

## Presente y futuro del MIR de medicina de familia

La sanidad española se encuentra, en el momento actual, en una situación de cambios estratégicos en muchos aspectos. De este momento de alto dinamismo no se escapa la formación especializada, y son muchos los profesionales que se preguntan sobre la mejora del sistema de formación especializada, y nosotros en concreto, de la medicina familiar y comunitaria (MFyC) y su implicación en el desarrollo del conjunto del sistema formativo<sup>1</sup>.

Es reconocida la calidad de la formación especializada en MFyC en España, cuyo peso específico es considerable (forma más del 30% de los residentes de este país). Asimismo, la atención primaria se está visualizando como un entorno formativo de primer orden y ya se ha planteado que 18 especialidades, además de la nuestra incorporen en sus programas estancias formativas en atención primaria<sup>2</sup>. Para intentar visualizar su futuro es importante que analicemos, como si de un DAFO se tratara, las fortalezas y debilidades, las amenazas y oportunidades que tiene la formación de médicos internos residentes (MIR) de MFyC en el momento actual<sup>1-6</sup>, y que se recogen en la tabla 1.

### Marco de futuro

Hacer un ejercicio sobre previsiones de futuro es complicado y muy arriesgado, pero sí se puede intentar analizar

cuáles deberían ser las condiciones adecuadas (tabla 2) para que el sistema de formación especializada siga mejorando<sup>3-6</sup>. Este análisis es imposible de realizar sin hacer una aproximación a los cambios del sistema formativo de forma global, y no debe llevarse a cabo sin entender el grado, la formación especializada y el desarrollo profesional continuados como un *continuum*<sup>7</sup>.

En un horizonte plausible y altamente deseable, los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, así como sus homólogos de las comunidades autónomas, deberían considerar la MFyC y la atención primaria no sólo como una especialidad y un ámbito asistencial, que condiciona una partida pequeña pero incómoda de gastos, sino como un objetivo en sí mismo y una estrategia de primera magnitud para mejorar el grado de salud de la población.

Y esto se debería traducir, en el ámbito formativo, en la presencia de la MFyC en la troncalidad de los «Planes de Estudios de Medicina», en la incorporación de médicos de familia en el cuerpo de profesores de la universidad y en la creación de departamentos o estructuras universitarias que sitúen la MFyC en igualdad con el resto de disciplinas académicas actuales, como sucede en el resto de las universidades de nuestro entorno. También sería necesario que el

**TABLA 1** Fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades de la formación de médicos internos residente de medicina familiar y comunitaria

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Programa formativo de alto nivel de planificación y consenso Estructura docente muy consolidada con unidades docentes organizadas, con unos tutores con alto grado de entrenamiento Especialidad muy dinámica, comprometida, flexible y con gran capacidad de respuesta ante los cambios sanitarios y docentes Herramientas legales y técnicas para su desarrollo	Escaso reconocimiento de la función docente por parte de la administración Bajo nivel de prestigio académico y gran carga social y sanitaria Exigua presencia de la MFyC en el grado Desmotivación de los profesionales por las condiciones laborales y el escaso apoyo real de la administración hacia la atención primaria Muy mala utilización de los recursos formados con una escasa política de fidelización de sus profesionales Escasa continuidad entre grado, formación especializada y desarrollo profesional continuo Deficitaria planificación de la necesidad de especialistas	El desarrollo del Espacio Europeo de Enseñanza Superior en Medicina requiere unas condiciones docentes para la formación universitaria que precisan de la participación activa de la MFyC y de la rentabilización docente del entorno de aprendizaje médico que es la atención primaria La LOPS crea un marco muy interesante de mejora del sistema de formación especializada que incluye una reforma del sistema de acceso, la creación de la troncalidad, las áreas de capacitación Las resoluciones ministeriales sobre acreditación de unidades docentes de MFyC <sup>8</sup> y sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud de 18 especialidades <sup>7</sup> y el futuro decretos formativo actualmente en elaboración	El desequilibrio entre oferta y demanda de plazas MIR sobre unas necesidades actualmente no conocidas tanto en número como en distribución por especialidades y por comunidades autónomas El bajo grado de discriminación actual del MIR El exagerado número de especialidades en España, con la rigidez entre especialidades y luchas por competencias El prestigio de la subespecialización

MFyC: medicina familiar y comunitaria; MIR: médico interno residente; LOPS: Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

**TABLA  
2**

Incorporación de la MFyC en la troncalidad de los planes de estudios de medicina y de políticas activas para la presencia universitaria de profesores de MFyC con estructuras académicas específicas
Planificación prospectiva del número de estudiantes y especialistas en formación
Prueba única nacional de acceso a la formación médica especializada, que evalúe competencias y valores profesionales
Establecimiento de una nota mínima en la prueba de acceso al sistema de formación médica especializada
Mantenimiento del sistema actual de formación médica especializada, basado en el estudio, el autoaprendizaje dirigido y la práctica tutelada con responsabilidad progresiva
Introducción de la troncalidad en los programas de formación MIR
Ajuste del número de especialidades a las necesidades sociosanitarias y a la coordinación con Europa, pero con sistemas de capacitación que respondan a las necesidades del sistema y a los nuevos avances de la medicina
Establecimiento de puentes de capacitación o pasarelas entre especialidades del mismo tronco
Presencia de los contenidos de la MFyC en todos los troncos y como eje principal del tronco médico
Fomento de la investigación en el periodo de especialización
Fomento del aprendizaje de metodologías de mantenimiento y mejora de la competencia como soporte posterior para el desarrollo profesional y la formación continuada
Adaptación de las estructuras formativas
Refuerzo de la función docente
Desarrollo y generalización de herramientas docentes y de evaluación
Evaluación de las competencias adquiridas al final del periodo formativo, como puerta de entrada al desarrollo profesional continuado
Incorporación los procesos de certificación y recertificación como garantía de desarrollo profesional continuado y vinculación a la carrera profesional

MFyC: medicina familiar y comunitaria; MIR: médico interno residente.

currículum fuese integrado (sin la división espuria entre preclínicas y clínicas) y centrado en la resolución de problemas, con presencia de la MFyC de forma horizontal en un número importante de materias y estancias formativas de los estudiantes en los ámbitos hospitalario y de atención primaria, de forma equitativa y equilibrada a la realidad de los servicios de salud.

Desde ambos ministerios, con el apoyo necesario de las comunidades autónomas, debería realizarse un proceso de planificación prospectiva de estudiantes y especialistas basado en las personas y sus necesidades, lo que permitiría ajustar el número de estudiantes y especialistas, y a éstos por especialidades y por comunidades autónomas.

Asimismo, previamente sería conveniente revisar el número de especialidades necesarias en el país. Sólo 18 de las 48 especialidades en España tienen coordinación total en Europa, es decir, están presentes en todos los países, y la MFyC es una de ellas. Con coordinación parcial y reconocimiento en más de 20 países, alcanza el número de 32. Llama la atención que en Alemania sólo se reconocen 22 de nuestros 48 especialidades y en Finlandia (la que más), 35. Es conveniente no confundir especialidad con subespecialidad o campo de actuación. Una vez decididas las especialidades que la población necesita, que por razones

de operativización y flexibilidad del sistema y por la necesaria coordinación europea no deberían superar las 35 especialidades, éstas deben ser ordenadas por troncos, según las competencias comunes. Una de las posibles propuestas, para las especialidades «troncalizables», podría ser la siguiente: 3 troncos (médico, médicoquirúrgico, procedimental) (2 años), 35 especialidades (2 años más), 20-25 áreas de capacitación o subespecialidades (1-2 años) inmediatas tras la especialidad y con posibilidad de continuidad inmediata, si fuera preciso. Finalizar la especialidad debería permitir entrar en el mercado laboral o continuar con una subespecialidad. La entrada en el mercado laboral no debería cerrar la opción posterior de iniciar una subespecialidad o área de capacitación. Su acceso, requisitos y tiempos en este caso deberían ser definidos.

Deben establecerse puentes de capacitación o pasarelas entre especialidades del mismo tronco, es decir, la posibilidad de acceder a otra especialidad del mismo tronco, cumplida una serie de requisitos. Estos puentes de capacitación permitirían la movilidad interna en el sistema sanitario y favorecería la motivación de los expertos, así como sus expectativas y su desarrollo profesionales.

Para el inicio de la formación especializada se debe mantener una prueba única, pero que no sólo valore los conocimientos, sino que además de evaluar conocimientos importantes por su prevalencia y gravedad, determine la capacidad de resolución de problemas, los valores profesionales, algunas habilidades esenciales y las actitudes. Este proceso debe ser diseñado centralmente, pero en su organización y desarrollo se deben implicar las facultades de medicina. Esta prueba distributiva y selectiva permitiría acceder a los troncos. Una evaluación de competencia (p. ej., un portafolio) determinaría la entrada en las especialidades y las áreas de capacitación, y una prueba final de competencia (que también podría ser un portafolio sumativo) cerraría esta etapa y debería ser tenida en cuenta para acceder al sistema sanitario y a la carrera profesional. Este paso determinaría el *continuum* de la formación hacia el desarrollo profesional continuo, que debería ser reforzado con procesos de certificación y recertificación.

Sería asimismo deseable que en todos los troncos estuvieran presentes contenidos de la MFyC y que estos contenidos fueran ejes centrales del tronco médico. Asimismo, la especialidad serviría de base para varias subespecialidades o áreas de capacitación.

La función docente debe estar dotada de la importancia que merece, ya que el futuro se construye con la formación y la investigación. Seguir dejando la formación y la investigación en manos de la motivación intrínseca de los profesionales y el amateurismo tiene unos riesgos y unas debilidades importantes, a pesar de las indudables ventajas que han demostrado en cuanto a selección natural de los profesionales más motivados. A pesar de esto, y precisa-

mente por ello, la función docente debe ser motivada, blindada y mimada, y si esto se hace, es factible solicitar grados importantes de calidad.

El horizonte establece que una gran parte de las especialidades se forman en los 2 ámbitos sanitarios. Esta presencia en atención primaria generará cambios estructurales y modificará el contenido y la composición de las unidades docentes, las comisiones de docencia, sus responsables y su dedicación.

Asimismo, la solidez para el desarrollo de los programas formativos dependerá mucho de la capacidad que se tenga para innovar e introducir metodologías activas y objetivas, tanto en la formación como en la evaluación<sup>8</sup>.

Y es indispensable seguir consolidando el cuerpo competencial y los valores del médico de familia, y esto no sólo por compromiso con la especialidad sino, y fundamentalmente, por compromiso social y con las personas.

### Agradecimiento

Expresamos nuestro agradecimiento a Pablo Bonal, Epifanio de Serdio y Luis Aguilera por sus inteligentes apreciaciones y sugerencias a este texto.

### Verónica Casado Vicente

Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en ciencias de la Salud

### Bibliografía

1. Casado V. El examen MIR y las plazas de médico de familia. Aten Primaria. 2006;38:535-6.
2. Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.
3. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del SNS. Principales Cifras del SNS 2005. Madrid [accedido 27 Ene 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF>
5. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE n.º 280, de 22 de noviembre de 2003.
6. Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 9 de junio de 2005 por la que se establece los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
7. World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. Educación Médica. 2004;7.
8. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del Especialista en Formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.