

# Reflexiones y propuestas sobre la especializaci3n m3dica en Espa1a

Ram3n Pujol<sup>a</sup>, Jos3 Manuel G3mez<sup>a</sup> y Josep M. Mart3nez Carretero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Ciutat Sanitat3ria i Universitat3ria de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

<sup>b</sup>Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

**Los r3pidos cambios tecnol3gicos, poblacionales, de conocimientos cient3ficos, organizativos, profesionales, econ3micos y sociales obligan a una adaptaci3n del sistema de formaci3n m3dica posgraduada. La lentitud en esta adaptaci3n puede ser perjudicial para la pr3xima profesi3n. La reconocida credibilidad del sistema MIR no deber3a actuar como freno de las reformas necesarias.**

Para implementar las mismas se se1alan una serie de problemas detectados como: inadecuaci3n en la cantidad de determinados especialistas, solapamiento de 3reas competenciales entre especialidades afines, rigidez en los sistemas de formaci3n, d3ficit en los programas formativos y evaluativos (tanto a la entrada como durante el propio per3odo de formaci3n), falta de profesionalizaci3n de los tutores, formaci3n heterog3nea para la investigaci3n y dificultades en la incorporaci3n al trabajo como especialistas.

Para poner remedio a estos problemas se proponen una serie de soluciones que, en caso de aplicarse, pueden aproximar a los profesionales especializados a las nuevas necesidades, logrando de esta manera mejoras en la calidad de la atenci3n sanitaria.

Palabras clave:

Formaci3n m3dica posgraduada. Sistema MIR.

## Reflections and proposals concerning medical specialization in Spain

Technological, demographic, health organizational, professional, economic and social changes as well as changes in scientific understanding, are forcing us to change our postgraduate medical training system. Tardiness in this process of adaptation could be harmful to the medical profession. Although the MIR system has a high level of credibility, this should not act as a brake on the necessary reforms.

Various problems have been detected such as: mismatches between needs and production of specialists in some fields; an overlap in some professional areas in related specialties; excessive rigidity in the training system; deficiencies in teaching and assessment (in the entrance exam and in-training) programs; a low level of professionalism among tutors; heterogeneous training for research, and difficulties in getting a job as a specialist.

To solve these problems several solutions are proposed. If these are implemented, they can integrate specialists into the new situation, and contribute to the quality improvement of medical practice.

Key words:

Postgraduate medical training. MIR system.

Se repite insistentemente que nuestra sociedad est3 cambiando a gran velocidad y en la organizaci3n de la atenci3n sanitaria parece que sucede a mayor ritmo del que, en ocasiones, somos capaces de asimilar, y en consecuencia damos respuestas con retraso, o incluso somos incapaces de proporcionarlas por haber dejado crecer excesivamente alguno de los problemas planteados.

Una muestra evidente de esta lentitud se pone de manifiesto en los temas relacionados con la formaci3n m3dica. Basta recordar, como ejemplo, lo que tard3 en implantarse en nuestro pa3s el *numerus clausus* en las facultades de medicina cuyas consecuencias adversas a3n est3n presentes (Rozman, 1997).

Lo cierto es que, centr3ndonos en el per3odo de formaci3n posgraduada de los m3dicos, si no se introdujeran algunas modificaciones con celeridad, se podr3a deteriorar un sistema que surgi3 como innovador, que ha gozado de gran prestigio, pero que necesita a todas luces un *aggiornamento*; estas modificaciones deben basarse como punto fundamental en una adecuaci3n y redefinici3n de competencias seg3n cada especialidad

Correspondencia: Dr. Ram3n Pujol.

Servicio de Medicina Interna.

Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. C/ Feixa Llarga, s/n.  
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

y la consiguiente planificación de los especialistas necesarios en función del modelo organizativo asistencial previamente definido.

Desde las propias sociedades médicas europeas (Karle & Nystrup, 1997), las administraciones estatales (LOPS, 1996), y las autonómicas (Oriol Bosch, 1996; Laporte, 1998), se insiste en la necesidad de adaptar el proceso formativo y evaluativo de posgrado a las nuevas realidades.

El hecho de que el sistema de formación médica posgraduada en España (sistema MIR) tenga su prestigio merecido no es razón para que no se entre decididamente en este debate. Si bien debe hacerse pensando en la Unión Europea, y no debe esperarse a que sus respectivos organismos ejerzan su tendencia innata a la difusión de normativas, sin más, ya que ello conduciría a la ralentización definitiva del proceso.

## ALGUNOS HECHOS RELEVANTES DEL PRESENTE

Aparte de las circunstancias coyunturales que ejercen las diferentes políticas sanitarias, se aprecian factores en marcha que están influyendo, directa o indirectamente, sobre la práctica médica y que, por lo tanto, deberán tenerse en cuenta en la enseñanza y en el aprendizaje de la misma.

### Tecnología

*La asistencia médica dispone hoy de más y mejores elementos diagnósticos y terapéuticos que en el pasado reciente*

Debe considerarse el buen uso de los mismos y, paralelamente, debe mantenerse de forma activa la entrevista clínica como clave en el encuentro clínico y no caer en el error de reemplazarla por el uso de exámenes diagnósticos de "última generación". Debe reconocerse el papel cada vez más decisivo, pero no sustitutivo, del especialista "tecnológico" respecto al clínico y ello implica la necesidad creciente de la adaptación al trabajo en equipo.

### Evidencia científica

*Las decisiones clínicas están mejor contrastadas y dan menos pie a la improvisación y a la intuición*

Debe reforzarse el razonamiento científico en las decisiones clínicas y saber utilizar adecuadamente las fuentes de información disponibles. La consolidación

de la medicina basada en la evidencia puede ser de ayuda en este contexto (Evidence-based Medicine Working Group, 1992).

## Cambios demográficos y nuevas enfermedades (envejecimiento creciente, baja natalidad, infecciones emergentes)

Son situaciones que están modificando el entorno de la práctica médica y que obligan a una adaptación y reorganización de los planes de salud que habrá que considerar para introducir modificaciones en la organización y contenidos de la formación médica posgraduada.

### Organización de la asistencia

*Quienes tienen suficientes años de experiencia observan, con cierta sorpresa, las sucesivas y rápidas propuestas innovadoras de la organización del sistema sanitario*

Una vez aceptado que la práctica médica ha dejado de ser una actividad individual para trabajar en organizaciones, con todas sus consecuencias, habrá que entender que avanzamos hacia un modelo menos hospital-centrista en el que nuevas fórmulas asistenciales están sustituyendo la hospitalización clásica. Ello repercutirá inevitablemente sobre el perfil de los especialistas a formar y el tipo de formación que éstos deberán recibir.

### Redefinición de las profesiones sanitarias

*Habida cuenta de que la formación pregraduada precede e influye sobre la posgraduada, se hace necesario la puesta al día de las diferentes profesiones que interaccionan entre sí*

Existen ya iniciativas en nuestro medio (CCECS, 1998) y en el exterior (The Hastings Center, 1996) tendientes a reflexionar y replantear el papel de cada una de las profesiones sanitarias en el nuevo marco. Ello tendrá que repercutir, obviamente, en la formación posgraduada no sólo en el nivel de la formación adquirida, sino también en los componentes competenciales que habrá que exigir antes de entrar en la siguiente etapa.

### Aumento del coste en las intervenciones sanitarias

Este hecho trascendental influye en la toma de decisiones clínicas que han dejado de basarse en criterios puramente de beneficio para situarse en la valoración concomitante del coste que comportan.

## **Necesidad de rendir cuentas a la sociedad**

Ello comporta que el receptor de la atención sanitaria es, cada vez más, el protagonista de la organización que debe bascular a su alrededor y con su aceptación.

## **PROBLEMAS DETECTADOS EN EL PANORAMA ACTUAL**

Si aceptamos estos hechos relevantes habrá que reconocer que nos encontramos con una serie de dificultades para adaptar la formación a los nuevos requerimientos.

¿Cuáles son las principales disfunciones en la formación médica posgraduada actual? En una relación no priorizada nos encontramos con:

### **Sobreproducción o infraproducción de determinados especialistas**

Algunos análisis realizados en áreas geográficas definidas han detectado (CCECS, 1994) especialidades que son excedentarias en la producción de especialistas o, por el contrario, deficitarias en función del conocimiento que se dispone de las necesidades poblacionales. Se trata de un efecto evidente de la insuficiente planificación unido a presiones corporativas de determinados grupos.

### **Solapamiento de áreas competenciales**

La creación de un número creciente de especialidades con unos contenidos especificados para cada una de ellas pero no consensuados entre las mismas (Guía de especialistas, 1996), por lo que se observa, con relativa frecuencia, reiteración de áreas competenciales que en algún caso generan conflictos de intereses entre los correspondientes especialistas y que distorsionan su formación.

### **Rigidez del sistema de formación posgraduada**

El razonable empeño de conseguir la equidad en el acceso a la formación médica posgraduada y algunas luchas corporativas a lo largo de los últimos 25 años han contribuido a crear un sistema excesivamente rígido. Ello impide las lógicas reestructuraciones basadas en cambios de las necesidades sanitarias de la población. Sin entrar en juicios ni valoraciones específicas, citaremos como ejemplos los conflictos de distinta índole en especialidades ya existentes como la alergia, la neurofisiología, la geriatría o la medicina intensiva. Por otra parte, existen áreas de la práctica médica no reconocidas como especialidad, que mueven a determinados colectivos a solicitarlos como es el caso, por

citar algunos, de enfermedades infecciosas, de urgencias o de gestión sanitaria. Es evidente, además, que el exceso de titulaciones especializadas en España respecto a otros países europeos dificulta la toma de decisiones al respecto.

Probablemente una formación troncal básica, bien estructurada, sería útil para el sistema y para el médico en formación al adquirir conocimientos y habilidades más generales.

### **Deficiencias en algunos programas y evaluaciones**

El sistema precisa una modernización de los programas de formación mediante su adecuación a las nuevas necesidades mencionadas. Además, requiere un método evaluativo más acorde con los conceptos actuales de competencia profesional. Ello supone cambiar la mentalidad existente de evaluaciones punitivas hacia un concepto de evaluaciones formativas (Holmboe, 1998), de manera que el evaluado constate el beneficio de serlo. Aun reconociendo la buena voluntad de los responsables formativos en introducir algunas mejoras en nuestro sistema de evaluación, éste sigue siendo mayoritariamente un ejercicio de complacencia y de carácter más bien administrativo.

### **Falta de profesionalización de los docentes de posgrado**

Existe un acuerdo general en que la figura de los tutores docentes es clave para garantizar la calidad de la formación de los médicos en formación (XCDA, 1997; reunión de las CD-Madrid, 1997); sin embargo, su formación como docentes y su reconocimiento institucional dista de ser estimulante y sigue en manos de los que se dedican a la formación con un talante básicamente vocacional.

### **Dedicación irregular a la investigación**

A pesar de que en los últimos años algo hemos avanzado en las enseñanzas que reciben los médicos en formación para ser candidatos a investigadores, la falta de una adecuada tutorización unida al fenómeno de la "impactología" (Prats, 1998; Camí, 1998) da lugar a algunas distorsiones en los objetivos docentes. Deberían sentarse las bases para que, una vez finalizada la formación de posgrado, se pudiera acceder a una formación mejor estructurada para la investigación (similar al modelo del *fellowship* americano).

### **Falta de un programa de formación general para todos los médicos residentes**

Este hecho comporta deficiencias en algunos aspectos destacados de la competencia profesional actual

como son la bioética, las habilidades comunicativas, la metodología de la investigación y otras que habrían de ser contempladas a través de la generalización de un programa común complementario.

### **Problemas en la colocación de especialistas**

Ello supone, en algunos casos, la producción de determinados especialistas que no resuelven su situación en el mercado actual, lo que genera presión sobre la propia especialidad y sus órganos rectores y sobre el sistema, que no puede disponer de buenos profesionales en los que se ha invertido durante muchos años.

### **Insuficiencias de la prueba de ingreso a la formación posgraduada**

Aunque el examen MIR ha ido perfeccionándose a lo largo del tiempo, aún mantiene el defecto de analizar sólo conocimientos, influir de forma negativa sobre la formación de pregrado e inadecuarse a los objetivos formativos (Pont, 1996).

## **LAS PROPUESTAS**

De forma esquemática, y reconocidos los problemas existentes para avanzar en la formación médica postgraduada, deberían seguirse, en nuestra opinión, unas líneas aproximadas a las que a continuación se proponen:

### **Limitar el número de licenciados que producen las facultades de medicina**

1. Revisar el cupo de especialistas a formar en cada promoción.
2. Informar a los candidatos de la necesidad de adecuar las necesidades de la población a la cantidad de médicos a formar.

### **Planificación del tipo y cantidad de especialistas necesarios en función del modelo asistencial; ello supone analizar con detalle y tomar decisiones sobre:**

1. Proporción de generalistas/especialistas/superespecialistas.
2. Freno en las especialidades excedentarias.
3. Impulso o reconversión en las deficitarias.
4. Consenso en la definición de competencias entre los colectivos implicados.

### **Puesta en marcha de las áreas de capacitación, o "expertise", que surjan desde las especialidades y que permitan ejercer una actividad más**

### **específica, aportando flexibilidad y permeabilidad al sistema**

1. Actualización de las especialidades existentes.
2. Implantación de las áreas de capacitación con sus programas.

### **Revisión y adecuación de los programas formativos en base a:**

1. Contenidos puestos al día según los nuevos entornos y conocimientos.
2. Aceptación de solapamientos entre especialidades o áreas de capacitación.
3. Definición de objetivos docentes (incluyendo investigación).
4. Implantación de programas posresidencia de formación investigadora.

### **Refuerzo e impulso definitivo a los tutores docentes con criterios modernos de promoción (Mc Hugh, 1994)**

1. Implantación de programas de incentivación de tutores.
2. Oferta de formación para los mismos.
3. Definición del perfil.

### **Cambio decidido del sistema evaluativo (Gómez, 1998)**

1. Del examen MIR. Evaluación de la competencia global.
2. Del período formativo. Con evaluaciones formativas, *de ayuda*.
3. Análisis del cumplimiento de los objetivos docentes.
4. Evaluación final sobre las competencias previamente definidas para cada especialidad.

## **BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

- Camí J. Impactología: diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 515-524.
- CCECS (Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut). Les competències professionals dels metges (borrador). Barcelona: 1998; 1-17.
- CCECS. Estudi de les especialitats excedentàries i deficitàries. Comissió de Medicina i especialitats relacionades. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Barcelona: 1994.
- Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of Medicine. *JAMA* 1992; 268: 2.420-2.425.
- Gómez JM, Pujol R. Changes in medical education in Spain. *Acad Med* 1998; 73: 1.076-1.080.
- Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review. *Ann Intern Med* 1998; 129: 42-48.
- Karle H, Nystrup J. Evaluation of medical specialist training: assessment of individuals and accreditation of insti-

- tutions. Association for Medical Education in Europe, 1995; 1-38
- Laporte J. Catalunya, demà. La política de la salut més enllà del 2000. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1998; 1-34.
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (borrador). Madrid, 1996; 17-23
- Martín Zurro A. Criteris per a l'acreditació de tutors docents. Document de la Xarxa de Comissions de Docència i Assesores. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1998.
- McHugh PR. El comité de promoción al rango de profesor en la facultad de Medicina de Johns Hopkins: una carta de la experiencia. Med Clin (Barc) 1994; 102: 259-266.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. El papel de las comisiones en la formación sanitaria especializada. Conclusiones de las jornadas de comisiones de docencia y comisiones asesoras. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: junio de 1997; 1-5.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de especialistas en formación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Oriol Bosch A. La formación médica desde la administración. La perspectiva del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Arch Fac Med Zaragoza 1996; 36: 22-23.
- Pont E, Ferrer F, Bohigas L. La prova d'accés a metge intern resident. Sant Cugat: Universitat Autònoma de Barcelona, 1996; 1-126.
- Prats G. EL rey desnudo: ¿la investigación para qué? Med Clin (Barc) 1997; 109: 460-462.
- Rozman C. La educación médica en el umbral del siglo XXI. Med Clin (Barc) 1997; 108: 582-586.
- The Hastings Center. The goals of medicine: setting, new priorities. The Hasting Center Report Nov-Dec 1996; special supplement.