



EDITORIAL

Troncalidad del MIR: aprendiendo de los errores

Resident Intern Specialist Training (MIR) Core Subjects: learning from errors

Amando Martín Zurro



Editor Jefe de la revista Atención Primaria

Recibido el 16 de enero de 2019; aceptado el 23 de enero de 2019

Disponible en Internet el 14 de febrero de 2019

El proyecto de troncalidad del sistema MIR ha merecido en repetidas ocasiones la atención de los medios de comunicación generales y profesionales, incluyendo las revistas científicas como *ATENCIÓN PRIMARIA*. Se trata, sin duda, del cambio de mayor calado que se ha pretendido introducir en la estructura, organización y contenidos docentes de la formación especializada en España. Quizá sea por esto que, desde su planteamiento inicial, ha suscitado controversias procedentes de múltiples campos de especialización.

Partimos de la base de que la formación de especialistas eficaces y eficientes en la atención de los problemas de salud propios de su área debe contemplar como objetivo primordial que su perfil competencial guarde un equilibrio adecuado entre su formación transversal o básica y la específica de su ámbito de actuación. Esta estrategia se justifica conceptualmente en el hecho incontrovertible de que en medicina es siempre cierto que no nos enfrentamos con enfermedades o problemas aislados, individualizados como entidades nosológicas, sino con personas enfermas en las que en muchas ocasiones coinciden varios de aquellos. Tiene ya una antigüedad secular el aforismo de «no hay enfermedades, hay enfermos». En definitiva, se puede concluir que cualquier sistema de formación especializada debe intentar conseguir y mantener este equilibrio para generar profesionales capaces de detectar y, frecuentemente, abordar con calidad y seguridad, desde la perspectiva diagnóstica o terapéutica, problemas propios de otras especialidades,

sobre todo de aquellos que no requieren la aplicación de procedimientos complejos.

Asumida la bondad conceptual y estratégica de la troncalidad de la formación especializada toca ahora preguntarse acerca de las razones que han impulsado a instituciones y colectivos profesionales a pronunciarse en contra de su instauración en nuestro sistema MIR. Es cierto que determinadas argumentaciones pueden tener su origen en análisis corporativistas y de defensa de intereses teñidos por el egoísmo y un afán de control exclusivo de la formación de los residentes por parte de los servicios de cada especialidad, pero este hecho puntual no debe hacernos obviar que una parte significativa de los argumentos utilizados por los que se han opuesto a la implantación de la troncalidad tal como ha sido planteada hasta hoy tienen bases sólidas que merecen ser tenidas en consideración.

El error principal de la troncalidad que muchos hemos criticado es la rigidez de su diseño, fijando para todos los ámbitos de especialización un periodo de 2 años de formación básica en lugar de analizar pormenorizadamente las necesidades de competencias transversales de todas y cada una de las especialidades como paso previo a la fijación de la duración y contenidos de esta fase. No pueden ser idénticas las necesidades de formación transversal o básica de un internista o un cardiólogo que las de un anatomopatólogo o un radiólogo. Las especialidades se pueden agrupar en dos grandes bloques: verticales y horizontales. El primero, integrado esencialmente por las que abordan los problemas de aparatos y sistemas, está presidido por el objetivo de la mayor profundización posible en el dominio

Correo electrónico: a.martinzurro@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.01.003>

0212-6567/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de los elementos clínicos y tecnológicos correspondientes a cada uno de ellos. En este bloque el resto de los componentes competenciales es considerado frecuentemente como de relevancia secundaria. El bloque de las especialidades horizontales está integrado por aquellas con ámbitos competenciales más amplios y que, desde la perspectiva tecnológica y/o clínica, incluyen la atención de determinados grupos etarios y/o de problemas de varios aparatos o sistemas o, como en el caso de la medicina de familia, la de la persona en su globalidad biológica, psicológica y social. Entre las especialidades paradigmáticas de este bloque figuran pediatría, medicina de familia y salud pública.

También deberían ser objeto de análisis pormenorizados, al menos para cada grupo de especialidades, los contenidos

concretos de las competencias transversales de la fase troncal y, por tanto, el tipo y la duración de la formación y las rotaciones a realizar por los residentes de cada especialidad, así como la repercusión de dicha fase en la duración total del programa formativo.

En definitiva, hay que evitar por todos los medios que la troncalidad, que tanto ha costado poner sobre la mesa política, desaparezca en la noche de los tiempos y se pierda una oportunidad de oro para mejorar y modernizar nuestro sistema MIR. Nuestros expertos, y también los dirigentes políticos sanitarios, deben aprender de los errores cometidos, corregirlos y viabilizar más pronto que tarde un nuevo proyecto de formación sanitaria especializada.