

## Mesa Redonda: Formación MIR: ¿es necesaria una revolución?

L. ÁLVAREZ-GRANDA<sup>1</sup>, L. GUERRA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Servicio de Pediatría. <sup>2</sup>Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

La Formación Sanitaria Especializada (FSE), ha contribuido desde sus inicios hace 40 años al desarrollo del Sistema Nacional de Salud de nuestro país. El desarrollo de normativa sanitaria de ámbito nacional que se ha ido aplicando sucesivamente desde la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, el Real Decreto de relación especial de Residencia de 2006, el Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud de 2008 y la Orden Sanitaria por la se fijan criterios relativos a Comisiones de Docencia, Jefes de Estudios y Nombramiento de tutor, también de 2008, enmarcan y regulan la actual FSE.

Respecto a la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, primero la Orden Sanitaria que define el Programa Formativo de la especialidad en 2006 y posteriormente el Acuerdo Interministerial de 2011 por el que se establecen los requisitos de Acreditación de la Unidad Multiprofesional de Pediatría, regulan la normativa en vigor respecto a nuestra Especialidad.

Dentro del Real Decreto de 2014 relativo a la troncalidad en la FSE, anulado por el Tribunal Supremo en 2016, la Pediatría era una de las especialidades con tronco propio, lo que nos permitía plantear de forma específica el desarrollo de la misma en caso de que el Real Decreto hubiese constituido legislación consolidada.

Con estas premisas y basándonos en las bondades del actual sistema de FSE en nuestra especialidad, cabe plantearse las reflexiones pertinentes que posibiliten la adaptación del modelo formativo para potenciar desde el mantenimiento básico del modelo, la mejora continua del mismo.

En este sentido es una realidad constatable que el nivel de competencia profesional, incluyendo en el mismo el grado de humanización en el trato con los niños y sus familias, que muestren los residentes de un Servicio al acabar su programa formativo, es el hecho que mejor se correlaciona con la calidad del mismo.

Por tanto, un Servicio que pretenda prestar una asistencia de calidad a sus pacientes debe de formar buenos pediatras. A este fin los facultativos del Servicio deben ser o intentar ser profesionales de primer orden. Formar y evaluar a médicos residentes requiere, por tanto, que los profesionales de plantilla del Servicio se rijan por criterios de calidad asistencial y docente y en algunos casos también investigadora. En este aspecto hay que tener en cuenta que los facultativos evalúan residentes en sus rotaciones, pero ellos no están sometidos a evaluaciones periódicas de su actividad, salvo la evaluación que en algunos criterios de gestión realice el Servicio o el Hospital. En este sentido, la organización funcional del Servicio tiene que facilitar la organización docente que permita cumplir los objetivos de competencias graduales de sus residentes.

Un tema fundamental lo constituye el que los tutores del Servicio puedan cumplir su importante misión con la mejor disposición posible. En este punto, conviene señalar la escasa coherencia del Sistema Sanitario que se traduce en el escaso reconocimiento efectivo de la figura del tutor, y que en términos generales supone que la docencia es en términos generales una actividad poco reconocida por los estamentos gestores de los Centros Sanitarios.

La docencia debía ser considerada como una línea de producción hospitalaria clave en el plan directivo y en conso-

nancia el reconocimiento del equipo formativo del Servicio, especialmente con los tutores debería ser una realidad desde hace muchos años.

Dentro del equipo formativo una acción de mucho valor se derivaría de promover reuniones periódicas de los residentes y sus tutores con los mandos intermedios del Servicio para que hubiese un intercambio de opiniones y una implicación mayor en los objetivos de cada Unidad y del propio Servicio.

Respecto a nuevas modalidades formativas, la simulación clínica supone un bagaje básico que debe estar presente en todos los periodos formativos del residente durante todos los años de su residencia. En nuestro medio el proceso formativo a través de instructores del propio Servicio en actuaciones en todas las áreas clínicas multiprofesionales, tanto en Pediatría como en Neonatología, constituyen una realidad que debe hacerse extensiva a todas las Áreas Específicas. Asimismo, las habilidades de comunicación con los niños y sus familias deben de formar parte del programa de simulación de un Servicio.

Existe un aspecto conceptual que creo debería suscitar una adecuada reflexión como supone que en principio es deseable que la responsabilidad clínica básica del Servicio recaiga en el personal de plantilla del mismo. Esta circunstancia, que se orienta a la seguridad clínica, debería integrar la responsabilidad gradual del residente y evitar la pasividad que pudiera suscitar el considerar que el médico responsable de plantilla será el que solucione todos los eventos que puedan plantearse en la asistencia sanitaria. La implicación asistencial, codo con codo, del médico adjunto y del residente debe dejar un margen de autonomía progresiva que no ponga en riesgo la seguridad del paciente y que permita el desarrollo profesional del residente. Este hecho es un reto y debe motivar un punto de encuentro entre los colectivos que puede generar controversias. Es muy importante que cada miembro de un servicio sienta que tiene una responsabilidad docente que debe ejercer de la manera más positiva posible. No hay que olvidar que cada profesional en ocasiones recibe diariamente la responsabilidad formativa del residente y del alumno de pregrado en una actividad asistencial que posiblemente realizaría de una forma más ágil sin la responsabilidad docente añadida.

Respecto a la duración del periodo formativo de la especialidad, creo que debería extenderse durante cinco años en todos los casos ya que se trata de una especialidad muy amplia y compleja en su repertorio asistencial y que sería equivalente a la Medicina Interna del adulto cuyo periodo formativo es de cinco años. Este margen permitiría una rotación con contacto mucho más amplio con la Atención

Primaria doblando, como mínimo, los tres meses actuales y permitiría asimismo el completar al menos 18 meses de formación en un Área Específica, que garantizase una profundización más acorde con las necesidades asistenciales reales de las citada áreas.

Mi opinión es que debería mantenerse un sistema único de residencia y dentro del mismo, si se lograra la ampliación adecuada citada en el párrafo anterior, poder orientar a los profesionales a Atención Primaria o a Atención Hospitalaria en función de necesidades y preferencias.

En referencia a la evaluación del residente y desde la experiencia del examen de competencias objetivas y estructuradas (ECO) en el pregrado, este método no aportaría un avance evaluador significativo, aunque en un entorno favorecedor sería planteable. Creo que la evaluación continua tutelada, quizá con más minuciosidad, y el apoyo continuo en los aspectos personales y profesionales a los residentes deben seguir siendo los pilares de la evaluación del residente.

Un hecho que quisiera resaltar es que en los últimos años la información científica respecto a la asistencia sanitaria ha tenido una facilidad de acceso y una concreción en guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas que favorecen de forma importante el que todos los profesionales, incluidos los residentes, puedan disponer de información rigurosa de forma sencilla. El desarrollo de la historia clínica electrónica y la facilidad de acceso a la historia entre primaria y especializada es otra fortaleza del sistema que facilita también el desarrollo docente del residente.

Por otra parte, es importante instruir a los residentes en generar un uso adecuado de las nuevas tecnologías con respeto a la intimidad de los pacientes y a la debida confidencialidad de los actos sanitarios.

Desde mi punto de vista resultaría muy conveniente que tanto los tutores como los residentes participasen en reuniones formativas no solo en Pediatría, sino en las de Asociaciones Nacionales ligadas al ámbito de la Docencia Médica con el fin de recabar ideas que puedan ser aplicadas en el programa formativo del servicio al que pertenecen.

Es deseable que los residentes continúen colaborando en las actividades docentes para alumnos de pregrado y para otros residentes. La realización por su parte de sesiones clínicas dentro de las Sesiones Generales del Servicio y del Hospital supone un hecho muy positivo y estimulante para todos los miembros de la organización y es una realidad cotidiana que constituye también un hito en su formación.

Debe de potenciarse la participación activa de residentes en actividades de revisiones epidemiológicas retrospectivas

o estudios prospectivos que les permitan una aproximación a la evaluación de la actividad asistencial y al conocimiento de la realidad clínica de su medio.

Sería muy deseable que un número de residentes significativo se inscribiese en los Programas Universitarios de Doctorado, y que de ellos un número elevado pudiera culminar su tesis doctoral en un plazo no lejano al fin de su periodo de residencia. Este hecho supone una de las aproximaciones más directas y tangibles al componente investigador de un profesional.

En suma, en este resumen he querido plasmar que el margen de mejora de la formación MIR en Pediatría con la aplicación de medidas no especialmente complejas es muy amplio, y que además de generar buenos profesionales, este sistema ha sido la base del desarrollo médico en España. Deberíamos de mirar hacia otras organizaciones de reconocido prestigio como puede ser la Organización Nacional de Trasplantes, y aunque se trata de un tema menos abarcable, intentar generar la transformación de un sistema formativo bueno en excelente.