

**ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA
REPÚBLICA DE COSTA RICA**

PROYECTO DE LEY

**LEY QUE ESTABLECE EL EXAMEN NACIONAL DE MEDICINA PARA EL
RECONOCIMIENTO Y EQUIPARACIÓN DE TÍTULOS (ENMRET) DE LOS
GRADUADOS DE ESCUELAS DE MEDICINA COSTARRICENSES Y
EXTRANJERAS QUE DEBEN INCORPORARSE AL COLEGIO
DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA**

**ÓSCAR LÓPEZ ARIAS
DIPUTADO**

EXPEDIENTE N.º 16.722

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
PARLAMENTARIOS**

--

PROYECTO DE LEY

LEY QUE ESTABLECE EL EXAMEN NACIONAL DE MEDICINA PARA EL RECONOCIMIENTO Y EQUIPARACIÓN DE TÍTULOS (ENMRET) DE LOS GRADUADOS DE ESCUELAS DE MEDICINA COSTARRICENSES Y EXTRANJERAS QUE DEBEN INCORPORARSE AL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA

Expediente N.º 16.722

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

El día 5 de julio de 2007 un grupo de ciudadanos encabezados por el doctor Rodrigo Gutiérrez Sáenz, ex diputado de este Congreso, presentaron al conocimiento de las señoras y los señores jefes de fracción un proyecto de ley que establece el Examen Nacional de Medicina como requisito que deberán rendir todos los médicos graduados en universidades nacionales o extranjeras, para incorporarse al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

A juicio de estos “proponentes” ampliamente calificados, el propósito fundamental del proyecto no es más que cumplir con lo que establece nuestra Constitución Política y varias declaraciones y pactos internacionales a los que se ha adherido nuestro país, en los que ante todo, nuestro Estado reconoce el derecho humano a la salud.

Según citan los proponentes: *“El Estado dicta, cada cinco años, la política nacional de salud basada en las demandas urgentes de la población, de carácter social y económico, a partir de un diagnóstico de situación concreto, fijando metas para el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población, tanto en el nivel urbano como rural. El proceso, desde luego, no es arbitrario sino científico y técnico. Los especialistas del Ministerio de Salud, coordinados por su Ministro, van creando y definiendo las acciones que deben tomarse en plazos cortos, medianos y largos, de tal manera que el nivel general de salud de toda la población no sólo no impida su desarrollo económico social integral y sostenido sino que, además, eleve el bienestar individual y colectivo. Este proceso, de cumplirse, toma por lo menos 10 años para producir un impacto económico y social notable.*

Simultáneamente, formar un médico general toma de 7 años (4 ó 5 años académicos, un año de internado, uno de servicio social) y, a un médico especialista, de 3 a 5 años más. Total: entre 10 y 12 años.

La política nacional de salud que se acuerde en el 2007 debería producir el impacto social y económico esperado en el año 2017; el estudiante que ingrese a estudiar medicina en el 2007, se graduará como médico general en el 2014 y como especialista, según el área que escoja, entre 2017 y el 2019.”

Preguntan los proponentes entonces:

“¿Cómo podrían las facultades y las escuelas de medicina ajustar oportunamente sus planes de formación de profesionales a las demandas sociales y económicas que establecen las políticas nacionales de salud?

¿Cómo puede la sociedad tener certeza de que los graduados en medicina tienen la formación integral (conocimientos, destrezas y actitudes) idónea para resolver los problemas de salud que sufrirá la población dentro de próximos 10 años y más?”

La respuesta es dada por ellos mismos y como se verá esta iniciativa es parte de dicha respuesta:

“Todos los países desarrollados y avanzados del mundo (EE.UU, Canadá, Europa, China, Japón, Rusia, Australia, etc.) y la mayoría de los países latinoamericanos (Chile, Cuba, Colombia, Perú, Brasil, Venezuela, Argentina, etc.) tienen “Boards” o Exámenes Nacionales que deben aprobar los graduados en medicina para ejercer su profesión legalmente.”

Para los proponentes dentro de los que se cuenta con varias docenas de médicos y estudiantes de medicina no existe otro procedimiento alternativo a los exámenes profesionales nacionales, y solo a través de ellos es posible, la formación de competencias profesionales y la realización de metas políticas nacionales en salud, respetando a un mismo tiempo las autonomías institucionales tanto en la esfera pública como en la privada.

La propuesta de un Examen Nacional de Medicina *“se convierte en una avenida de doble vía, donde igual se retroalimenta el proceso político como el académico y gana siempre la sociedad, que ve elevarse la calidad del acto médico”.*

Con el fin de respetar al máximo la justificación elaborada con motivo de dicha propuesta, me permito transcribir textualmente todos aquellos elementos que fueron aportados por los proponentes en la exposición de motivos de esta iniciativa:

“Después de la Conferencia OMS-UNICEF de Alma Ata, 1978,¹ se aceptaron universalmente tres niveles de atención médica que corresponden, a la

¹ Atención Primaria Ambiental (APA), OMS/OPS. División Salud y Ambiente. Washington, D.C., 1998.

vez, a tres grandes áreas de conocimiento y de práctica de la salud muy bien diferenciadas entre sí: la Atención Primaria, como el primer contacto del paciente con los servicios de salud; la Atención Secundaria o de Segundo Nivel, también llamada de atención especializada ambulatoria de la salud; y, de la Atención Terciaria, del Tercer Nivel, el Nivel Hospitalario o de Atención Especializada con paciente encamado. Se mencionan, también, el nivel del hospital especializado y el del Instituto altamente especializado, como niveles 4 y 5”.

Esta trascendental decisión tomada por todos los gobiernos del mundo fue consecuencia de las grandes transformaciones que experimentó la práctica de la medicina durante el siglo XX; de un lado, por el acelerado progreso científico y técnico que experimentó la medicina, especialmente en la segunda mitad de ese siglo; y, por el otro, por el compromiso político adquirido por todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), de elevar la salud a la categoría de derecho fundamental que deben usufructuar sus pueblos.

Los acuerdos de la Conferencia de ALMA ATA fueron dirigidos a acercar los servicios de salud a la población excluida que, por razones de distancia o de desarrollo de los servicios de salud, carecía de ellos². Así se estableció el compromiso, por parte de los gobiernos, de desarrollar la Atención Primaria como meta: “Salud para todos en el año 2000”.

La puesta en práctica del acuerdo de Salud para Todos/2000, durante los siguientes 25 años, generó un profundo debate mundial sobre el proceso de desarrollo de la salud y la enfermedad, que articuló simultáneamente, la salud, la enfermedad, el desarrollo social, el desarrollo económico y el quehacer político de sociedades deferentes entre sí y desiguales hacia adentro.

Las grandes conclusiones de ese debate -que aún no termina- encaminaron el estudio de la salud/enfermedad dentro de un contexto mucho más amplio que el de considerar las demandas de atención médica para atender a la población enferma. La urgencia de encontrar una estrategia que incluyera la atención integral de la salud y la enfermedad, en familia y en comunidad, al mismo tiempo que la sociedad humana experimenta, durante esos años, una aceleración de la expansión industrial y del comercio mundial, tanto en el nivel urbano como rural, ha acercado el sector salud a otros sectores tradicionalmente considerados distantes de la salud, en su más amplia acepción, como por ejemplo, la educación, la vivienda, la nutrición, el paisaje, la contaminación ambiental, estilos de vida, tradiciones culturales y otros.

² La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), reunida en Alma Ata, URSS, reiteró firmemente: “que la salud, estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

Simultáneamente, el profundo y amplio conocimiento de la homeóstasis humana, que aportó en los últimos años la fisiología, la bioquímica, la genética, la inmunológica, la epidemiología y, en general, todas las disciplinas médicas, sociales y la geografía humana, frente a la introducción de agroquímicos, el agotamiento de los recursos naturales, incluida el agua, las migraciones internas y externas, las guerras frías y calientes, las transformaciones de las estructuras económicas tradicionales que han generado cambios en los patrones y estilos de vida y de consumo, el aumento de las importaciones y exportaciones, del transporte y del comercio transfronterizo, nuevas tecnologías con bajas utilidades de mano de obra, con la consecuente desocupación y el crecimiento de la economía informal y un desarrollo industrial desordenado, etc., han conducido a perfilar el actual concepto de salud integral (de las personas en familia y en comunidad) como un elemento medular sobre el que se sustenta la calidad de la vida humana individual y colectiva.

LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA HA CAMBIADO PROFUNDAMENTE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y CONTINUARÁ CAMBIANDO AÑO CON AÑO

Hasta hace 30 años, la práctica de la medicina tradicional hacía énfasis en las siguientes responsabilidades profesionales:

- a) Establecer un diagnóstico de enfermedad.
- b) Concretar un pronóstico sobre las consecuencias de la enfermedad sobre la salud del paciente.
- c) Recomendar un tratamiento curativo o paliativo según el tipo de enfermedad.

Esta visión del ejercicio liberal de la medicina ha variado profundamente en las últimas décadas debido, principalmente, a:

- 1.- La definición del concepto de salud integral (Promoción, educación, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas en familia y en comunidad tal y como H. E. Sigerit la concibió en 1943)³.
- 2.- La incorporación permanente de una numerosa y altamente eficiente aparatología y de centenas de productos industriales y biológicos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.
- 3.- La especialización de la práctica de la medicina.

³ “Nosotros siempre debemos recordar que la medicina no es una ciencia natural, ni pura ni aplicada. Métodos científicos se han usado siempre para combatir la enfermedad pero la medicina como tal pertenece mucho más al dominio de las ciencias sociales porque su meta es social. La medicina, al promover la salud y prevenir la enfermedad procura mantener a los individuos ajustados a su medio ambiente como miembros útiles y contentos de la sociedad. Y mediante la recuperación de la salud y la rehabilitación del paciente trata de reajustar al individuo a su entorno”. Sigerits, H. E. History of Medicine. Vol. Primitive and Archaic Medicine, New York: Oxford University Press, 1951.

- 4.- El conocimiento sobre la estructura y las funciones de las células humanas en el nivel molecular y su relación con la genética y la inmunología.
- 5.- El desarrollo de los sistemas y servicios de salud que ofrecen cobertura a amplias masas populares.
- 6.- El cambio en el perfil epidemiológico de las poblaciones como consecuencia de la urbanización y el desarrollo económico y social de las mismas.
- 7.- El desarrollo teórico y práctico de la atención primaria de la salud.
- 8.- El acelerado crecimiento y desarrollo de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud y la enfermedad que ha producido conocimientos, procedimientos y prácticas de alta especialización que plantean nuevos retos en cuanto a la formación de recursos humanos para el sector salud. (Actualmente se publican mensualmente unas 25.000 revistas de medicina, más de 100.000 nuevos libros y 30.000 libros de texto, anualmente, que aportan cerca de 300.000 conocimientos nuevos que se suman a las grandes bases de información que contienen ya más de 12 millones de datos). Finalmente,
- 9.- La epidemiología demuestra que las poblaciones sufren riesgos de enfermar obedeciendo complejos patrones que demandan una atención integral de la salud en todos los niveles (red de salud).

LA RESPONSABILIDAD DE ATENDER INTEGRALMENTE LA SALUD DE LAS PERSONAS EN FAMILIA Y EN COMUNIDAD

Kerr L. White⁴ estudió la morbilidad en Estados Unidos e Inglaterra, mediante un registro detallado de cuánta desviación de la salud se producía en sus habitantes. La observación de 1000 adultos “enfermos” durante un mes se resume en la forma siguiente:

- 250 declararon sentirse sanos.
- 750 sufrieron alguna alteración de la salud, accidente o molestia. De ellos, 9 requirieron hospitalización.
- 5 motivaron interconsultas especializadas.
- 1 fue internado en un hospital docente.

Un estudio sobre recursos humanos realizado por la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Medicina (Acofem)⁵ repite hallazgos semejantes. El análisis de la morbilidad reveló que durante dos semanas, en cada 1000 personas ocurría lo siguiente:

⁴ Kerr L. White, Modelos de Práctica de la Medicina, capítulo 43, páginas 849 y siguientes del Libro “Preventive Medicine” Edited by Duncan W. Clark, MD y Brian MacMahon, MD. Little, Brown and Company, Boston, 1967.

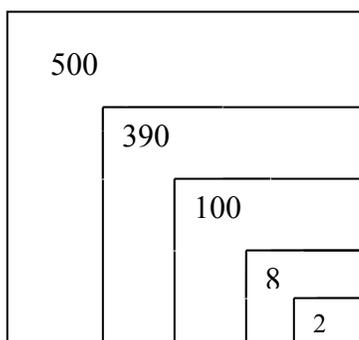
⁵ Antología de Epidemiología Básica, pág. 65. Ed. H. Vargas Martínez, Universidad de Costa Rica, 1978.

364 se sintieron sanas.
387 sufrieron alguna enfermedad pero no consultaron a un profesional.
109 experimentaron restricción de sus actividades ordinarias.
75 estuvieron en cama.
63 consultaron a un médico.
2 fueron hospitalizados.

En Costa Rica, donde la CCSS ofrece consulta médica a la mayoría de la población, especialmente a la urbana, se pueden considerar las siguientes proporcionalidades:

500 personas se sintieron sanas.
390 sintieron molestias pero no recurrieron al consultorio médico.
100 fueron atendidos por un médico general, (en un Ebais o en un consultorio particular).
8 fueron atendidos por especialistas (ambulatoriamente) en una Clínica Integral de la CCSS o en un consultorio particular).
2 fueron hospitalizados para atención especializada (encamados).

Un médico general integral (MGI) bien formado puede resolver el 80% de la patología que se le consulte y refiere, con criterio profesional aquellos casos que requieren atención especializada ambulatoria u hospitalaria. Así mismo puede atender la rehabilitación de la mayoría de las secuelas de la enfermedad y el control rutinario de los pacientes crónicos y terminales.



Las enfermedades de cualquier etiología, en proceso de gestación, se sitúan entre las 500 personas que se declaran “sentirse bien”; entre ellas,

mediante programas de atención familiar domiciliaria (promoción, educación y prevención) se diagnosticarán muchos casos de gran riesgo, porque son asintomáticas o con signos y síntomas menores (hipertensión arterial, diabetes tipo II, algunos casos de cáncer, obesidad, anemias moderadas, depresión, toxicomanías, etc.); las enfermedades banales y las graves en sus estadios prodrómicos, se situarán en el estanco dos y son tratadas con medicina popular, la que ofrece el boticario, o simplemente con dieta y reposo. De agravarse los síntomas el enfermo recurrirá al médico general quien, si está bien formado, está en capacidad de tratar el 80% de las dolencias y referir con criterio profesional, el 20% restante: 18% para consulta especializada ambulatoria y 2% para ser hospitalizados.

Hay que recordar que no siempre se cumple la estrategia de la “medicina integral” de incorporar 990 personas bajo la atención del equipo básico de salud (Ebais) para dispensar -por lo menos- cuatro consultas por habitante al año dentro de un proceso continuo (un médico para cada 250 familias ofreciendo promoción, educación, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud); tampoco la mayoría de los médicos generales están capacitados en el ejercicio de la medicina general integral y, también es cierto que la relación médico familia, en el primer nivel de atención, es muy desproporcionada en nuestro país: alrededor de un médico por cada 1300 familias.⁶

El planeamiento actual de la atención médica descansa sobre una distribución que obedece a la capacidad instalada aproximadamente de 900 Ebais, 60 clínicas integrales y 29 hospitales con 5200 camas.

LA DELICADA Y COMPLEJA TAREA DE FORMAR MÉDICOS GENERALES INTEGRALES

Cabe resaltar que en los planes de estudio de la carrera de medicina y cirugía, en las universidades costarricenses, solamente dos de cada 1000 personas (pacientes internados en los hospitales) constituyó material docente para los estudiantes de pregrado. Huelga hacer comentarios sobre la distorsión que experimenta el estudiante durante su formación profesional cuando solo tiene acceso a un producto tan seleccionado, sucesivamente, a lo largo de la red de salud, cuya atención demanda alta y compleja especialización profesional. En este caso, el hospital docente atiende al 1.3 por 1000 personas enfermas. Como sostiene Sir George Pickering, médico educador inglés, la enseñanza clásica de la medicina nos ha inculcado un principio en que se cuenta hasta dos: el mundo se divide en sanos y enfermos, blanco y negro, sin admitir la posibilidad de la existencia de etapas intermedias. Los estudios precedentes demuestran que existe una especie de espectro continuo que va desde la salud a la enfermedad, donde toda tentativa de fijar límites resultaría arbitraria.

⁶ La OMS/OPS estableció, hace más de 40 años, una relación de un médico para atender a 1000 personas, esto es, un médico por cada 250 familias, que es el promedio habitual en Europa. Cuba tiene una relación de un médico por cada 120 familias.

Finalmente, señalamos la contradicción profunda en que incurre nuestro proceso de formación de jóvenes profesionales, en la etapa de pregrado, proceso que pone todo el énfasis en la enseñanza de la práctica hospitalaria, con pacientes de alta complejidad diagnóstica que solo puede ser resuelta por equipos de médicos especialistas, recurriendo una aparatología y terapéutica también altamente especializada.

Formar médicos generales en casos y ambientes que demandan una práctica especializada es como formar oficiales de la marina para que dirijan las operaciones de un cuerpo de artillería motorizada. El puesto del médico general está fuera del hospital, en el seno de la comunidad, en el escenario donde se gestan los procesos.

La otra fuente de discrepancia reside en una actitud diferente frente a la enfermedad. Mientras el especialista ha puesto clásicamente su énfasis en la curación, el médico general y el especialista integral aplican la promoción, la educación, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud como estrategia para elevar la calidad de vida de las personas, en familia y en comunidad. Ambas concepciones de la práctica de la medicina no son antagónicas; por el contrario, se complementan para dar paso al concepto de medicina integral.

La enseñanza hospitalaria era la adecuada para formar médicos generales hace 40 años cuando la práctica de la medicina apenas iniciaba su división en especialidades. Además, en esos tiempos no había clínicas ni consultorios fuera de los hospitales. Todos los enfermos tenían que llegar al hospital donde la enseñanza pregrado se daba en la consulta externa y la especializada en las salas del hospital.

En la formación de médicos generales, las universidades deberían reformar sus planes de estudios y facilitar el contacto de los estudiantes con el primer nivel de atención mediante una enseñanza basada en la solución de problemas de salud, basada en evidencias científicas, basada en competencias profesionales y basada y orientada en la solución de los problemas de salud de una comunidad concreta.

Frente a la problemática descrita, cabe preguntarse:

¿ES EL EXAMEN NACIONAL DE MEDICINA (ENMRET) UNA NECESIDAD URGENTE?

Sí, el Enmret es una necesidad que debe resolverse en el menor plazo posible.

El Estado dicta, cada cinco años, la política nacional de salud basada en las demandas urgentes de la población, de carácter social y económico, a partir de un diagnóstico de situación concreto, fijando metas para el mejoramiento de la

calidad de vida de toda la población, tanto en el nivel urbano como rural. El proceso, desde luego, no es arbitrario sino científico y técnico. Los especialistas del Ministerio de Salud -coordinados por su Ministro- van creando y definiendo las acciones que deben tomarse en plazos cortos, medianos y largos, de tal manera que el nivel general de salud de toda la población no solo no impida su desarrollo económico social integral y sostenido sino que, además, eleve el bienestar individual y colectivo. Este proceso, de cumplirse, toma por lo menos diez años para producir un impacto económico y social notable.

Simultáneamente, formar un médico general toma de seis y siete años (cuatro ó cinco años académicos, un año de internado, uno de servicio social) y un médico especialista de tres a cinco años más. Total entre diez y doce años.

La política nacional de salud que se acuerde en el 2007 debería producir el impacto social y económico determinado, de aquí al 2017; el estudiante que ingrese a estudiar medicina en el 2007, se graduará como médico general en el 2013 y como especialista entre el 2016 y el 2018 ¿Cómo podrían las facultades y las escuelas de medicina ajustar oportunamente sus planes de formación de profesionales a las demandas sociales y económicas que establecen las políticas nacionales de salud? ¿Cómo puede la sociedad tener certeza de que los graduados en medicina tienen la formación integral (conocimientos, destrezas y actitudes) idónea para resolver los problemas de salud que sufra la población dentro de los próximos diez años y más?

Todos los países desarrollados y avanzados del mundo (EE.UU, Canadá, Europa, China, Japón, Rusia, Australia, etc.) y la mayoría de los países latinoamericanos (Chile, Cuba, Colombia, Perú, Brasil, Venezuela, etc.) tienen Boards o Exámenes Nacionales que deben aprobar los graduados en medicina para ejercer su profesión legalmente.

Estos exámenes tienen los siguientes objetivos:

1. Orientar a las autoridades universidades, a sus profesores, a sus estudiantes y a sus egresados sobre el perfil profesional de salida que demanda la sociedad, año con año, para los siguiente diez años.
2. Asegurarle a la población que quienes ejercen la profesión médica están capacitados para hacerlo.
3. Proveer médicos idóneos para resolver los problemas de salud que demanda el proceso de desarrollo social y económico nacional.
4. Estandarizar conductas, procedimientos y tratamientos basados en normas nacionales de salud sobre bases científicas y técnicas rigurosamente sustentadas.
5. Propiciar el mejoramiento de la calidad de la educación médica.
6. Disponer de información sobre rendimiento académico, en el contexto nacional e internacional, que le permita a las unidades formadoras de recursos humanos para el sector salud, establecer mecanismos de autorregulación.

7. Promover la discusión seria de contenidos curriculares relevantes para la retroalimentación de los procesos de enseñanza-aprendizaje.
9. Reconocer que los currículos que norman la educación de los profesionales en medicina no son cuerpos estáticos sino que, por el contrario, son gestiones que cambian y se ajustan anualmente a las demandas sociales de la salud de la población costarricense.
10. Promover la autorreflexión sobre la praxis de la evolución de los aprendizajes y generar acciones para mejorarla e innovarla.

No existe otro procedimiento alternativo -a los exámenes profesionales nacionales- que permita poner a caminar juntos, en la misma dirección, la formación de competencias profesionales y la realización de metas políticas nacionales en salud, al mismo tiempo que se respetan las autonomías institucionales tanto en la esfera pública como en la privada. El Examen Nacional de Medicina se convierte en una avenida de doble vía donde igual se retroalimenta el proceso político como el académico y gana siempre la sociedad que ve elevarse la calidad del acto médico.

BASES TÉCNICO-CIENTÍFICAS DE UN EXAMEN NACIONAL DE MEDICINA (ENMRET):

1. Todo el proceso de la evaluación profesional debe ser institucional, transparente, inobjetable, eficiente y eficaz.
2. El Examen Nacional de Medicina debe integrar tres ámbitos de responsabilidades:

2.1 El Comité Director Nacional del Enmret: Integrado por el Ministro de Salud, el delegado del Ministro de Educación Pública, el Director Ejecutivo del Cendeisss, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y un decano nombrado por la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina. El CDN/Enmret acuerda los aspectos conceptuales de los exámenes, los reglamentos y las ordenanzas correspondientes. Este Comité Director Nacional contará con asesoría profesional, en evaluación de procesos de enseñanza-aprendizaje, del Ministerio de Educación Pública.

2.2 Un comité técnico del Enmret: Integrado con siete catedráticos con amplia experiencia en docencia y en evaluación de procesos de enseñanza aprendizaje. (tres de la Facultad de Medicina de la UCR y cuatro por la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina). El Comité Técnico se encarga de asegurar la calidad técnica y formal de las preguntas enviadas por las escuelas de medicina tales como redacción, formato, la correcta construcción técnica de las preguntas, uso correcto de términos médicos, unidades de medida, siglas, etc.

2.3 Un comité de contenidos: Integrado con siete catedráticos con amplia experiencia docente y en evaluación. (tres de la Facultad de Medicina de la UCR y cuatro por la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina). Este Comité asegura que el contenido de las preguntas se ajuste a los perfiles de conocimientos aceptados, de tal manera que cada pregunta corresponde al perfil de conocimientos comunes que se espera que el graduado domine. Otros aspectos importantes revisados por el Comité de Contenidos son el uso de términos médicos, consenso en cuanto a la respuesta correcta de las preguntas, evitar ambigüedades en la información, asegurar la relevancia de las preguntas y que estas obliguen a la aplicación de conocimientos y no se limiten a la utilización de la memoria.

3. El Examen Nacional de Medicina (Enmret), igual como se dispone en casi todos los países, deberá presentarse en tres etapas:

A) La primera, destinada a medir los conocimientos adquiridos por los graduandos en las ciencias médicas básicas de pregrado (macro y micro anatomía, fisiología, bioquímica, patología general y especializada, farmacología) sobre los que se harán 180 preguntas.

B) La segunda, destinada a evaluar los conocimientos en la fase de pregrado en medicina interna, cirugía, ginecología-obstetricia, pediatría, geriatría, salud pública y las sub-especialidades: dermatología, psiquiatría, traumatología, urología, ORL y oftalmología sobre los que se harán 180 preguntas.

C) La tercera, que deberán presentar solo los candidatos graduados que hayan aprobado las etapas 1 y 2 del Enmret que aspiran a ingresar a los programas de educación graduada y/o especializada.

El Enmret para licenciados en Medicina y Cirugía, tanto la primera como la segunda etapa, deberá tener una composición proporcionada y racional: por ejemplo, para la primera etapa: macro y micro anatomía, 25%; fisiología 20%, bioquímica 15%, patología general y especializada 25%, farmacología 15%). Para la segunda etapa: medicina interna 30%, cirugía 14%, ginecoobstetricia 14%, pediatría 14%, geriatría 10, salud pública 5%, especialidades 13%.

4. Igual como se puede consultar en las webs del Examen de Licenciatura Médica de EE.UU. (www.usmle.org/default.asp) o del Examen Nacional de Chile o de Perú (<http://emn.cl/preguntas.html>) y (<http://www.aspefam.org.pe/preentacion.htm>) deben publicarse las preguntas y las respuestas correctas de los exámenes anteriores para que los graduandos tengan certeza de la forma, contenidos profundidad y rigurosidad de la evaluación.

5. Las preguntas deben medir los conocimientos alcanzados, en medicina general integral, para ejercer su profesión con plena capacidad para resolver los problemas de salud presentes y aquellos esperados en los siguientes cinco años, de la sociedad costarricense. Para definir esa idoneidad profesional se recurrirá a la formulación de un “perfil de médico general integral que el país necesita” con la participación del Ministerio de Salud, la CCSS, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, la Academia Costarricense de Medicina, las facultades y escuelas de medicina costarricense y la Organización Panamericana de la Salud. Este “perfil” debe actualizarse anualmente, introduciendo nuevas preguntas en el Enmret, con los nuevos conceptos y requerimientos determinados por las políticas de salud nacionales y regionales.

6. Desde el punto de vista de la rigurosidad académica de la evaluación de conocimientos en medicina general integral, alcanzados por los egresados universitarios, los exámenes deben cumplir con todas las normas técnico-científicas de la evaluación, por ejemplo: las preguntas deben ser claras, que demandan respuestas precisas e inobjetables (para eliminar las apelaciones); deben discriminar y medir conocimientos (de conocimiento obligatorio la mayoría, de complejidad media y alta el resto). Todas las preguntas deben contestarse dentro de un período de tiempo predeterminado.

7. El CDN/Enmet mantendrá al día una base de datos con suficientes preguntas probadas como adecuadas para conformar exámenes -de cada una de las etapas- que se ofrecerán cuatro veces al año. Las respuestas del examen las marcará el examinando en una “Tarjeta de Respuestas”, para ser calificadas mediante un programa electrónico”.

Cabe agregar que el suscrito Diputado entiende la función Parlamentaria como algo más que una simple representación, pues nuestra democracia ahora se comprende participativa, por lo que al acoger iniciativas como la que de seguido someto al escrutinio de las señoras y los señores diputados, cumplo con un deber de canalizar e impulsar necesidades legislativas detectadas por los ciudadanos y/o grupos organizados de ciudadanos que debido a su contacto con la realidad, poseen en muchos casos mejor criterio para formular propuestas de la naturaleza como las que nos ocupa, en la que además es un elemento más de convicción resulta ser los comprobados atestados profesionales y académicos de quienes impulsan, razón todas por las cuales solicito su aprobación.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

LEY QUE ESTABLECE EL EXAMEN NACIONAL DE MEDICINA PARA EL RECONOCIMIENTO Y EQUIPARACIÓN DE TÍTULOS (ENMRET) DE LOS GRADUADOS DE ESCUELAS DE MEDICINA COSTARRICENSES Y EXTRANJERAS QUE DEBEN INCORPORARSE AL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA

ARTÍCULO 1.- Todos los profesionales médicos y cirujanos graduados en universidades nacionales o extranjeras, que deben incorporarse al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, deben aprobar el Examen Nacional de Medicina (Enmret).

ARTÍCULO 2.- El Examen Nacional de Medicina lo administrará, reglamentará, confeccionará y calificará la Dirección Nacional del Enmret integrada por el Ministro de Salud, el Ministro de Educación o su delegado, el Director del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (Cendeisss) de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y un decano representante de las escuelas de medicina privadas de Costa Rica.

ARTÍCULO 3.- El Examen Nacional de Medicina se compone de tres fases:

- a) La primera fase que evalúa los conocimientos en ciencias básicas médicas.
- b) La segunda fase que evalúa los conocimientos en ciencias clínicas médicas.
- c) La tercera fase que evalúa los conocimientos de los profesionales graduados que aspiran a ingresar a cursos de postgrado o de especialización en alguna área de la medicina.

El Enmret debe aprobarse en fases, siguiendo el orden ascendente: primera fase, segunda fase y tercera fase.

ARTÍCULO 4.- Refórmase el artículo 7, inciso a) y f) de la Ley N.º 3019, conocida como Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos, de 9 de agosto de 1962. (Reformada por Ley N.º 3671, de 18 de abril de 1966) para que se lea el artículo 7 de la siguiente forma:

“Artículo 7.- Para obtener la inscripción en el Colegio, deberán llenarse los requisitos siguientes:

a) Haber aprobado la fase 1 y la fase 2 del Examen Nacional de Medicina.

[...]

f) Haber hecho un año de internado en un área de salud de la CCSS o en el hospital nacional o extranjero capacitado para tal fin, a juicio del Colegio de Médicos y Cirujanos y de una facultad de medicina costarricense.

El resto de este artículo queda igual.”

ARTÍCULO 5.- El gasto en que incurre el Estado para organizar el Examen Nacional de Medicina será prorrateado entre los examinandos, quienes lo pagarán mediante cancelación del derecho a examen, en cada fase.

ARTÍCULO 6.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley de conformidad con lo que indican los principios científicos y técnicos de la evaluación de los procesos de aprendizaje según la experiencia del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación Pública.

Rige a partir de su publicación.

Óscar López Arias
DIPUTADO

19 de julio de 2007.

NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos.