



La formación de especialistas médicos en España

Training of Medical Specialists in Spain

■ José M.^a Segovia de Arana

Resumen

La formación de especialistas médicos mediante el sistema MIR a partir de 1964 ha tenido un papel decisivo en la transformación de la práctica médica en España. A partir del "Seminario de hospitales con programas de posgraduados" se establecieron las bases de formación y los procedimientos de acreditación docente de los hospitales, que cambiarían su orientación al convertir la actividad docente en un estímulo para mejorar la calidad asistencial. El modelo creado, aún habiendo dado resultados muy positivos, necesita ser mejorado en varios aspectos. El autor, con una gran experiencia de primera mano en todo este cambio que ya es historia en la Medicina española, apunta las modificaciones que deberían ser incorporados al sistema actual.

Palabras claves

Sistema MIR. Especialidades médicas. Seminario de Hospitales. Consejo Nacional de Especialidades. Acreditación docente.

Abstract

The training of medical specialists by the residency programs (called in Spain "M.I.R. system") after 1964 has had a decisive role in the transformation of the medical practice in Spain. The training bases and teaching accreditation procedures of the hospitals were established on the basis of the "Hospital seminars with post-graduate programs". These would change their orientation by converting the teaching activity into a stimulus to improve the health care quality. The model created, even though there have been very positive results, needs to be improved in several aspects. The author, with great first hand experience in all this change that is already history in Spanish Medicine, presents the modifications that should be incorporated into the present system.

Key Words

Medical residency system. Medical specialty. Hospital Seminar. National Council of Specialities. Teaching accreditation.

El autor es Catedrático (Emérito) de Medicina Interna de la Universidad Autónoma de Madrid y ha sido, entre otras cosas, Director de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid y Presidente del Consejo Asesor del Ministro de Sanidad y Consumo.

■ La especialización en Medicina se ha desarrollado a medida que progresaban sus contenidos científicos y técnicos. La que inicialmente era una profesión única y homogénea, se fue diferenciando en diversas áreas de actividad según la prevalencia de algunas enfermedades o en relación con el sexo, la edad del paciente, las modalidades del tratamiento médico o quirúrgico o las afecciones de aparatos y sistemas. El proceso de especialización se ha ido haciendo más exigente según las posibilidades diagnósticas y terapéuticas eran más firmes, tanto por mejores conocimientos como por los apoyos técnicos e instrumentales que aumentaban la responsabilidad del médico y, con ello, los compromisos legales y éticos de la profesión.

En España la asistencia médica ha experimentado en las últimas décadas un desarrollo positivo, que ha dotado al país de un sistema nacional de salud eficaz y confiable, según los postulados de la Medicina moderna. En esta transformación de la práctica médica, el sistema de formación de especialistas ha desempeñado un papel decisivo, siendo considerado como la columna vertebral de la organización y funcionamiento de nuestra Medicina asistencial.

Tal transformación ha constituido una situación singular, ya que el sistema de formación de especialistas médicos ha sido impulsado en nuestro país por la Medicina pública, al principio dentro de la Seguridad Social y, posteriormente, en la organización más amplia del Sistema Nacional de Salud. Esto es lógico si se considera que la estructura y los recursos de la Medicina colectivizada son los que han facilitado el desarrollo de la Medicina moderna, al introducir en sus hospitales los avances científicos y técnicos según se iban produciendo, a la vez que se asociaban la docencia y la investigación a la asistencia.

El desarrollo de las especialidades médicas en el hospital, que pronto perdió su primitivo carácter de centro benéfico para transformarse en una institución técnica de la Medicina, hizo que el médico quisiera trabajar preferentemente en el mismo. Paulatinamente la mentalidad liberal del médico, acostumbrado a una práctica independiente y autosuficiente, se fue modificando por la necesidad del trabajo en equipo, multidisciplinario y cooperativo que exigía el desarrollo de las nuevas especialidades. Al no poder abarcar todos los campos, cada vez más amplios, de la Medicina, el médico que se dedicaba a un área concreta, especializada, tenía que colaborar con otros especialistas de forma coordinada e integrada dentro del servicio y del hospital. Se establecían protocolos de actuación profesional, análisis de resultados, controles voluntarios de calidad, actualización de la competencia profesional, todo lo cual iba forjando los nuevos contenidos de la profesión médica, que más tarde se extendieron también a la práctica extrahospitalaria del médico de familia en la atención primaria, en los centros de salud. Ese cambio trascendente del médico liberal independiente, al médico colaborador integrado con el resto del equipo, no fue impuesto por ninguna consigna administrativa o política, sino por la fuerza y la exigencia de la Medicina científica. Es significativo en este sentido que cuando el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) es instaurado en España en 1942, organiza su asistencia según el patrón liberal imperante entonces. Al médico se le asignaba un cupo de enfermos a los que tenía que asistir directamente. Los especialistas, frecuentemente sólo por autodenominación, ejercían la profesión también de forma aislada y sin ningún tipo de colaboración con otros especialistas. Los enfermos de tipo quirúrgico que requerían hospitalización, eran ingresados en residencias organizadas a imitación de los sanatorios de la Medicina privada.

Cada cirujano actuaba con su propio equipo, sin que hubiera una organización que fomentara el trabajo cooperativo.

En 1964 la situación empezó a cambiar con la creación de un centro hospitalario piloto, la Clínica Puerta de Hierro. Ésta, a diferencia de las residencias, adoptó una organización moderna en departamentos de Medicina y de Cirugía, con servicios de las diversas especialidades médicas y quirúrgicas coordinados horizontalmente a través de secciones de técnicas especializadas, servicios generales de laboratorio, radiología, radioterapia, anatomía patológica y medicina nuclear, así como un departamento médico administrativo y archivo general de historias clínicas, junto con la incorporación de servicios especiales de investigación. Todos sus miembros tenían una dedicación completa al hospital. Desde el principio la asistencia estuvo estrechamente unida a la docencia con la formación de especialistas médicos, escuelas de enfermería y de técnicos de diversas especialidades. Este centro hospitalario extendió rápidamente su organización y funcionamiento al resto de los hospitales de la Seguridad Social, con lo que se aseguró la modernización de los mismos, haciendo posible, entre otras medidas renovadoras, la formación general de especialistas en nuestro país, cuyas directrices servirían años más tarde para la docencia pregraduada en algunas facultades de Medicina.

Hasta el comienzo de los años sesenta la formación de especialistas en España se hacía de manera muy irregular. Había unos centros hospitalarios que tenían programas de internado parecidos al modelo francés. Entre estos hospitales se contaban el de Valdecilla en Santander, Santa Cruz y San Pablo en Barcelona y la Clínica de la Concepción en Madrid. El Hospital General de Asturias inicia en 1963 el sistema de residentes. En 1964 al crearse la Clínica Puerta de Hierro, se establece en el mismo año de su creación la formación de especialistas mediante el sistema de médicos internos y residentes.

En aquellos años era frecuente la autodenominación de los especialistas ya que, aunque en 1955 se había promulgado una Ley de Especialidades Médicas que por primera vez pretendía poner orden en la concesión de títulos, nunca llegó a aplicarse, salvo en las disposiciones transitorias que permitían obtener el título de especialista con gran facilidad, sin ninguna garantía en cuanto a los contenidos profesionales que pretendía amparar.

En 1968, a instancias de la Clínica Puerta de Hierro, la Seguridad Social convocó a los hospitales más importantes que estaban realizando la formación de especialistas por el sistema de residencias, para constituir una asociación voluntaria que se denominó "Seminario de hospitales con programas de posgraduados". Este Seminario realizó varias reuniones en diversas provincias españolas, estableciendo ciertas normas generales con las que poco a poco se fueron unificando los programas formativos, y se iniciaron los procedimientos de acreditación docente de los centros hospitalarios. El influjo que el Seminario de hospitales tuvo en nuestro país fue muy grande y, a pesar de sus pocos años de existencia, produjo un cambio notable en la mentalidad de muchos centros, que empezaron a ver la actividad docente como un gran estímulo para mejorar su calidad asistencial. La convocatoria anual de las plazas docentes se hacía al principio por cada hospital, hasta que en 1972 la Seguridad Social, financiadora en su mayor parte de esta formación, comenzó a realizar convocatorias nacionales.

En el año 1978 se llegaron a convocar hasta 4.054 nuevos puestos de internos y residentes, que al cabo de tres o cuatro años de formación irían a cubrir las plazas ofrecidas por los hospitales de nueva construcción. Rápidamente el sistema MIR se extendía por toda España, e incluso fue adoptado por hospitales universitarios en los que existía la modalidad formativa de Escuelas Profesionales. El Seminario publicó en 1970 un trabajo donde se analizaban las características de la Ley de Especialidades Médicas de 1955 y se proponían normas para su actualización. En 1978, el recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, promulgó conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia, un Real Decreto que recogía la totalidad de las ideas contenidas en el documento del Seminario de Hospitales.

Se hacía un estudio de las especialidades médicas y quirúrgicas, eliminando las anticuadas e incorporando las de nueva creación, consagrando el sistema de residentes como el más adecuado. Se establecieron las características de la prueba del examen nacional para acceder al sistema de formación, y se creó para cada especialidad una Comisión Nacional compuesta por doce miembros pertenecientes a las facultades de medicina, al Ministerio de Sanidad, al Consejo General de Colegios Médicos y a las sociedades científicas correspondientes. El Presidente de cada Comisión Nacional formaba parte del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Esta organización fue muy efectiva, ya que se establecieron por cada Comisión Nacional los programas formativos de las especialidades correspondientes, los años de duración, los criterios para la habilitación docente de los servicios hospitalarios, las plazas de residentes que habrían de convocarse al año, y las pruebas de evaluación final para la obtención del título. Los trabajos de las comisiones del Consejo Nacional han ordenado y consolidado un sistema eficaz de formación y titulación de especialistas médicos, probablemente uno de los más modernos y coherentes de Europa, que ha superado el desorden y las irregularidades anteriores. Un nuevo Real Decreto de 11 de enero de 1984 de la Presidencia del Gobierno, introdujo algunas modificaciones en las disposiciones del primer decreto, entre ellas una demagógica supresión de las pruebas finales de evaluación para la obtención del título, motivada por una huelga de residentes de medicina de familia y comunitaria, que eran los primeros que iban a pasar la prueba final dispuesta en el primitivo Real Decreto. A cambio, se establecía la posibilidad de obtener un certificado de diplomado en la especialidad, con carácter voluntario y que en ningún caso se ha llegado a poner en práctica. También se desarrollaron algunas vías paralelas de obtención del título de especialista en el profesorado universitario, y se estableció la posibilidad de homologación por examen de algunos especialistas que no habían cursado sus estudios en España por el sistema de residentes.

Entre los años 1983 y 1985 no se reunió el Consejo Nacional de Especialidades, ya que había terminado la vigencia de los miembros que formaban las primitivas comisiones nacionales, y el sistema estuvo a punto de ver peligrar su continuidad. Afortunadamente, tal continuidad pudo reestablecerse a partir de 1986 y se ha mantenido desde entonces, con un trabajo positivo de los numerosos profesionales especialistas que intervienen continuamente en los trabajos de las comisiones nacionales y del Consejo Nacional de Especialidades.

En el año 1996 se habían acreditado para la docencia posgraduada 220 centros hospitalarios en toda España, con 2.035 unidades docentes. En la convocatoria de ese año para el ingreso en la formación pos-

graduada se ofrecieron 6.096 plazas, habiéndose producido una variación notable en los puestos ofrecidos para la formación de médicos de familia, para dar cumplimiento a la directiva de la Unión Europea que exigía que todos los médicos que terminaran sus estudios de licenciatura en 1995 debían tener por lo menos dos años de formación práctica una vez obtenido el título de licenciado. El Consejo Nacional de Especialidades ha publicado una guía de formación de especialistas con los programas de cada especialidad, y se han regulado las pruebas de acceso a partir de la Orden Ministerial de 27 de junio de 1989 (B.O.E. del 29 de junio de 1989), con un conjunto de normas muy estrictas que dan objetividad y garantía a los criterios de selección.

La prueba nacional para la admisión del candidato a los puestos de residencia convocados cada año y la ulterior elección de hospitales por los admitidos, ha servido, por un lado, para contrastar la calidad de la docencia de las diferentes facultades de medicina, al compararse los exámenes de sus licenciados con los de otras instituciones y, por otro, para conocer los hospitales de más prestigio en el país por las preferencias en la elección que hacen los candidatos admitidos. El sistema actual de formación de residentes y la prueba nacional se han convertido en la valoración espontánea más objetiva de toda la educación médica de nuestro país.

En los últimos años se han ido introduciendo mejoras en el funcionamiento y en la normativa de la formación de especialistas, entre los cuales hay que resaltar los sistemas de acreditación docente de centros y unidades, que han ido mejorando en cuanto a la exigencia y los requisitos indispensables para la acreditación. Igualmente, se han introducido sistemas de evaluación permanente de los posgraduados en formación, se han mejorado las comisiones de docencia y se han intensificado los trabajos de cada comisión nacional de la especialidad, creándose un comité de estudio de los problemas pendientes o de las nuevas iniciativas para mejorar el sistema.

El modelo español para la formación médica especializada, implantado sobre un Sistema Nacional de Salud, ha dado resultados que en su mayoría son positivos. Comparado con la normativa y las últimas recomendaciones de la Unión Europea, nuestro sistema para la formación médica especializada está bastante bien estructurado, con mecanismos aceptables de acreditación, aunque en algunos aspectos ha de ser mejorado.

Los aspectos que merecen inmediata atención son los siguientes:

1. Es necesario corregir el "desencuentro" entre la formación pregraduada y la formación especializada, que se viene acumulando desde hace años, a pesar de la pretendida reforma de los planes de estudio pregraduados. Esta modificación tiene que acompañarse de la "adecuación" de la formación pregraduada con la doctrina de la Unión Europea acerca de los objetivos fundamentales de este período formativo.

2. El previsto reconocimiento de las áreas de capacitación específica, "subespecialidades", en la mayoría de los estados miembros de la Unión Europea planteará conflictos de competencia entre las especialidades y las propias áreas de capacitación específica que sean reconocidas como tales.

3. Es necesario adecuar el número de médicos que terminan en las Facultades de Medicina cada año con el número de plazas de formación de especialistas que se ofertan. El equilibrio ya se está logrando en las últimas convocatorias, pero aún quedan por resolver problemas derivados del exceso de médicos por la falta de coordinación entre las universidades y los sistemas asistenciales sanitarios.

4. Se ha criticado con frecuencia la dureza del examen de ingreso en el sistema de formación postgraduada, que exige un esfuerzo considerable de los médicos que terminan sus estudios en la facultad, y que incluso orientan sus estudios preferentemente a la preparación de dicho examen. Sin duda, esos problemas y el tipo del examen podrán ser modificados cuando se oferten puestos de formación especializada para todos los médicos que terminen cada año sus estudios. Podrán estudiarse entonces pruebas selectivas de los candidatos que se correspondan con sus inclinaciones vocacionales.

5. Es necesario actualizar la exigencia de una óptima calidad educativa para la acreditación de las unidades docentes dirigidas a la formación médica especializada, adaptando estos criterios a las nuevas orientaciones en organización asistencial hospitalaria.

6. El fundamental papel de los tutores ha sido muy débilmente desarrollado en nuestro sistema postgraduado, por lo que es necesaria una reestructuración de los procedimientos de selección y formación docente de los mismos, junto con el reconocimiento, tanto económico como curricular, de su función.

7. El aprendizaje programado de la "metodología de la investigación clínica", al que hasta ahora no se le ha prestado la debida atención y dedicación por parte de los responsables de la docencia postgraduada en los centros acreditados, es fundamental en la formación de especialistas. Debe introducirse la exigencia de una actividad investigadora en las unidades docentes que soliciten acreditación.

8. Debe favorecerse la dedicación a la investigación científica de algunos residentes que deseen completar su formación clínica con actividades investigadoras o docentes. Para ello desarrollarían programas adecuados durante dos o más años, al cabo de los cuales, y tras la realización de la tesis doctoral, serían considerados "especialistas académicos".

9. Las nuevas tendencias sobre la organización y gestión de la atención sanitaria en los hospitales (la llamada "asistencia gestionada"), que conllevan el predominio creciente de la asistencia de corta estancia y extrahospitalaria, la organización de la atención centrada en el paciente y el trabajo multidisciplinario y cooperativo de los profesionales sanitarios, condicionan la dispersión espacial y funcional de los servicios y de sus especialidades. El servicio, como centro absoluto de la formación especializada, irá dando paso, fundamentalmente en hospitales de referencia, a complejas "unidades docentes", centradas multidisciplinariamente en el paciente y en sus problemas, en las que se incluyen e interrelacionan varias especialidades.

10. En los nuevos escenarios, y en los hospitales acreditados para la docencia postgraduada, es prioritaria más que nunca la potenciación de la infraestructura y la función de las comisiones de docencia y de las

jefaturas de estudio, con el fin de que el itinerario formativo del especialista en formación, y su grado de cumplimiento a través de la complejidad física y funcional de las unidades docentes, sea siempre el óptimo.

11. Es necesario establecer algún tipo de examen final de la especialidad, que torpemente se eliminó en el real decreto de 1984 por las presiones señaladas. Podría establecerse con carácter voluntario, pero dándole valor dentro del desarrollo de la futura carrera profesional. Asimismo, debería considerarse de nuevo el diploma de la especialidad que se mencionaba en 1984.

12. Existen proyectos sólidos para afrontar el problema de los médicos que vienen ejerciendo alguna especialidad, incluso dentro del sistema público, sin poseer el título correspondiente. Las fórmulas que se están estudiando para resolver estas situaciones sin menoscabo del prestigio y la eficacia alcanzada por el sistema MIR, parecen razonables y es de esperar que pronto se llegue a una solución adecuada.

13. Los procedimientos para la actualización periódica de la competencia profesional, pueden establecerse de manera fiable mediante la formación médica continuada, coordinada y ordenada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobado legalmente en un Convenio de cooperación, estudiándose actualmente las normas de su aplicación. Sin ninguna duda se cerrará así un ciclo que consolide la excelencia de la formación médica de nuestro país.