



ARTÍCULO ESPECIAL

Situación actual de la formación sanitaria especializada en España



José Manuel Marugán de Miguelsanz^{a,*} y José María Eiros Bouza^b

^a Formación sanitaria especializada, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Cátedra de la Universidad de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 29 de diciembre de 2015; aceptado el 23 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 30 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Formación sanitaria especializada

KEYWORDS

Specialist medical training

Resumen La formación de especialistas en ciencias de la salud se ha mantenido casi inalterada durante varias décadas, pero a partir de la publicación del Real Decreto de Troncalidad, de reespecialización troncal y áreas de capacitación específica, el clásico sistema MIR puede sufrir profundos cambios. Repasamos en este artículo la evolución del mismo en nuestro país.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Current situation of specialist medical training in Spain

Abstract Specialist medical training through the Internal Medical Resident system has remained almost unchanged for several decades, but now it is due to experience profound changes since the publication of the "Troncalidad" and specific training areas ordinance. In this article, we review its evolution in our country.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Nuestro clásico sistema MIR se encuentra en un proceso de profundos cambios, no solo en su diseño, sino también en la filosofía del mismo. La formación de especialistas en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación de médicos especialistas y como uno de los sistemas más prestigiosos, con mayor equidad

y grado de capacitación de los países de nuestro entorno, desde hace ya más de 35 años. Desde su inicio en 1963 en el Hospital General de Asturias, y al año siguiente en la Clínica Puerta de Hierro, se fue adoptando un sistema similar en otros centros, extendiéndose por España en pocos años, hasta la instauración en 1978 de una convocatoria nacional, con examen objetivo y centralizado, tal y como la hemos conocido durante décadas, creándose oficialmente el sistema MIR^{1,2}. Atrás quedaba la formación que residía en las escuelas profesionales y cátedras universitarias. El sistema se extendió después a especialidades sanitarias de

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jmmarugan@telefonica.net, jmarugan@ped.uva.es (J.M. Marugán de Miguelsanz).

enfermería y de farmacéuticos, químicos, físicos y psicólogos. En la actualidad contamos con alrededor de 28.000 médicos residentes en nuestro país, de los que el 66% son mujeres³.

Las condiciones de acceso al sistema MIR y el aprobado en la prueba selectiva sí han cambiado algo en los últimos años. Lejos quedan los años 80 donde el número de plazas convocadas era muy inferior a los candidatos presentados (alrededor de 1.200 plazas para más de 28.000 aspirantes en 1984), lo que ocasionó que un gran número de médicos no pudiera acceder nunca al sistema MIR, y se generara un importante colectivo de médicos especialistas sin título (Mesto). En la reciente convocatoria de pruebas selectivas 2015, para el acceso a la especialidad en 2016, el número de plazas para médicos ha sido similar a años previos (6.098) y hay que recordar que en la pasada convocatoria el número de candidatos era prácticamente el doble de las plazas ofertadas (12.199 para 6.102 plazas). Se mantiene una nota mínima para el aprobado (35% de la media aritmética de los 10 mejores exámenes) que en algunas convocatorias relativamente recientes no había existido (habiendo permitido el acceso al MIR sin demostrar conocimientos suficientes), con un valor del expediente académico en torno al 10%. El descenso desde 2009 del antiguo 25% hasta este bajo porcentaje otorgado al currículo del grado fue recibido favorablemente por los estudiantes, por reducir en teoría las posibles diferencias de calificaciones entre distintas facultades, y el posible «inflado» en algunos casos, especialmente en universidades de otros países. Se ha observado una elevada y significativa correlación entre el expediente académico y los resultados en el examen MIR para las universidades españolas, lo que quitaría importancia a esa posible influencia, pero no para universidades extranjeras, que presentan sobreacreditación académica⁴.

Sin embargo, ese porcentaje del 10% es pequeño para muchos, ya que condiciona que en los últimos 2 años de carrera la obsesión de los estudiantes sea la preparación del MIR y no el estudio de las materias correspondientes del grado. Eliminar toda influencia del expediente en la nota MIR, como siguen proponiendo aún algunos, podría tener consecuencias nefastas sobre la motivación y el esfuerzo continuado de los alumnos a lo largo del grado, y del profesorado y su necesidad de innovación docente⁵. El sector académico lamenta este hecho, que supone en la práctica el control unilateral del acceso a la residencia por parte del Ministerio de Sanidad, como si se desconfiara de la labor formativa de las facultades de medicina.

El cupo de plazas para médicos extracomunitarios, en otras épocas mucho más elevado e incluso sin límite, como hace pocos años, y superado siempre en una segunda vuelta de plazas libres, se ha fijado en el 4% y en una única vuelta. Hay que recordar que la situación llegó a tal punto que, a título de ejemplo, hace 5 años el 42% de los residentes de nuestro centro fueran extracomunitarios. Asimismo, ya se exige conocimiento del idioma español (certificado C1 o C2) para países no hispanoparlantes, y en los casos en que eso ocurriera, renuncia a la plaza MIR que se esté desempeñando.

Como verdadera novedad en las últimas 3 convocatorias existe un porcentaje de plazas por turno restringido para

médicos con discapacidad igual o superior al 33% (427 plazas para médicos en la presente convocatoria, un 7% del total).

Finalmente, la prueba de acceso sigue siendo una única oportunidad basada en un test de respuestas múltiples único para todos, que mide sobre todo conocimientos teóricos. Desde distintas instancias se viene demandando un examen que mida mejor la capacidad de razonamiento, la competencia clínica y el profesionalismo⁵. Únicamente desde 1995 existió un examen por separado para medicina familiar y comunitaria, y otro para el resto de especialidades, aunque de forma transitoria.

De otro lado, este sistema de aprendizaje por asunción de responsabilidad progresiva ha funcionado sin cambios de fondo apreciables desde su inicio. Como novedades, en 2006 se publicó el RD 1146/2006⁶, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, dándole un carácter más laboral a este periodo básicamente formativo, en cumplimiento del título II de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. Las encuestas de satisfacción del residente son una herramienta importante para valorar la satisfacción con el sistema formativo^{7,8}. En nuestra comunidad autónoma existe una serie de campos que no suelen llegar al aprobado, y que, entre otros, ponen de manifiesto de manera constante la no libranza de guardias, la excesiva carga de trabajo, dificultades de acceso a ayudas para actividades complementarias y la ausencia de fidelización laboral al finalizar el periodo de residencia, todas ellas en el capítulo «condiciones laborales», y no tanto en capítulos puramente docentes⁹. La publicación de dicho «Estatuto del residente» en 2006 ha «laboralizado» más este periodo formativo, pero no creemos que ello haya mejorado la satisfacción general del residente. Dentro del clásico sistema de objetivos «fundamentalmente» docentes que muchos tutores en la práctica aún consideran vigente, el residente puede con frecuencia creer ver limitados sus derechos laborales, olvidando el íntimo carácter docente de este periodo formativo.

Finalmente, el RD 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, introdujo importantes novedades en el proceso de tutorización y evaluación de la residencia, pero sin modificar el formato clásico del sistema MIR¹⁰. Sin embargo, a los 7 años de su publicación pocas comunidades autónomas han desarrollado dicho decreto, la primera de ellas Castilla y León en 2009¹¹ (Decreto 75/2009) y la última Cataluña en 2015 (Decreto 165/2015, de 21 de julio).

Asimismo, en los distintos países europeos, aun cumpliendo con la norma común (Directiva Comunitaria 2005/36/CE), siguen sin ser equiparables en su totalidad las diversas especialidades, tanto en su propia existencia, plan de formación y duración, como en el modo de acceso al MIR.

Pero el cambio más profundo en este sistema en nuestro país ha tenido lugar con la publicación, hace ya más de un año, del llamado decreto de troncalidad, que ha pasado desde 2003 por innumerables proyectos, borradores, negociaciones y avatares, y que ha contado con la oposición de múltiples sociedades profesionales y científicas, así como inicialmente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, pareciendo que nunca vería la luz. Sin embargo, dicho

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3323762>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3323762>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)