aclarar algunas cuestiones sobre la realidad del contenido del borrador que se está negociando con los agentes implicados.

Una de ellas está relacionada con el tema de la exclusividad de los residentes *“se está difundiendo que pretendemos obligarles a que se queden en el sistema público, y eso no figura en ninguna parte del borrador, ni podría figurar, porque son palabras mayores, aunque también hay que decir que algún país sí tiene contemplado un tiempo determinado para quedarse o para cubrir las necesidades de difícil cobertura”*, señala Celia Gómez.

El planteamiento del Ministerio, al respecto, y, como subraya, *“para nada obligatorio”*, tal como queda plasmado en el borrador, *“es el de ofrecer una posibilidad a los servicios de salud autonómicos de que el especialista que ha terminado la residencia se vincule durante un tiempo de forma exclusiva al sistema público. Es, en cierto modo, una manera*

“ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO CON SALUD DIGITAL PARA QUE, UNA VEZ TENGAMOS LOS DATOS, HAGAMOS UN ‘MAPA’ EXHAUSTIVO DE LA PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES DE PROFESIONALES”

de fidelizar, en un primer momento, a los especialistas que acaban la residencia. Ahora bien, los servicios de salud podrán aplicarlo o no, dependiendo de las circunstancias y de su situación”.

Para que se comprenda mejor, la directora de la DGOP recurre a un ejemplo: *“cuando un MIR acabe la residencia en Dermatología y comience a trabajar en el Hospital Puerta de Hierro, a la comunidad de Madrid se le da la oportunidad de decidir que, durante los cinco primeros años, este profesional se dedique en exclusiva al sistema público, sin poder compatibilizar con la privada”*.

Por tanto, como subraya, *“esta opción a incluir en el borrador de Estatuto Marco, dependerá, en definitiva, de cada servicio de salud”*.

Con respecto a la marcha, en general, del borrador del Estatuto Marco, confiesa que, aunque avanza a buen ritmo, todavía queda trabajo. *“Próximamente, tenemos programadas tres nuevas sesiones que esperemos le den un buen impulso, aunque siempre quedan materias que consumen más tiempo de negociación”*.

De cualquier forma, Celia Gómez se muestra convencida de que *“va a ser un buen texto, un texto robusto que reconoce muchos derechos y mejora mucho con respecto*

al actual porque en los casi 25 años que este lleva vigente ha surgido mucha normativa al respecto". De ahí que, según dice, "no acabo de entender a quienes critican que el nuevo Estatuto Marco que se plantea empeora la situación actual. A mi juicio, es absolutamente inexacto por no decir que es mentira".

La renovación de su contenido, como explica, "emana del compromiso de mejorar las condiciones laborales del personal de los servicios sanitarios. Todo condensado en uno que regule a todas las profesiones. En otro tiempo hubo uno para cada profesión sanitaria, hasta que la norma se unificó en 2003 para todos los sanitarios. El ámbito de negociación laboral ha de ser uno, y otras cuestiones que tienen que ver con cada profesión se pueden dirimir en los espacios pertinentes".

EL FUTURO DEL SISTEMA MIR

Celia Gómez se muestra convencida al cien por cien del buen sistema de formación especializada con que cuenta el Sistema Nacional de Salud "y es así porque los criterios de calidad han sido la base desde su nacimiento, y eso no lo podemos poner en riesgo", remarca.

Como especifica, "nosotros, desde el Ministerio, participamos en una parte de lo que es el sistema MIR hasta que los aspirantes ocupan su correspondiente plaza, después hay otra parte que descansa en cada una de las comunidades autónomas. Lógicamente, la formación debe ser común, porque estamos formando especialistas, todos formamos para todos".

A punto de celebrarse los 50 años del sistema, Celia Gómez es consciente de la necesidad de introducir ciertas mejoras. En este sentido, según explica, "ya se cuenta con algunas experiencias y sigue habiéndolas para mejorar esta formación, por ejemplo, utilizando más espacios de simulación con los residentes, incluso en las Facultades, para que puedan ensayar antes de entrar en contacto directo con el paciente y mejorar destrezas para afrontar sin miedo la clínica diaria, etc. Son iniciativas muy interesantes que van a ayudar a mejorar, sin duda, el sistema formativo".

Otras propuestas a las que hace mención tienen que ver con "estudiar la forma de construir de una manera más libre los currículums, y también buscar nuevos espacios, sobre todo, a partir de las nuevas especialidades, con períodos formativos comunes y disponer de esa versatilidad para poder 'respecializarse'".

Se refiere, en este caso, a modo de ejemplo, "al modelo que hemos creado con urgencias y medicina de familia, que va a tener competencias comunes equivalentes, aproximadamente, al 50% de la formación, con ese mínimo que es el que marca también la LOPS, después, y una vez lleven cinco años trabajando en su especialidad, pueden optar por la otra especialidad, pero solamente completando la mitad restante del tiempo de formación".

Por otra parte, considera que habría que reflexionar en cuanto al tipo de examen de acceso a la FSE "porque, en realidad, los conocimientos que hay que valorar en el examen son los del grado, no son los de las especialidades, ya que, precisamente, es un examen sobre lo que se ha estudiado no sobre la materia en la que se va a formar el aspirante".

Al respecto, como avanza, "estamos trabajando en un proyecto de inteligencia artificial para configurar, de otra forma, el examen de acceso a la formación sanitaria especializada. Podría ayudar a hacer una buena selección y una buena composición de preguntas. Para ello estamos trabajando con el Dpto. de salud digital en ir aportando conocimiento a la aplicación con la que se va a trabajar para poder ponerlo en marcha".

Asimismo, agrega, "en lo que respecta a la parte más práctica del ejercicio estamos estudiando el uso de tablets para su realización, aunque no sería algo inminente, ya que por el volumen de aspirantes que se presentan a la prueba, más de 30.000, la logística es complicada y conlleva una inversión importante".

Integración de nuevos perfiles profesionales

Otro tema que también suscita el debate es el relativo al reconocimiento e integración de ciertos perfiles profesionales que participan en la nueva forma de hacer Medicina sustentada en nuevas tecnologías. Es el caso de ingenieros biomédicos, bioinformáticos, bioestadísticos, científicos de datos, analistas de big data, entre otros. Al respecto, según apunta la responsable de la DGOP, "necesitamos regular, mediante unas normativas específicas, una serie de profesiones que, no siendo sanitarias, están también trabajando, incluso, en algunos casos, muy directa y estrechamente, con los pacientes".

Como reconoce, "es una asignatura pendiente que tenemos en la Comisión de RRHH y pensamos que deberíamos trabajar en ello de manera común con las CCAA y no que se apliquen criterios distintos en cada una". Una herramienta que podría ser muy útil para muchas de estas profesiones, como apunta Gómez, es "el diploma de acreditación puesto que con él se podría reconocer este tipo de formación tan específica. El problema es que, en estos momentos, dichos diplomas están regulados solo para profesionales sanitarios".

Además, añade, "tendríamos que abordar, también, cómo establecemos esas nuevas categorías porque, muchas no están creadas y ni siquiera tenemos identificados a los profesionales que pudieran pertenecer a cada una de ellas".

Por otra parte, como recuerda, "desde 2015, disponemos de un catálogo de equivalencia de categorías que hay que revisar porque hay ya algunas nuevas que están y que no tienen la equivalencia, lo cual puede posteriormente dificultar la movilidad de las personas. En esta parcela también tenemos un trabajo muy interesante por delante". +

"NO LOGRO ENTENDER A QUIENES CRITICAN QUE EL BORRADOR DEL ESTATUTO MARCO EMPEORA LA SITUACIÓN ACTUAL. A MI JUICIO, ES ABSOLUTAMENTE INEXACTO, POR NO DECIR QUE ES MENTIRA"