



INFLUENCIA DEL SISTEMA MIR EN LA FORMACIÓN DEL NEUMÓLOGO ACTUAL

E. García Pachón

Residente de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La neumología es una de las pocas especialidades médicas reconocida en todos los países de la Comunidad Europea¹. En todos ellos se exige que el título de médico especialista se obtenga después de haber seguido un programa teórico y práctico con una duración mínima preestablecida, realizado en un centro sanitario acreditado y que implique una participación personal en la actividad y en las responsabilidades¹. Estos requisitos los cumple nuestro sistema de formación de especialistas, el MIR².

Prestigiosos neumólogos han mostrado su apoyo al sistema MIR como forma óptima de preparación de los actuales especialistas^{3,4}. Aun así, no faltan voces que se opongan a la vía MIR, en ocasiones, por la crítica legítima a las distorsiones que puede provocar en la enseñanza de la medicina enfocada a la superación del examen MIR, pero con mayor frecuencia parece esconderse detrás de estas críticas cierta nostalgia de algunos sectores por sus pérdidas influencias en la enseñanza posgraduada.

En efecto, la prueba de selección para acceder a la vía MIR (que no el sistema de formación propiamente dicho) puede haber estimulado a una forma distinta, quizá menos clínica y menos crítica, de estudiar. Es posible que esta prueba constituya el objetivo final de la mayoría de estudiantes de Medicina y de los médicos recién licenciados, a quienes se les acusa de haberse convertido de hecho en "estudiantes de MIR"⁵. Probablemente, las características del examen no son las más adecuadas, con preguntas de especialista para quienes, precisamente, buscan acceder a la especialidad y no valorando otros aspectos más importantes que la capacidad de almacenar datos, como son la aptitud clínica y la madurez. Pero a la vez, esta prueba es un método objetivo y transparente para la necesaria selección. No podemos olvidar que la existencia de otras vías de especialización no significa que no se produciría una selección, sino que ésta sería, en muchos casos, en función de criterios subjetivos, cuando no oscuros y no siempre justos.

En esta línea de buscar sus propios campos de influencia, algunos colegios de médicos, algunas universidades e incluso ciertas comunidades autónomas han realizado intentos de crear titulaciones paralelas a las oficiales, no reconocidas y que, en cualquier caso, no

garantizarían la formación suficiente. Recordemos que algunas de estas propuestas se basan en la actividad como "asistentes" de médicos en paro. Es decir, una actividad no regulada y no remunerada y por tanto sobre la que se puede ejercer un escaso control. En otras profesiones, este tipo de vinculación es impensable y desde el punto de vista de la legislación laboral constituye una situación, al menos, confusa. ¿Puede un individuo en estas condiciones responsabilizarse de las estrategias diagnósticas y terapéuticas?, ¿puede realizar técnicas que conllevan un riesgo para el paciente? Si no es así, ¿quién puede afirmar que ha recibido la formación adecuada?

La vía MIR, además de las ventajas expuestas (selección objetiva, formación supervisada y remunerada en centros acreditados), aporta unos beneficios adicionales: permite el acceso a centros hospitalarios del mayor nivel a personas geográficamente alejadas de ellos, que de otro modo deberían realizar su formación en su área de origen. Además, permite que especialidades hasta ahora cerradas y endogámicas, se abran y desarrollen, favoreciendo de este modo su modernización.

La solución a la mayoría de las críticas contra el sistema MIR está en la adecuación del número de plazas a las necesidades sociales y profesionales. De una parte, ofertar las suficientes para formar a médicos no especialistas que, de otro modo, tienen muy limitada su posibilidad de acceder a puestos de trabajo; pero por otra parte hay que tener cuidado de no trasladar el paro de un grupo de profesionales a otro, creando más especialistas de los que el sistema es capaz de absorber. Esta preocupación ya ha aparecido en otros países^{6,7} y la Comisión Nacional de la Especialidad ya estableció la previsión de 45 plazas de formación al año³, cifra que se ha visto sobrepasada en las últimas convocatorias. Sería necesario realizar periódicamente estudios de las necesidades de neumólogos y sus perspectivas para evitar un número excesivo de especialistas.

La formación en neumología por la vía MIR ha permitido un excelente nivel medio de los nuevos especialistas, no inferior al de los del resto de Europa³. Posiblemente, las características que singularizan la formación MIR provienen de una visión más completa de la especialidad, que incluye el conocimiento de las técnicas y el aprendizaje de los contenidos de sus distintos orígenes: broncología, fisiología clínica, fisiología, etc., con una sólida base en medicina interna y conocimientos adecuados, entre otros, de cardiolo-

Correspondencia: E. García Pachón. Unitat de Funció Pulmonar. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Avda. St. Antonio M.^a Claret, 167. 08025 Barcelona
Arch Bronconeumol 1991; 27:247-248



gía y cuidados intensivos. Por ello se realiza en hospitales generales donde es posible el entrenamiento clínico idóneo y la discusión con médicos de alto nivel de otras especialidades. Pero la preparación del residente también debe incluir aspectos no puramente clínicos, como técnicas de comunicación con los pacientes, de acceso a la información médica o de valoración crítica de la literatura⁸. De este modo podemos afirmar que los neumólogos actuales son médicos con una visión de la especialidad integrada y en armonía con el resto de especialidades.

Además, al realizarse en centros de calidad acreditada, el sistema MIR permite que los neumólogos se formen en un ambiente de investigación y de docencia que, sin duda, contribuye a que la especialidad se desarrolle en línea con las tendencias internacionales más actuales. Para los residentes, las posibilidades que ofrecen muchos de estos centros de incorporarse a sus líneas de investigación, e incluso de realizar la tesis doctoral, suponen un evidente apoyo para conseguir una formación más completa en sus aspectos académicos.

Al abordar el tema desde el punto de vista del residente, sería inexcusable no aprovechar esta tribuna para reflexionar sobre algunos problemas de la residencia, que han sido objeto de numerosos artículos en la literatura médica internacional. En casi todos los países, los residentes están intentando reducir sus horarios de trabajo y mejorar sus condiciones de formación⁹. En nuestro país, la situación varía ampliamente entre los distintos hospitales y especialidades, pero, a modo de ejemplo, no es infrecuente que un residente de neumología en nuestro hospital trabaje más de 90 horas semanales. Este horario excesivo produce notables efectos negativos, tanto en su vida personal y familiar como en la preparación médica, actitud general del residente y en la calidad de sus actuaciones¹⁰. En este sentido, además de adecuar el horario, es necesario asegurar un suficiente entrenamiento en las técnicas propias de la especialidad, e insistir en la obligación de la supervisión para asegurar el correcto aprendizaje y evitar posibles complicaciones¹¹. También es necesario retribuir de forma adecuada a quienes, en la práctica, se les exige tareas de especialista y se les paga como a becarios¹².

La exposición a los conflictos clínicos cotidianos, con sus exigencias, tensiones y responsabilidades, origina necesariamente un estado de estrés en el residente. Aunque este estado puede contribuir al desarrollo de cualidades profesionales deseables, sus potenciales beneficios deben ser cuidadosamente sopesados con los riesgos del impacto negativo. El estrés del residente puede agruparse en tres categorías: situacional, personal y profesional¹³. El estrés situacional se origina en la demanda excesiva de trabajo. En la mayoría de centros, la estructuración del trabajo se basa más en la necesidad asistencial que en el imperativo de la educación médica. El estrés personal dependerá de la situación individual y familiar de cada residente, recordando las dificultades adicionales de los que se han desplazado de su ciudad de origen. El estrés profesio-

nal originado en la responsabilidad de la atención a los pacientes, puede representar un importante apoyo para la adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y conductas¹³. Todo ello no significa que la residencia deba ser un período cómodo. El aprendizaje de la práctica médica debe realizarse con esfuerzo, pero con un esfuerzo razonable y equilibrado.

Para los próximos años se prevén algunos cambios en el sistema MIR. El principal parece ser la distribución troncular al inicio de la residencia, con la posterior separación por especialidades. Está por ver que este sistema ofrezca razonables ventajas sobre la forma actual de formación. En principio, la lectura del proyecto hace suponer ciertas dificultades por la complejidad de su desarrollo.

Otra opción que ha sido apuntada y que se recoge incluso en el programa de formación de la especialidad, es la realización de un examen al final de la residencia. ¿Con qué fin? Es difícil que unas cuantas preguntas den la medida de los conocimientos del residente mejor que el seguimiento cercano de la calidad de la formación que se imparte. Probablemente debe ir en este sentido el auténtico control que debe realizarse, evitando que se formen neumólogos en centros sin los medios o sin la actitud docente necesarios. De cualquier modo, si esta nueva prueba se impusiera, debería realizarse, no como un nuevo obstáculo de preguntas complejas y mal seleccionadas sino como un método de evaluación integral del residente, que además permita detectar las posibles deficiencias de nuestro sistema de formación para poder mejorarlo. Porque en el caso de que un residente no supere un examen tras cuatro años de inmersión en la especialidad, ¿a quién habría que suspender, al residente o a sus instructores?

BIBLIOGRAFÍA

1. Libre circulación de profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicaciones, documentación y biblioteca, Madrid, 1989.
2. Guía de formación de médicos especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicaciones, documentación y biblioteca, Madrid, 1986; 111-114.
3. Martín Escribano P. Formación de neumólogos. Arch Bronconeumol 1987; 23:1-3
4. Sobradillo V. ¿Cómo es un buen residente de Neumología? Arch Bronconeumol 1990; 26:93-95.
5. Dexeus S. Estudiantes de MIR. *El País*, 27 de noviembre de 1990, 2.
6. Whitcomb ME. Pulmonary medicine training: time to pull in the reins. Chest 1986; 90:473-475.
7. Ingram RH. More on training: quantity, quality and questions. Am Rev Respir Dis 1987; 136:3-4.
8. Reynolds PP. Professionalism in residency. Ann Intern Med 1991; 114:91-92.
9. Juniors' hours: international overview. Br Med J 1990; 301:830-832.
10. McCall TB. The impact of long working hours on resident physicians. N Eng J Med 1988; 318:775-778.
11. Walker A. Teaching junior doctors practical procedure. Br Med J 1991; 302:306.
12. Editorial. ¿Médicos o becarios? *El País*, 16 de marzo de 1991; 10.
13. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. Ann Intern Med 1988; 109:154-161.