

La formación de especialistas en aparato digestivo. ¿Llegó el momento de la revisión?

J.M. Piqué^a, V. Arroyo^b, R. Planas^b, M. Pérez-Mateo^a y J. Prieto^b

^aAsociación Española de Gastroenterología (AEG). ^bAsociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH).

INTRODUCCIÓN

El programa MIR creado, hace más de 25 años para la formación de médicos especialistas en España, ha constituido una herramienta de extraordinaria utilidad para la formación de profesionales con alta capacitación para el abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico de las distintas enfermedades, y ha contribuido, sin lugar a dudas, a mejorar de forma notable la calidad asistencial de la medicina practicada en nuestro país. Hoy en día, sin embargo, empieza a vislumbrarse una creciente corriente de opinión entre muchos profesionales que reclama una revisión del sistema de formación de especialistas en nuestro sistema sanitario. A nuestro entender, hay tres grandes aspectos por los cuales se hace necesaria esta revisión; dos inherentes a defectos o limitaciones del propio programa MIR durante sus 30 años de existencia y otro derivado de la rápida evolución de la medicina tanto en sus aspectos técnicos, como organizativos y laborales.

LIMITACIONES INHERENTES AL PROGRAMA MIR

Uno de los defectos o limitaciones se refiere a que el sistema MIR ha permitido la formación de un número limitado de especialistas atendiendo al análisis –más o menos afortunado según las especialidades– de las necesidades laborales de especialistas en diferentes áreas de conocimiento, y ello ha cerrado la posibilidad de formación estructurada y oficial posgraduada a un número significativo de médicos, creando una bolsa de profesionales con evidente frustración, preparación no del todo competitiva y, en general, con oportunidades laborales reducidas. De todas formas, la culpa no es tanto del programa MIR como de las administraciones universitarias y sus correspondientes responsables políticos, que no han tenido la

valentía durante muchos años de limitar el número de alumnos de las facultades de medicina a las necesidades reales del país. En todo caso, la parte de culpa atribuible al programa MIR es la de no haber tenido la capacidad de ofrecer soluciones imaginativas para corregir o atenuar este problema. El segundo defecto del programa MIR ha sido que su sistema de selección, exquisito en cuanto a su rigor y objetividad, ha estado y está encaminado a evaluar la recopilación del conocimiento abstracto y no a la evaluación de habilidades y competencias en lo que se refiere al ordenamiento razonado del conocimiento médico y a su aplicabilidad a la práctica clínica. Todos hemos conocido médicos con excelente calificación en el examen MIR que manifiestan una notable incapacidad para estructurar un planteamiento racional y ordenado de su enorme caudal de conocimiento, tanto en la obtención eficaz de información por parte del paciente, como en el planteamiento de la estrategia eficiente del diagnóstico y el tratamiento.

OBSOLESCENCIA DEL PROGRAMA MIR PARA DAR RESPUESTA A LA RÁPIDA EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA ACTUAL

El programa de formación MIR, tal y como está planteado actualmente, está dirigido a la formación de un único prototipo de especialista, que después de su formación y enfrentado a los diferentes entornos laborales, se le pide que sirva «tanto para un fregado como para un barrido». Esto no era problemático cuando se instauró el programa MIR hace más de 25 años, porque el volumen de conocimiento y de competencias ligado a una determinada especialidad en aquel entonces era lo suficientemente reducido para poder abarcarlo en su casi totalidad y de forma relativamente eficiente por un único tipo de profesional homogéneo. Muchos son los cambios acaecidos en los últimos 10-15 años que han modificado este panorama pero, en general, pueden ser agrupados en tres amplios apartados: evolución y cambios tecnológicos dentro de cada especialidad, cambios organizativos generales del sistema sanitario y cambios derivados de la innovación en la comunicación y los sistemas de información.

Correspondencia: Dr. J.M. Piqué.
 Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives.
 Hospital Clínic.
 Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
 Correo electrónico: jmpique@clinic.ub.es

Recibido el 13-3-2003; aceptado para su publicación el 13-3-2003.

Evolución de la especialidad de aparato digestivo

Necesidad de superespecialización

La ingente y creciente cantidad de conocimientos y las constantes innovaciones tecnológicas hacen cada día más inviable que un médico pueda dominar todas las áreas de una especialidad, y ello obliga a ir definiendo nuevas áreas de conocimiento o de capacitación, en las cuales los profesionales se subespecialicen o superespecialicen y puedan ofrecer un producto con valor añadido con respecto a la media de la especialidad. El ejemplo más evidente es el de la hepatología, rama del aparato digestivo en la cual el enorme crecimiento en conocimientos y recursos diagnósticos y terapéuticos ha hecho emerger un colectivo de profesionales especialmente dedicados a esta disciplina, de tal forma que en el momento actual se está planteado si ésta debe ser una área de capacitación, una superespecialidad u otra especialidad completamente separada de la gastroenterología. Otras disciplinas donde se percibe un incipiente movimiento hacia áreas de superespecialización son la endoscopia intervencionista, la oncología digestiva o la nutrición.

Medicina preventiva

Mientras que en los sistemas de salud occidentales el gasto en el tratamiento de enfermedades supera el 85% de todo el presupuesto sanitario, el impacto de esta actuación en la esperanza de vida de una comunidad se estima inferior al 20%. Esto ilustra la importancia de otros factores ambientales, genéticos y sociales, como la higiene, el cuidado del medio ambiente, la alimentación, la eliminación de tóxicos y la prevención tanto de enfermedades como de accidentes. Este gran desequilibrio entre recursos dedicados a tratar o a prevenir y el impacto que tienen en calidad y años de vida ganados, va a tender a corregirse progresivamente; respecto a la prevención de enfermedades, los inminentes avances en la genética van a desempeñar un papel crucial. La reciente secuenciación de todo el genoma humano, además de mejorar nuestra capacidad de diagnosticar y tratar enfermedades aprovechando los conocimientos genéticos, va a multiplicar de forma importantísima en los años venideros nuestras posibilidades de manipular genéticamente muchos procesos patológicos, de evaluar el riesgo de padecer ciertas enfermedades y de predecir las respuesta a un determinado tratamiento. Por otra parte, estamos empezando a percibir el beneficio de las nuevas tecnologías, como la de los sistemas automatizados para la producción de matrices genéticas (microarrays o chips de ADN) que están empezando a propiciar un avance importante en nuestra capacidad y rapidez para detectar anomalías genómicas. Por tanto, cabe esperar una elevada concentración de recursos en el área de la prevención y una creciente demanda social de este tipo de atención sanitaria, lo cual va a impulsar nuevos perfiles de profesionales y colectivos médicos.

También es evidente el notable interés que existe actualmente por el área de la alimentación como elemento fuente de salud, ya sea en lo relativo al mejor control de los alimentos, el desarrollo de nuevos modos de nutrición, la

prevención de enfermedades, el incremento del rendimiento físico y el impacto de una mejor nutrición en el tratamiento de ciertos procesos patológicos.

Agrupación de tareas en grupos de trabajo multidisciplinarios

Las exigencias en relación con nuevas tecnologías y nuevos conocimientos está obligando a la creación de grupos multidisciplinarios de trabajo donde diferentes profesionales de la biomedicina, y eventualmente de otras áreas como ingeniería o informática, deben trabajar de forma coordinada para cubrir un proceso diagnóstico y terapéutico global. Ello empieza a romper las fronteras rígidas de las especialidades y pone en estrecha colaboración a gastroenterólogos o hepatólogos con cirujanos, genetistas, radiólogos intervencionistas, epidemiólogos, patólogos y gestores clínicos, de tal manera que la necesidad de comunicación y formación será más por disciplinas concretas que por el global de toda una especialidad. Esta tendencia viene determinada no sólo por la exigencia profesional, sino por las exigencias de gestión clínica que van comprobando que la asistencia ofertada en este contexto para determinadas enfermedades de manejo complejo o muy tecnificado puede ser más eficiente que una asistencia tradicional.

Innovación tecnológica

Aunque es difícil predecir todo lo que se avecina en el área de la innovación tecnológica, algunas luces empiezan a verse al final del túnel. Ya hemos esbozado las enormes perspectivas de la genética y en el área del aparato digestivo no sólo el cáncer del tracto gastrointestinal, hígado y páncreas va a beneficiarse de ello, sino también las enfermedades crónicas de base inflamatoria y/o inmunológica, como la celiaquía, la enfermedad inflamatoria intestinal, ciertas hepatopatías, u otras. A este tipo de avances se van a sumar otros de tipo más técnico. Las técnicas de realidad virtual y las de simulación van a implementarse para suplir muchas de las técnicas diagnósticas endoscópicas actuales y para crear análisis de decisión por ordenador. Como contrapartida a esta pérdida de indicaciones de la endoscopia convencional, se implementarán nuevos métodos de endoscopia/laparoscopia intervencionista. Pero aquí aparecerá un nuevo elemento, el de la robótica, que permitirá dirigir la instrumentación a distancia, con lo cual aparecerá en el escenario la figura del técnico ingeniero y/o informático que dará soporte o incluso podrá suplir al médico en algunas facetas. La exigencia de aprendizaje de estas nuevas tecnologías será tan grande que hará cambiar el currículum del profesional dedicado a este campo y creará una gran fractura entre el médico-endoscopista o cirujano que se adapte o tenga la capacidad de reciclarse en este nuevo marco de actuación y el que quede fuera de este aprendizaje. De hecho, la cirugía laparoscópica ya está empezando a crear esta fractura entre los cirujanos, no tanto para la laparoscopia sencilla (p. ej., la colecistectomía) como para la cirugía

laparoscópica avanzada (p. ej., la resección oncológica). Además, las innovaciones tecnológicas se potenciarán entre sí, ya que no es descabellado pensar que a través de nuevas instrumentaciones endoscópicas o laparoscópicas, quizás guiadas por robótica, podamos transfundir células del tejido gastrointestinal, hepático o pancreático para cambiar el fenotipo celular y prevenir aberraciones de la proliferación. Por otra parte, grandes avances pueden también esperarse del campo del diagnóstico molecular que propiciará las herramientas que puedan determinar la probabilidad de una posible respuesta a determinadas medicaciones para cada paciente de forma individualizada, en ocasiones asociado al conocimiento de ciertos determinantes genéticos del paciente. Ello abrirá el campo del tratamiento farmacológico o de la terapia génica hacia una nueva conducta donde primero las posibilidades de éxito de un determinado tratamiento serán evaluadas en función de la evidencia científica del análisis de la respuesta de ese tratamiento en un número amplio de pacientes, pero a continuación se hará imprescindible una evaluación individualizada para ajustar la probabilidad de la respuesta en función de los condicionamientos moleculares de la propia enfermedad que afecten a determinadas personas y de los condicionamientos genéticos del propio individuo (farmacogenómica), los cuales van a influir sobre el resultado final del tratamiento. Finalmente, algunos avances provendrán del campo de la investigación fisicoquímica de nuevos componentes con afinidad por la biología tisular humana o del desarrollo de la micro o nanotecnología con el desarrollo de nuevos componentes físicos de dimensiones minúsculas y capaces de detectar señales biológicas o electroquímicas de baja intensidad.

Realización de tareas gastroenterológicas y hepatológicas por profesionales distintos de los especialistas en aparato digestivo

Ya hemos comentado que la innovación tecnológica y la necesidad de trabajos multidisciplinarios abrirán la frontera de las enfermedades digestivas a profesionales provenientes de otras especialidades médicas o a otros profesionales no médicos. Ingenieros, economistas o informáticos se introducirán en el área digestiva; además, en algunos países ya se está planteando que algunas instrumentaciones podrían ser llevadas a cabo por técnicos de grado medio con una adecuada formación. En este sentido, estudios recientes han demostrado que la sigmoidoscopia flexible como método de cribado de pólipos rectosigmoides puede ser realizada con igual eficacia y con un menor coste por enfermeras especializadas.

Además, la mejora en la formación y el fácil acceso a la información por parte de los médicos generalistas y la simplificación de algunos de los tratamientos en aparato digestivo (p. ej., la afección gastroduodenal asociada a *Helicobacter pylori*) están llevando a un progresivo desplazamiento del nivel de asistencia de los pacientes con algunas enfermedades digestivas, pasando de la atención especializada a la atención primaria. Por otra parte, tanto en cuanto los digestólogos derivemos mayores esfuerzos ha-

cia las áreas de nutrición, vamos a tener la necesidad de interaccionar con profesionales de otras ramas, como biofarmacia, bioquímica, enfermería o técnicos en nutrición, que están ocupando progresivamente un área de conocimiento con un enorme potencial, ya que la industria de la salud, al margen de la farmacología, tiene una elevada previsión de crecimiento en vistas al más que probable incremento de la demanda social en este campo. Incluso en un área de gran prevalencia, como son los trastornos funcionales digestivos, vamos a tener la necesidad de coordinarnos con profesionales de la psiquiatría, psicología o neurología si se consolidan los progresos y las alternativas terapéuticas derivadas del conocimiento de la existencia de trastornos de la percepción como base de estos procesos.

Impacto de los cambios organizativos de la asistencia sanitaria en todo el Estado español en la especialidad de aparato digestivo

La reforma de la organización sanitaria en nuestro país en las últimas décadas está cambiando sustancialmente las atribuciones y responsabilidades de cada uno de los estamentos de la cadena sanitaria, en especial el marco de relación de la medicina primaria con la especializada. Esto ha venido determinado, fundamentalmente, por la incorporación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria en las áreas básicas de salud, por la reforma de estas áreas con jerarquización de la plantilla y la ampliación del horario laboral, y por la incorporación progresiva de los especialistas del ámbito ambulatorio a los centros hospitalarios de referencia. Todo ello, que ha comportado una sensible mejoría en la atención del paciente, se ha realizado de forma progresiva y todavía heterogénea en el mapa sanitario español de las autonomías. Como consecuencia de la juventud de este proceso y de la heterogeneidad de su implementación, existe en el momento actual una cierta confusión en la definición de las competencias de cada eslabón de la cadena de la asistencia al paciente. De todas formas, este escenario de dificultades en la reordenación del flujo medicina primaria-medicina especializada no es exclusivo de nuestro ámbito sanitario, ya que en la mayoría de los países occidentales ha estado y está abierto el debate sobre cuál es la forma más eficiente de organizar la asistencia médica en sus diferentes niveles.

La necesidad de la derivación desde la atención primaria a la especializada viene determinada básicamente por dos conceptos: la disponibilidad de técnicas diagnósticas, que están generalmente en manos de los especialistas, y la teórica mayor formación en una determinada área de conocimiento por parte de los especialistas, que debería redundar en una mayor eficacia diagnóstica y terapéutica. Ello plantea dos preguntas clave: *a) ¿hasta qué grado es necesaria una mayor profundidad de conocimientos para abordar eficazmente procesos diagnósticos y terapéuticos relativamente sencillos?*, y *b) ¿la posible accesibilidad a las pruebas diagnósticas directamente por parte de los médicos de atención primaria va en detrimento de la calidad de la indicación de la prueba y del rendimiento obtenido*

de su resultado? Las respuestas no son fáciles y se han llevado a cabo estudios a nivel internacional para intentar dilucidar estas cuestiones.

No hay duda de que a partir de un cierto nivel de complicación o de requerimientos técnicos para abordar la enfermedad, la asistencia especializada ofrece un mayor rendimiento, lo que se ha comprobado en estudios realizados en diferente tipo de enfermedades. En procesos más simples la cuestión permanece totalmente abierta, pero de lo que sí hay evidencias es de que los nuevos conocimientos sobre la patogenia de las enfermedades que conllevan cambios en actitudes diagnósticas y terapéuticas son incorporados con mayor rapidez en el ámbito de la atención especializada que en el de la medicina primaria. Ello ha podido ser comprobado en los nuevos conocimientos sobre la infección por *H. pylori*, los cuales han sido incorporados con mayor rapidez en el ámbito de la gastroenterología que en el de la medicina primaria. Además, en el proceso de implementación de estos cambios, las desviaciones de lo que podríamos considerar las conductas más aceptadas se han producido con mayor frecuencia en el ámbito de la atención primaria que en el de la gastroenterología. Ello, que no deja de ser lógico por la mayor posibilidad de dedicación de los especialistas a áreas de conocimiento restringidas, no va en contra de que el abordaje de esta patología se haga en el ámbito de la atención primaria; lo único que indica es que es necesaria una más estrecha comunicación y colaboración entre los dos estamentos para que las novedades en la información lleguen con la mayor prontitud posible al ámbito de la medicina primaria y que los mensajes transmitidos desde la medicina especializada sean claros y no contradictorios como a veces sucede.

El otro punto clave es al que hacíamos referencia en la segunda pregunta, con respecto a la conveniencia de que los médicos de primaria tengan acceso directo a pruebas complementarias. Sobre esta cuestión también ha existido un amplio debate, de momento no totalmente resuelto, a nivel internacional. Son varios los estudios que han apuntado que el porcentaje de indicaciones de la endoscopia digestiva que se ajustan a las recomendaciones apropiadas elaboradas por diferentes paneles de expertos, es superior cuando la indicación proviene del gastroenterólogo que cuando parte del médico de atención primaria o de médicos internistas. Sin embargo, nuevamente ello no debería contemplarse como una evidencia a favor de negar el acceso directo a la endoscopia por parte de los médicos de atención primaria, sino que debería avalar el concepto de que necesitamos nuevamente un esfuerzo de colaboración para que la idoneidad de las indicaciones sea eficazmente transmitida desde el gastroenterólogo al médico de primaria. En cualquier caso, estemos o no a favor del traspaso de competencias de algunas enfermedades digestivas sencillas de la atención especializada a la primaria, lo que es evidente es que esta tendencia no es una circunstancia restringida a nuestro país y que hay una corriente internacional en este sentido que difícilmente se va a detener.

De todas estas consideraciones queda patente que el gran reto de nuestra organización sanitaria es consolidar un proceso de acercamiento para que gastroenterólogos y

médicos de atención primaria de cada área sanitaria trabajen conjuntamente en la definición de en qué eslabón de la asistencia se trata cada proceso, basándose en criterios de eficiencia y no de corporativismo profesional. Ello debería hacerse discutiendo las guías clínicas de cada proceso y consensuando las situaciones donde puede ser conveniente referir el paciente al especialista, quién y cómo solicita las pruebas complementarias, cuándo y en qué condiciones el paciente una vez asistido en la medicina especializada debe volver a controlar su enfermedad en la atención primaria, cómo y quién se responsabiliza de proporcionar al paciente la información sobre su enfermedad, y cómo se organiza una comunicación fluida entre atención primaria y el especialista compartiendo una base de datos común para los dos niveles.

Cada vez más, una serie de enfermedades digestivas de baja complejidad serán tratadas mayoritariamente en el ámbito de la atención primaria, y ello probablemente comportará cambios significativos en el perfil de los especialistas en aparato digestivo del futuro, creando la necesidad de dos tipos de perfiles. Un especialista básico que abarque con eficiencia la mayoría de los procesos digestivos de baja y media complejidad y que tenga formación en endoscopia básica u otro tipo de tecnología diagnóstica o terapéutica de mediana complejidad. Este especialista tendrá su ámbito adecuado en los hospitales generales básicos, trabajando en íntima colaboración con los médicos de atención primaria del área y con los médicos internistas y cirujanos de su institución. El otro perfil de especialista corresponderá al ubicado en los hospitales de referencia y deberá trabajar integrado en grupos multidisciplinarios con profesionales de otras especialidades. La razón de ser de este especialista pasará por dominar áreas de capacitación de elevada complejidad tecnológica o por desarrollar una investigación de calidad y competitiva, de tal manera que pueda ser punto de referencia para la elaboración de recomendaciones de actuación en determinadas enfermedades o abanderado de la introducción de nuevos conceptos diagnósticos, terapéuticos, preventivos u organizativos en la especialidad.

Impacto que los cambios generales de la sociedad de la información y comunicación puedan ejercer sobre la especialidad de aparato digestivo

La fácil accesibilidad a la información que las nuevas tecnologías de la comunicación han proporcionado en los últimos años están cambiando progresivamente algunas de las conductas de actuación médica. De una cultura donde la experiencia personal era crítica, y en general la mejor herramienta para decidir una actitud diagnóstica y/o terapéutica, estamos pasando a otra cultura donde las decisiones no pueden ser fruto exclusivamente de experiencias personales, sino que deben basarse en evidencia científica extraída de la revisión sistemática de la bibliografía disponible. Ello es así por la facilidad y rapidez en el acceso a la información en ciencias de la salud que han proporcionado las nuevas tecnologías, que permiten una rápida transferencia

de los conocimientos. Este cambio está generando, sin embargo, la necesidad de filtrar la información, y pone de manifiesto un nuevo concepto, que es la credibilidad de la información y la necesidad de que personas o colectivos de prestigio ofrezcan síntesis del conocimiento a partir de la ingente cantidad de información disponible, de forma crítica, independiente y contrastada. Todo ello está cambiando radicalmente la dinámica de la actuación y la relación profesional en todos los ámbitos, y por supuesto también en el médico. Cada vez va a ser mayor la exigencia a que estaremos sometidos los médicos para justificar nuestras decisiones delante del propio colectivo clínico, de los pacientes y eventualmente de la autoridad judicial.

Además, las nuevas tecnologías permiten acceder a los propios pacientes a la información médica sin ningún tipo de restricciones. La escasa o nula formación de éstos en ciencias de la salud hace que la interpretación de la información pueda ser errónea, lo cual puede crear expectativas irracionales a las cuales los médicos deberemos hacer frente. Este puede ser un fenómeno individual pero también colectivo, representado por la mediación de organizaciones que defienden los intereses de colectivos de pacientes y que cada vez más elaboran o filtran información para éstos respecto a su enfermedad. Esta incipiente cultura está empezando a introducir un nuevo concepto, que es el de la participación de los propios pacientes agrupados en colectivos en las decisiones estratégicas sobre la asistencia sanitaria en determinadas áreas o enfermedades.

Todo ello está conduciendo a una medicina basada en el consenso de los profesionales y guiada por pautas de decisión bien estructuradas, consensuadas, basadas en la evidencia médica y adaptadas al entorno sanitario del medio, en las cuales los usuarios van a desempeñar un papel importante y hasta ahora no conocido en el ámbito médico.

Además, la sociedad de la comunicación ofrece un potencial hasta hace poco impensable, que es la posibilidad de consultar sobre casos clínicos peculiares a centros de referencia por vía electrónica sometiendo a consideración tanto los datos clínicos como la imagen de pruebas complementarias, la de programar actividades técnicas (cirugía, endoscopia, etc.) en formato de videoconferencia, lo que permite tomar decisiones a distancia sobre la idoneidad de una u otra actuación, y la de compartir bases de datos o guías clínicas por vía electrónica entre diferentes instituciones.

En relación con todas estas consideraciones, la especialidad de aparato digestivo no tiene ninguna peculiaridad que la haga diferente de otras especialidades y, por tanto, está y estará cada vez más sujeta a todas estas circunstancias expuestas.

JUSTIFICACIÓN PARA UNA PROPUESTA DE REMODELACIÓN DEL PROGRAMA MIR DE APARATO DIGESTIVO

Recientemente, a instancias del presidente de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), se creó un grupo de trabajo constituido por médicos especialistas en aparato digestivo de todo el Estado español (anexo I). El grupo se reunió para reflexionar sobre los

ANEXO I. Composición del Grupo de Trabajo para la elaboración de la propuesta de remodelación del programa de formación en aparato digestivo

Agustín Albillos. Vocal de la Junta Directiva de la AEEH
Raúl Andrade. Vocal de la Junta Directiva de la AEEH
y Secretario de la Comisión Nacional de la Especialidad de Aparato Digestivo
Vicente Arroyo. Vicepresidente de la AEEH
Maria Buti. Vicesecretario de la AEEH
Miquel Bruguera. Ex presidente de la AEEH
Fernando Casafont. Vocal de la junta Directiva de la AEEH
Rafael Esteban. Ex secretario de la AEEH
Manuel de la Mata. Vocal de la Junta Directiva de la AEEH
Ricardo Moreno. Vicepresidente de la AEEH y vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Josep M. Piqué. Miembro de la AEG
Ramón Planas. Secretario de la AEEH
Jesús Prieto. Presidente de la AEEH
Juan Rodés. Ex presidente de la AEEH y presidente de la Comisión Asesora del Ministerio de Sanidad y Consumo
José Such. Vocal de la Junta Directiva de la AEEH

ANEXO II. Documentos consultados por el Grupo de Trabajo para la elaboración de la propuesta de remodelación del programa de formación en aparato digestivo

1. Guía de Formación de Especialistas. Aparato Digestivo. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid: Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, 1996.
2. Real Decreto por el que se establecen las áreas de capacitación específica de las especialidades médicas. Madrid: Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte. 2002.
3. European Section and Board of Gastroenterology. The Blue Book. 2001.
4. Propuesta en relación con el 5.º año de residencia en Aparato Digestivo. Documento interno de la AEEH, 2002.
5. The future of Gastroenterology and Hepatology: Four scenarios for Digestive Health in 2010. American Digestive Health Foundation, 1999.
6. American College of Gastroenterology Medical Education Program Requirements, 1999
7. Bisschops R, Wilmer A, Tack J. A survey on gastroenterology training in Europe. Gut 2002;50:724-9.
8. Plan estratégico de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), 1999.
9. Kim WR. The burden of hepatitis C in the United States. Hepatology 2002;36(Suppl1):30S-4S.
10. Justification of the need for recognition of Hepatology as sub-especiality of Gastroenterology. Documento interno de la British Association of the Study of the Liver (BASL).

cambios acaecidos en la especialidad y en el conjunto de la formación médica especializada y para articular las bases de una propuesta de posible reestructuración del programa MIR de formación en aparato digestivo. La justificación que este grupo encontró para plantear esta remodelación fue la siguiente (anexo II):

El programa de formación en Aparato Digestivo, tal como se realiza actualmente, se inició hace más de 25 años junto con el programa MIR y, durante este período no ha sufrido cambios significativos. Son varias las razones que justifican la propuesta de un nuevo programa:

- Durante estos 25 últimos años se ha asistido a un crecimiento explosivo de los conocimientos sobre enfermedades digestivas y de técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas de la especialidad de aparato digestivo.
- Existen cambios profundos en la prevalencia de determinadas enfermedades digestivas. La prevalencia de la

TABLA I. Duración de los programas de formación de especialistas en aparato digestivo en diferentes países europeos

País	Duración total	Formación general	Formación específica
Austria	9	6	3
Alemania	8	5	3
Dinamarca	7	3	4
Bélgica	6	3	3
Países Bajos	6	3	3
Noruega	6	3	3
Francia	4	0	4
Grecia	4	0	4
España	4	1	3

enfermedad inflamatoria intestinal, las enfermedades funcionales del tracto digestivo, el cáncer de la unión gastroesofágica y las enfermedades relacionadas con la infección del virus de la hepatitis C (cirrosis y cáncer de hígado) y la obesidad (esteatohepatitis no alcohólica y cirrosis) han aumentado de una forma significativa.

– La organización del ejercicio profesional con diferentes niveles de competencia justifica la existencia de especialistas en aparato digestivo con un perfil también diferente.

– La normativa derivada de la sentencia de Luxemburgo en relación con la liberación de guardias determina, de hecho, una reducción del 20% en la duración del programa MIR.

– La cada vez más extendida consideración de la investigación médica como elemento estratégico para el desarrollo industrial de un país y la importante asignación de recursos que para esta actividad efectúan actualmente agencias oficiales y compañías privadas va a determinar en un futuro inmediato la necesidad de especialistas en aparato digestivo con conocimientos en ciencia básica, capaces de establecer una transferencia entre investigación básica e investigación clínica.

– La especialidad de aparato digestivo es en la actualidad la especialidad médica, excluyendo la especialidad de medicina interna, con mayor contenido doctrinal, y de las más importantes desde una perspectiva de técnicas diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, se encuentra entre las de menor período formativo en el programa MIR.

– Adecuación a la normativa de la Unión Europea de Especialistas Médicos (EUME), órgano representativo de todas las especialidades médicas ante la Comisión Europea. El *Board Europeo de Gastroenterología* (EBG) definió en 1992 los criterios para la formación de especialistas en aparato digestivo en Europa, concretamente la duración del programa (6 años, 2-3 años troncales y 3-4 años específicos), los contenidos obligatorios y opcionales, el número mínimo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los requerimientos para las instituciones docentes.

– Por último, dentro de la especialidad de aparato digestivo existen dos ámbitos de conocimientos y habilidades, la hepatología y la endoscopia de alta complejidad, con suficiente entidad para que puedan ser considerados áreas de capacitación específica atendiendo al Real Decreto de los Ministerios de Sanidad y Consumo, y Educación, Cultura y Deporte.

CONDICIONANTES A CONSIDERAR EN LA REMODELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

A continuación se detallan todos los condicionantes que el grupo de trabajo consideró a la hora de proponer las líneas generales en las que debería basarse la remodelación de la formación en la especialidad de aparato digestivo.

Programa de Formación de Especialistas en Aparato Digestivo en España y otros países de Europa

La formación de especialistas en aparato digestivo en España tiene una duración de cuatro años y es de los más cortos de Europa (tabla I). El primer año es de formación troncal (formación médica general mediante un sistema de rotación en servicios médicos). De los 3 años de formación en aparato digestivo, 2 se dedican a formación clínica y uno a formación en técnicas específicas de la especialidad.

Peculiaridades del programa de Formación en Aparato Digestivo en el Reino Unido

El programa de formación de gastroenterología en el Reino Unido es el primero, y el único en el momento actual, que reconoce la hepatología como área de capacitación dentro de la gastroenterología.

La formación en gastroenterología consiste en 5 años, un año y medio rotando en medicina interna general, 3 años en gastroenterología general y medio año en una unidad de hepatología acreditada. Estas rotaciones generalmente se efectúan en hospitales distintos. Mediante esta formación el médico obtiene el título de especialista en gastroenterología/medicina interna general.

Desde el año 2002, puede obtenerse la titulación de gastroenterología-hepatología/medicina interna general mediante un año adicional. Esta nueva titulación lleva implícita una rotación de un año y medio en medicina interna general, dos años y medio en gastroenterología general y dos años en una unidad de hepatología acreditada.

En los servicios de gastroenterología se estima que debe existir un hepatólogo por cada 3-4 gastroenterólogos. Ello implica la formación de 14 nuevos hepatólogos por año.

Cambios en el contenido de la especialidad en los últimos años que afectan al programa de formación de especialistas

Son numerosos los cambios experimentados en los contenidos de la especialidad de aparato digestivo. Entre ellos, los más importantes por sus implicaciones en la formación de especialistas son:

– Descubrimiento de los virus de la hepatitis B y C, y desarrollo de tratamiento antiviral y reconocimiento de la esteatohepatitis no alcohólica como una nueva enfermedad.

- Trasplante hepático.
- Aparición de las nuevas técnicas de imagen en radiología que han cambiado radicalmente la aproximación diagnóstica de las enfermedades digestivas y han permitido introducir técnicas terapéuticas de radiología intervencionista o de combinación ultrasonografía-endoscopia (punciones-drenajes, neurólisis, embolización angiográfica, diagnóstico precoz del cáncer de hígado, tratamiento ablativo del cáncer de hígado con procedimientos percutáneos).
- Desarrollo de técnicas hemodinámicas para evaluación de la hipertensión portal.
- Desarrollo de técnicas endoscópicas avanzadas que han permitido cambiar un número significativo de indicaciones quirúrgicas por indicaciones de terapéutica endoscópica (polipectomía, gastrostomías endoscópicas percutáneas, esfinterotomía, métodos hemostáticos, ablación de lesiones mucosas, colocación de prótesis, etc.).
- Desarrollo de técnicas dialíticas extracorpóreas de soporte artificial para el tratamiento de la hepatitis fulminante y de la insuficiencia hepática crónica agudizada.
- Descubrimientos de nuevos conceptos genéticos y herramientas que facilitan el estudio genético y que abren un importante campo en la detección precoz de personas de riesgo para padecer enfermedades digestivas, especialmente las neoplásicas.
- Incorporación de los especialistas de aparato digestivo en el tratamiento de los pacientes críticos de su especialidad. Desarrollo de unidades de cuidados intensivos específicas para pacientes digestivos graves y unidades de sangrantes.

Programa de formación propuesto por la Unión Europea de Especialistas Médicos (Sección de Gastroenterología)

La Unión Europea de Especialistas Médicos (EUMS) es el órgano representativo de todas las especialidades médicas ante la Comisión Europea. La Sección de Gastroenterología, una de las 34 secciones de la EUMS, está compuesta por dos representantes de cada uno de los 15 países de la Unión Europea, y dos de Noruega, Suiza e Islandia, respectivamente. El *Board* de Gastroenterología, constituido por un máximo de dos delegados por país (uno representando a la Sección de Gastroenterología de la EUMS y otro a la Sociedad Nacional de Gastroenterología) tiene como una de sus funciones específicas definir y asegurar estándares en la formación de especialistas en gastroenterología. La Sección y el *Board* se reúnen dos veces al año. En 1992 el EBG definió los criterios para la formación de especialistas en aparato digestivo en Europa, concretamente la duración del programa (6 años, 2-3 años troncales y 3-4 años específicos), los contenidos obligatorios y opcionales, el número mínimo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los requerimientos para las instituciones docentes.

El EBG propone la fecha del 31 de diciembre del año 2005 para que los gastroenterólogos europeos que comen-

zaron su especialidad antes del 1 de enero de 1994 puedan ser reconocidos retrospectivamente (certificado retrospectivo) como poseedores del título de especialista del EBG. Los gastroenterólogos que comiencen su especialidad después del 1 de enero de 2004 habrán de ser formados en centros acreditados por el EBG o haber sido entrenados de acuerdo con los criterios de este organismo. Después de enero de 2006, todos los candidatos deben ser entrenados en centros acreditados; su entrenamiento deberá ser evaluado prospectivamente y cumplir todos los requisitos de entrenamiento del EBG. Esta propuesta no es actualmente vinculante en ninguno de los estados miembros de la Unión Europea.

Potenciales áreas de capacitación en aparato digestivo

En la especialidad de aparato digestivo existen al menos dos ámbitos de conocimiento y habilidades con suficiente entidad como para que requieran ser considerados como áreas de capacitación atendiendo al Real Decreto de los Ministerios de Sanidad y Consumo, y Educación Cultura y Deporte.

Hepatología

Desde hace años, la especialidad de aparato digestivo está claramente diferenciándose en dos grandes subespecialidades con contenidos distintos, sociedades científicas independientes y revistas científicas específicas: la gastroenterología y la hepatología. Concretamente, la hepatología dispone de sociedades científicas nacionales (en el caso de España la AEEH) e internacionales (European Association for the Study of the Liver, Asociación Latinoamericana de Hepatología, Asian-Pacific Association for the Study of the Liver, American Association for the Study of Liver Diseases, International Association for the Study of the Liver). Las revistas científicas más importantes son *Hepatology*, *Journal of Hepatology* y *Liver International*. Existen servicios clínicos de hepatología, independientes de los servicios de gastroenterología, en numerosos hospitales europeos. En España este hecho se da en tres hospitales (Hospital Clínic de Barcelona, Clínica Universitaria de Navarra, Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona). En otros hospitales existen secciones de hepatología dentro de servicios de aparato digestivo (p. ej., Hospital del Mar en Barcelona, Hospital Clínico de Valencia, Hospital La Paz de Madrid, Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, Hospital Virgen de Macarena de Sevilla, Hospital Clínico de Zaragoza). Durante esta última década, el desarrollo del tratamiento antiviral y la generalización del trasplante hepático han acentuado esta tendencia de forma notable. Algunos estudios de proyección indican que la incidencia de enfermedades crónicas del hígado y cáncer de hígado aumentará un 400% en las próximas dos décadas y terminarán por consolidar a la hepatología como disciplina diferenciada de la gastroenterología. De hecho, esto ya es

una realidad en el Reino Unido, donde la hepatología se reconoce como una subespecialidad dentro de la gastroenterología, y existe un programa de formación y unos requerimientos específicos en relación con la contratación de hepatólogos en hospitales terciarios. Por último, la hepatología española es una de las disciplinas médicas con más desarrollo y proyección internacional desde el punto de vista asistencial y científico.

Endoscopia avanzada

La creciente demanda en endoscopia y la aparición tanto de nuevas técnicas diagnósticas como de procedimientos de endoscopia terapéutica han llevado a la necesidad de ampliar en las últimas décadas los recursos materiales y humanos para la endoscopia digestiva en los servicios de gastroenterología. Por este motivo, se ha hecho difícil que todos los gastroenterólogos puedan tener la formación suficiente para practicar con garantías todas y cada una de las técnicas endoscópicas disponibles. Ello ha llevado a la necesidad de que estos servicios se estructuren aumentando las plantillas de gastroenterólogos y repartiendo las exploraciones entre todos ellos, o bien formando secciones de endoscopia con personal a dedicación completa a las técnicas endoscópicas. En general, el modelo se está inclinando a que las exploraciones básicas sean realizadas por cualquier gastroenterólogo de la plantilla y que uno o varios miembros del servicio inviertan tiempo y formación en la implementación y la realización de las técnicas endoscópicas más complejas con dedicación exclusiva o prioritaria a ellas. Estos cambios progresivos, sin embargo, no han nacido de planteamientos estructurados surgidos de las sociedades médicas o de la Comisión Nacional de Especialidades, sino como fruto de iniciativas locales que responden más a las circunstancias del medio y a las necesidades de los profesionales que al concepto de eficiencia o de calidad ofrecida al paciente. Para llevar a cabo estas iniciativas, los médicos han tenido que ser autodidactas o han realizado estancias de formación cortas en otros centros a base de un importante esfuerzo personal. Además, la necesidad de disponer de diferentes grados de formación en endoscopia es presumible que aumente en los años venideros por la aparición de nuevas tecnologías cada vez más complejas. Todo ello justifica el planteamiento de un área de capacitación en endoscopia avanzada en el programa de formación MIR de aparato digestivo.

PROPIEDAD DE REMODELACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN APARATO DIGESTIVO. PROPIEDAD DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO (AEEH) Y DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA (AEG)

El mencionado Grupo de Trabajo elaboró una propuesta de remodelación del programa de formación en aparato digestivo. Dicha propuesta fue sometida a la consideración de las juntas directivas de la AEEH y la AEG, las cuales aprobaron las líneas generales de su contenido y decidieron so-

meterla a la consideración del Ministerio de Sanidad y Consumo, de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas y de la Comisión Nacional de Aparato Digestivo. La propuesta se basa en una serie de principios:

- El programa de formación debería considerar las sugerencias del EBG, especialmente en lo relativo a la duración de los períodos de formación troncal y específica.
- No debería ser único. Tendría que adaptarse a la función que desarrollará el especialista durante su ejercicio profesional.
- Debería incluir áreas de capacitación específica.
- El requisito de acreditación de al menos tres años de ejercicio profesional para poder acceder a un área de capacitación existente en la presente legislación, hace muy difícil el desarrollo de este tipo de formación y debería ser modificado. En la actualidad existe un alto nivel de desempleo en la especialidad, ha desaparecido el especialista en áreas básicas de salud, y la mayoría del trabajo está en la medicina pública. La mayoría de los especialistas recién terminados pasan años en situación de empleo precario y transitorio.
- Debería tener en cuenta la importancia que la investigación médica está empezando a tener en la obtención de recursos para los hospitales y como elemento estratégico en el crecimiento económico de un país. Por tanto, debería facilitar la formación imprescindible en metodología científica para poder acceder a programas de investigación post-MIR.

Según estos principios, se diseñó un programa con 5 años de formación troncal, que ha de garantizar una formación homogénea a todos los especialistas en aparato digestivo. A partir de entonces, el médico dispondrá de tres posibilidades:

- Un año de formación adicional que complete el período troncal para aquellos que deseen ser especialistas en aparato digestivo general.
- Dos años de formación específica del área de capacitación de hepatología para aquellos que deseen ser especialistas en aparato digestivo-hepatología.
- Dos años de formación específica en endoscopia de alta complejidad para aquellos que deseen ser especialistas en aparato digestivo-endoscopia avanzada.

Especialista en aparato digestivo. Período de formación troncal

Es el período de formación común para todos los especialistas del aparato digestivo, incluyendo aquellos que posteriormente sigan un programa de formación en un área de capacitación específica, consta de 5 años.

Durante los primeros 2 años adquirirá conocimientos médicos generales en las diversas especialidades médicas y medicina de urgencia. Los siguientes 3 años son de formación específica y se distribuirán de la siguiente forma: 12 meses de experiencia clínica con pacientes digestivos hospitalizados y 6 meses con pacientes ambulatorios (debe incluir enfermos gastroenterológicos y hepáticos), un año de experiencia con técnicas diagnósticas y terapéuticas pro-

pias de la especialidad (fibrogastroscopia, colonoscopia y polipectomía, ecografía, punción-biopsia hepática, pruebas funcionales digestivas, pruebas de motilidad digestiva), y 6 meses incorporados a un grupo de investigación al objeto de conocer la metodología científica, así como de obtener los créditos necesarios para la suficiencia investigadora del programa de doctorado.

Especialista en aparato digestivo general

Consiste en un año de formación específica adicional que se dedicará a la endoscopia terapéutica, el cuidado de pacientes críticos con enfermedades digestivas y el seguimiento ambulatorio de pacientes con enfermedades prevalentes del aparato digestivo.

Especialista en aparato digestivo-hepatología

El área de capacitación en hepatología requiere un período de formación de 2 años en servicios clínicos acreditados para los médicos que hayan terminado los primeros 5 años de la formación troncal de la especialidad en aparato digestivo. Durante este período adquirirá experiencia en trasplante hepático, cuidados intensivos de pacientes hepáticos críticos, incluyendo terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva por varices esofágicas y técnicas hemodinámicas para el estudio de la hipertensión portal, anatomía patológica de hígado, tratamiento antiviral de la hepatitis crónica y cirrosis por virus de la hepatitis B y C, y tratamiento del cáncer de hígado.

Especialista en aparato digestivo-endoscopia avanzada

La formación en el área de capacitación de endoscopia requería 2 años adicionales a los 5 de formación troncal de la especialidad de aparato digestivo a realizar en unidades de endoscopia avanzada. Durante este período, el aspirante adquirirá experiencia en endoscopia de alta complejidad diagnóstica y terapéutica (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, papilotomía, extracción de cálculos biliares, colocación de prótesis biliares, pancreáticas, esofágicas y colónicas, gastrostomía endoscópica, polipectomía, ecoendoscopia y obtención de material histológico por punción guiada por ecoendoscopia, tratamientos paliativos de neoplasias digestivas, tratamientos ablativos de lesiones mucosas, enteroscopia, exploración de intestino delgado mediante cápsula endoscópica).

Conexión del programa de formación en aparato digestivo con programas de formación en investigación

La investigación médica es considerada en el momento actual como un elemento estratégico en el diseño de la

política de un país y el Ministerio de Sanidad es especialmente sensible a este hecho por la relevancia de la investigación médica en el crecimiento económico y el desarrollo sanitario. Prueba de ello es la reciente convocatoria de Contratos de Investigación de Profesionales Sanitarios que hayan finalizado el período de formación de la especialidad (BOE, diciembre de 2001). Un programa de estas características difícilmente se podría realizar si no existiera en los hospitales españoles una incipiente infraestructura de investigación constituida por profesionales que simultanean una actividad asistencial con la dirección de laboratorios de investigación financiados por agencias oficiales y contratos con entidades privadas. Esta incipiente organización investigadora debe ser potenciada. La AEEH y la AEG proponen que el Ministerio de Sanidad y Consumo contemple que el programa de formación en aparato digestivo pueda ampliarse en 4 años de formación en investigación con el objetivo de obtener especialistas capaces de efectuar una transferencia entre la investigación básica y la investigación clínica. Durante este período se requeriría la obtención del título de doctor en medicina y la consecución de formación específica en laboratorios españoles o extranjeros acreditados sobre disciplinas básicas y metodología de investigación precisas para el área de conocimiento al que pretenda dedicar su actividad investigadora. El objetivo de este especialista es protagonizar la investigación en nuestros hospitales. Por tanto, debe ser experto en un tema concreto (p. ej., hepatitis viral, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de hígado, cáncer de colon, enfermedad funcional digestiva, fibrogénesis hepática, inmunología del trasplante, enfermedades pancreáticas, etc.), no sólo en sus implicaciones clínicas, sino también en los aspectos relacionados con su estudio a nivel molecular, celular y experimental. Debería ser una oferta estratégica y, por tanto, las áreas de conocimiento establecidas por los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación Cultura y Deporte en virtud de prioridades concretas.

Acreditación de centros, número de especialistas formados en áreas de capacitación y otros aspectos del programa de formación en aparato digestivo

El programa de formación en aparato digestivo debe desarrollarse básicamente en un ámbito hospitalario a través de la unidad docente de un hospital general multidisciplinario de nivel 2 o 3, según se contempla en la Guía de Formación de Especialistas del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

En cuanto al número de especialistas formados en las dos áreas de capacitación específica propuestas, se considera necesario que exista, al menos, un especialista en aparato digestivo-hepatología de cada cuatro especialistas en aparato digestivo, o un especialista en aparato digestivo-endoscopia avanzada en cada hospital general multidisciplinario de tercer nivel.

Los programas de formación en un área de capacitación deberían ser considerados como parte integrante del pro-

grama MIR y ser financiados con recursos públicos. Los criterios para la selección de candidatos a áreas de capacitación específica, los requisitos de acreditación de unidades docentes de dichas áreas y el desarrollo de otros aspectos relativos a la formación de especialistas se establecerían de acuerdo al Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo, y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, previo informe de la Comisión Nacional de la Especialidad de Aparato Digestivo.

REFLEXIÓN FINAL

Como ha quedado patente en las líneas precedentes de este texto, los argumentos que justifican la necesidad de un cambio en el programa de formación de especialistas en aparato digestivo son muchos y en la actualidad múltiples colectivos médicos y la propia administración sanitaria están llegando de forma simultánea a la conclusión de que es necesario articular una nueva propuesta. Por tanto, el momento parece oportuno para la reflexión colectiva. La propuesta de la AEEH y la AEG no debe interpretarse como un documento finalista, sino como un borrador inicial donde están expuestas a grandes trazos las líneas básicas del cambio con el objetivo de estimular la reflexión y discusión entre el colectivo médico y con el propósito de anticipar a la administración sanitaria nuestro deseo de participar activamente en este proceso de cambio.

La propuesta tiene cuatro ejes centrales: ampliación del proceso de formación, incremento del período de formación básica en las diferentes ramas de la medicina interna, un período de formación troncal común para todos los distintos futuros especialistas y variedad de ofertas en la parte final de la formación configuradas en áreas de capacitación específica o programas de clínicos-investigadores. La definición de los contenidos precisos de cada uno de los períodos debe ser motivo de un cuidadoso análisis. Esta propuesta pretende dar respuesta a las limitaciones del programa actual y de las necesidades de la formación futura. Por una parte, una formación básica de 2 años en las distintas ramas de la medicina interna podría ofrecerse como un período universal de formación a todos los licenciados, sin que ello conlleve de forma intrínseca la necesidad de una titulación de especialista, lo cual cubriría el déficit de formación de los licenciados que en la actualidad no consiguen acceder al sistema MIR. Por otra parte, a partir de una formación troncal se diversifica la oferta de especialistas en diferentes perfiles de especialización orientados a cubrir las necesidades laborales de especialistas generalistas dedicados a cubrir la asistencia especializada de hospitales básicos de primer o segundo nivel, así como la de especialistas particularmente cualificados en áreas de capacitación para cubrir posiciones en

hospitales de tercer nivel con alta tecnificación. Además, el programa introduce el concepto de la investigación como una parte inherente y consustancial de la formación de especialistas. Ello lo hace incluyendo un período de formación básica en investigación durante la parte final del período troncal e introduciendo la nueva figura del clínico-investigador en áreas concretas de conocimiento de la especialidad, lo cual enlaza con el programa de contratos de investigación de profesionales sanitarios recientemente articulado por el Ministerio de Sanidad.

Este planteamiento obliga a romper la rigidez actual de las especialidades médicas, ya que el acceso a la formación en áreas específicas de capacitación o a los programas de clínico-investigador deberá abrirse desde distintas especialidades. Un ejemplo de ello sería el acceso al área de capacitación en hepatología desde medicina interna, pediatría o eventualmente otras troncalidades, luego de que los médicos procedentes de dichas troncalidades cumplan el adecuado programa de formación complementaria. De la misma manera, los médicos con formación en aparato digestivo básico podrán acceder a áreas de capacitación entroncadas con otras especialidades o áreas de conocimiento, como la oncología médica, la inmunología, la nutrición y dietética, etc. Este proceso facilitará la idiosincrasia de los nuevos especialistas con una mentalidad más abierta y una formación más flexible para integrarse en las unidades multidisciplinarias de una determinada patología. La forma de articular y definir los contenidos de la formación de estos períodos de superespecialización y los requisitos para acceder a ellos desde distintas ramas de formación básica precisan un análisis profundo, abordado con espíritu abierto e innovador y desprovisto de conceptos atávicos de corporativismo de las especialidades médicas.

Finalmente, y aunque no está incluido en la presente propuesta, la administración sanitaria debería revisar dos aspectos adicionales. El primero relativo a un análisis estricto del número de alumnos admitidos en las facultades de medicina según la necesidad real de profesionales médicos que precisa el país y un análisis pormenorizado de las necesidades de especialistas básicos en una determinada disciplina y de especialistas cualificados en áreas de capacitación específica. Por otra parte, debería reestructurarse el examen MIR con el propósito de conjugar una evaluación conjunta tanto del conocimiento abstracto como de las habilidades y del raciocinio a aplicar en la práctica médica.

El reto para el cambio está lanzado y las oportunidades son muchas. Ahora sólo hace falta que los profesionales le dediquemos ilusión, esfuerzos y generosidad para conseguir entre todos un marco profesional mejor de lo que tenemos en la actualidad, que ha sido de enorme utilidad para llegar hasta donde hoy estamos, pero que ya no nos sirve como instrumento para el futuro.