

Artículo de Opinión

La reforma de la formación sanitaria especializada: ¿una asignatura pendiente?

Dra. Pilar Garrido López

Profesor Asociado. Facultad Medicina. Universidad Alcalá, Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. (IRYCIS), Presidente Comisión Nacional Oncología Médica, Presidente Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud; pilargarridol@gmail.com

Recibido: 20/02/2018; Aceptado: 27/03/2018; Publicado: 01/05/2018

Resumen: Este año se cumplen 40 años del inicio de la formación MIR y puede ser un buen momento para reflexionar sobre las luces y sombras de nuestra formación sanitaria especializada. Desde la publicación del Real Decreto 639/2014 hasta su anulación se llevaron a cabo numerosos esfuerzos encaminados a actualizar los programas formativos de las especialidades incorporando además medidas de evaluación que permitían armonizar y sistematizar la supervisión de la formación. El momento actual nos plantea grandes retos, pero también nos brinda la oportunidad de seguir trabajando conjuntamente en los perfiles de los especialistas que nuestra sociedad demanda e impulsar la implementación de un nuevo modelo formativo que contribuya a fortalecer nuestro sistema sanitario.

Palabras Clave: Formación; Competencias; Evaluación; Programas formativos.

Abstract: Forty years ago, the Spanish training system for physicians, commonly called MIR, was created and now is a good time to reflect on its strengths and weaknesses. In 2014, a legal document named Royal Decree (RD), regulated, among other things, the core curricula specialties (named "troncalidad"). For the almost two years that the RD 639/2014 was in force, numerous efforts were made by many physicians to improve our Specialized Healthcare Training system through residency. Since its cancellation in 2016, many challenges have emerged that will require the commitment of all of us to implement a new training system that really contributes to strengthen our health system.

Key words: Training; Competences; Examination; Syllabus.

En 1910 Abraham Flexner publicó el informe "Medical Education in the United States and Canada"¹. Dicho informe supuso una renovación profunda del sistema de formación de los médicos en Estados Unidos y creó las bases para la medicina moderna instando a los hospitales a convertirse en instituciones en las que se combinara asistencia, docencia e investigación.

Su informe condicionó la conversión de las escuelas de medicina norteamericanas en facultades universitarias, incrementando los requisitos de admisión para los estudiantes. También estableció que los saberes de la medicina se debían construir sobre las bases del conocimiento científico, lo que comportaba el desarrollo de una mente inquisitiva y una actitud mental similar a la del investigador. También planteó que estos saberes requerían de la experiencia clínica²⁻³.

También entonces se inició la transición hacia el hospital moderno siguiendo el modelo de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, en el que coincidieron los denominados cuatro "gigantes de la medicina": el internista Osler, el cirujano Halsted, el patólogo Welch, y el ginecólogo Kelly. Basado en ese modelo se establecieron las relaciones entre universidades y hospitales y se inició el proceso de especialización así como el desarrollo clínico del saber médico a gran escala.

Sir William Osler, conocido como el padre de la medicina moderna, introdujo la enseñanza de la medicina al lado del enfermo y señaló la importancia de los conocimientos de semiología y técnicas de exploración. Para Osler, la investigación era fundamental así como corroborar los diagnósticos o los errores mediante la autopsia. Autor de más de 1.500 trabajos entre artículos en revistas médicas, libros y monografías, Osler también puso énfasis en la necesidad de conocer y ayudar a los pacientes en sus problemas sociales así como en el alivio del dolor y el sufrimiento humano⁴.

Más de un siglo después, muchos han sido los avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de múltiples enfermedades pero también se ha vuelto más complejo el ejercicio de la profesión. Han aparecido nuevas profesiones sanitarias y se han desarrollado nuevos roles generándose mayores expectativas por parte de una sociedad cada vez más participativa pero también más exigente.

Este año se cumplen 40 años del inicio de la formación MIR, uno de los mayores éxitos de la sanidad española. Aunque los últimos años han traído consigo una enorme cantidad de cambios y novedades en todas las especialidades sanitarias que se han ido incorporando a la formación de los especialistas con mucho esfuerzo por parte de las unidades docentes, en muchas ocasiones también se ha puesto de manifiesto la obsolescencia de los programas formativos vigentes. En otras palabras, aunque el modelo actual de formación sanitaria especializada (FSE) ha aportado grandes beneficios a la formación de los residentes en España, parece claro que después de cuarenta años es necesaria una reflexión sobre qué clase de médicos se necesitan para atender las necesidades presentes y futuras de la sociedad y actualizar los programas formativos en consonancia con ello.

Las Comisiones Nacionales son órganos de participación, diálogo y asesoramiento en las materias relativas a la formación de los especialistas en ciencias de la salud. Su composición así como la del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), viene recogida en los artículos 26 y 30 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS), que contempla que por cada una de las especialidades en ciencias de la salud se constituirá una comisión nacional. Entre sus funciones destaca la elaboración del programa formativo de la especialidad, el establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación y el establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas. Respecto al CNECS, recogido en el artículo 30 de la LOPS, está compuesto por los presidentes de las distintas comisiones nacionales de las especialidades en ciencias de la salud, dos especialistas por cada uno de los títulos universitarios que tengan acceso directo a alguna especialidad en ciencias de la salud, dos representantes del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, dos representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y dos representantes de las comunidades autónomas designados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como define la LOPS, corresponde al CNECS la coordinación de las actuaciones de las comisiones nacionales de especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico al MSSSI en materia de formación sanitaria especializada. Por delegación del pleno, la Comisión Permanente ostenta las funciones de elaboración de los informes de ratificación de los programas formativos de las especialidades, previa consulta a los representantes del pleno.

En julio 2015, se procedió a la renovación del CNECS y de su Comisión Permanente, que recibió la encomienda de liderar el desarrollo de la troncalidad de acuerdo al marco del Real Decreto 639/2014 entonces vigente.

La publicación del RD 639/2014 de 25 de julio, por el que se regulaba la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, constituía un paso de indudable importancia en el desarrollo del artículo 19 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en la que ya se preveía la adquisición de competencias comunes a varias especialidades en ciencias de la salud a través de un periodo de formación uniforme, denominado tronco, en convergencia con la estructura de la formación especializada de otros países miembros de la Unión Europea.

El objetivo de esta nueva estructura de formación especializada era que los profesionales sanitarios, a través de las competencias adquiridas en el periodo de formación troncal, aprendan a abordar, desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral, y a trabajar de la forma más adecuada para poder proporcionar una atención sanitaria orientada a la eficaz resolución de los procesos de los pacientes, con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de las ciencias de la salud requieren.

Desde su renovación en el año 2015 y hasta la anulación del RD en Diciembre 2016, la Comisión Permanente impulsó la puesta en marcha de las distintas comisiones delegadas de tronco, la elaboración del documento de competencias genéricas - aprobado en el pleno de julio 2016 - y los informes de ratificación de las propuestas de competencias elaborados por las comisiones delegadas del Tronco de Imagen Clínica y de Psiquiatría. También trabajó en la definición de competencias comunes en los denominados troncos médico y quirúrgico.

Durante ese tiempo se trabajó en un modelo de formación por competencias que incluía tres tipos: troncales, específicas y genéricas o transversales. Las competencias troncales o comunes hacían referencia a las competencias que debían aprender los residentes de las diferentes especialidades integradas en un mismo tronco durante el conocido como periodo troncal. Las competencias específicas, eran las propias de cada una de las especialidades y se aprenderían en el llamado periodo formativo específico que comenzaba una vez finalizado el programa troncal. Por último, las competencias de carácter genérico o transversal, eran comunes a todas las especialidades y a todas las titulaciones en ciencias de la salud - con las adaptaciones necesarias de acuerdo con la titulación requerida para el acceso a la especialidad- y se adquirirían lo largo de todo el periodo formativo.

Los responsables de elaborar las competencias específicas eran los miembros de la CCNN de cada especialidad mientras que las competencias troncales fueron elaboradas por las comisiones delegadas de tronco, creadas a tal fin en el año 2015. Por último, las competencias genéricas fueron elaboradas por la CP.

En todos los casos se siguió un procedimiento similar, de forma que una vez elaboradas por la comisión pertinente, eran sometidas a la opinión de todas las CCNN para que pudieran presentar alegaciones, que eran debatidas y muchas veces incorporadas como mejoras al documento inicial.

Esta dinámica de trabajo permitió que a lo largo de casi dos años se confeccionara un modelo basado en el consenso y en la transparencia de las decisiones. Además favoreció un apasionante y rico debate sobre los contenidos formativos que incluyó a todos los miembros de las distintas CCNN de las diferentes especialidades de todas las titulaciones en ciencias de la salud. Se incorporaron opiniones de distintos profesionales y multitud de expertos participaron en diferentes momentos del proceso, siempre con el objetivo común de mejorar la FSE.

Otro acto innovador de este proyecto fue la incorporación de instrumentos de evaluación. Todos los programas compartían cinco posibles instrumentos de evaluación (examen escrito, observación estructurada, audit, 360º y portafolio) y se señalaban en el documento los que podían utilizarse para cada una de las competencias, de forma que cada unidad docente seleccionara entre las posibles el que mejor se adaptara a su entorno. Los instrumentos de evaluación suponían también una dinamización de la relación con los tutores e incorporaban a la evaluación a otros agentes profesionales e incluso al propio paciente. Sin duda, los instrumentos de evaluación contribuían a sistematizar y normalizar la supervisión de la formación de todos los residentes, a la par que nos permitía tener un elemento más para evaluar la calidad de la formación.

Por último, se definieron por consenso los procedimientos necesarios para alcanzar la capacitación en el periodo troncal para los troncos médicos y quirúrgicos.

Todo ello ha quedado en suspenso tras la anulación del RD 639/2014, generando una gran incertidumbre en cuanto a la posibilidad de llevar a cabo la tan necesaria puesta a punto de los programas formativos.

Entre los retos pendientes destacaría la necesidad –perentoria en muchos casos- de actualizar los programas formativos pero también de evaluar los resultados de la FSE como garantía para nuestra sociedad y para los pacientes del futuro. Pero también es importante acometer esta reforma

para que los programas formativos se adecuen al entorno internacional facilitando la libre circulación de nuestros profesionales. Por último, la rápida evolución del conocimiento científico y la tecnología obligan a una puesta al día no solo de los profesionales sino de los criterios de acreditación de los centros y las unidades docentes que deben velar por la correcta formación de nuestros especialistas.

Me gustaría que esta reflexión sirviera para poner en valor el enorme trabajo realizado. Quiero pensar que toda esa experiencia acumulada va a transformarse en algo positivo, que definir conjuntamente los perfiles de los especialistas del futuro acorde a las necesidades de nuestra sociedad es una tarea importante y necesaria que no se va a ver interrumpida y que prevalecerá el interés conjunto de mejora de la FSE sobre los intereses individuales.

Sin duda, la salud es la primera preocupación de la ciudadanía y como profesionales estamos convencidos de que la apuesta por mejorar la FSE merece la pena y debe hacerse ahora. Sin duda, sería una enorme pérdida de oportunidad desaprovechar el trabajo realizado y el esfuerzo invertido en lograr, entre otras cosas, programas basados en un amplio consenso.

Referencias Bibliográficas

1. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4., New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, (1910) p. 346, retrieved June 8, 2015
2. Duffy TP. The Flexner Report--100 years later. Yale J Biol Med. 2011; 84(3): 269-76.
3. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. N Engl J Med. 2006;355(13):1339-4
4. Becker RE. Remembering Sir William Osler 100 years after his death:what can we learn from his legacy? Lancet. 2014;384:2260-63.



© 2018 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.