

Programa complementario de formación para médicos y farmacéuticos residentes: experiencia en el hospital general de Granollers

Josep Maria Ibáñez-Romaguera

Director de Calidad y Desarrollo. Fundació Hospital-Asil. Granollers. Barcelona. España.

Sr. Director:

La implantación de los programas de formación de posgrado basados en el sistema MIR, que tuvo lugar a finales de los años setenta y que ha permanecido prácticamente invariable hasta nuestros días, ha supuesto una mejora notable en la formación de especialistas en nuestro país. No obstante, determinados cambios en el sistema, como la evaluación de la competencia profesional adquirida, la formación y la acreditación de los tutores de los programas o la revisión de los propios programas en sí, deben implementarse de forma clara y necesaria.

Tanto en el pregrado como en el posgrado se echan de menos determinados aspectos formativos que complementan la formación integral de cualquier profesional de la sanidad, que nos permiten adquirir unos conocimientos y unas habilidades imprescindibles para llevar a cabo una buena relación médico-paciente y que la sociedad nos exige cada vez más. Podríamos hablar de la formación en metodología de la investigación, en habilidades de comunicación, en metodología de la calidad o de la importancia que adquiere la bioética en la práctica clínica diaria.

Los cambios en la dinámica del sistema nacional de salud (la búsqueda de la eficiencia, los programas de calidad, la escasez de recursos, las políticas de participación social o el cambio del papel del paciente a usuario o cliente) impactan sobre el médico en formación, provocándole en ocasiones una sensación de confusión acerca del papel que él mismo desempeña en este sistema.

En la II Jornada de las Comisiones de Docencia de Cataluña, celebrada en Barcelona en 1992, diversos profesionales de la Administración, de la atención primaria y de los hospitales catalanes pusieron de manifiesto sus preocupaciones sobre los aspectos de la formación de posgrado susceptibles de cambio o complementación y que no estaban incluidos en la filosofía del sistema MIR.

Se crearon diversos grupos de trabajo para tratar temas como la mejora de los programas de formación, la evaluación del proceso formativo, el papel del tutor en el proceso docente o la coordinación entre las diferentes comisiones de docencia.

Se debatió acerca de la necesidad de crear un programa común, de interés general, eminentemente práctico, variado en su oferta y que debería ser acreditado. Nació así el esbozo de lo que sería el Programa Común Complementario dirigido a los especialistas en formación de Cataluña.

En el año 1995, la publicación de la Orden Ministerial de 22 de junio, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de los especialistas en formación¹, representa un paso adelante en la regulación de la formación del posgrado en España, ya que aporta elementos de calidad y da importancia a dos aspectos claves en la formación de especialistas, como son el papel primordial del tutor y los aspectos evaluativos del programa, aunque estos últimos no se han desarrollado en la medida que debieran.

La III Jornada de las Comisiones de Docencia, celebrada en diciembre de 1995, representa un cambio cualitativo en la escena del posgrado en Cataluña. Nace la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores de Catalunya, que aglutina a todas las comisiones de docencia hospitalarias, a las comisiones asesoras de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y de Psiquiatría y Salud Mental de Cataluña y a la propia Administración. La Xarxa ha recibido el reconocimiento oficial en este mismo año 2003². Por otra parte, se presenta el Programa Común Complementario de formación (PCC), que identifica áreas temáticas básicas, tiene un enfoque eminentemente práctico, de interés para todas las especialidades, acreditado por el Institut d'Estudis de la Salut, está compuesto por un paquete de cinco módulos y para el que se diseña una primera fase piloto³, en la cual participó nuestro hospital y que se inicia en 1996.

La duración del programa completo era de 154 h, repartidas a lo largo de 3 años, y constaba de los siguientes módulos: soporte vital básico instrumentalizado (4 h), metodología de la investigación (60 h), habilidades comunicativas (30 h), bioética (30 h) y gestión asistencial (30 h)

Una vez finalizada la fase piloto, el PCC se ha ido desarrollando de forma irregular en diferentes hospitales y unidades docentes de MFyC, y en este momento se está replanteando su futuro desde la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores de Catalunya.

El programa ha sido completado en nuestro centro por los especialistas en formación que iniciaron su período formativo entre 1996 y 1999, en total cuatro promociones.

La Comisión de Docencia ha estado siempre de acuerdo en la utilidad de realizar un programa de estas características, pero el tiempo también nos ha hecho ver algunos problemas en cuanto a su implementación.

La sobrecarga asistencial a la que están sometidos los residentes impide en ocasiones, o dificulta generalmente, la asistencia o el aprovechamiento máximo de estos cursos. La obligatoriedad, el horario de los mismos, la facilitación de la asistencia desde los servicios o las guardias han sido factores determinantes para ello.

En el año 2000 se realizó una encuesta de satisfacción del programa a todos los residentes. El análisis de la misma reafirmaba la pertinencia de un programa de estas características, aunque éste debería cambiar sus contenidos y su manera de llevarse a cabo.

Se apuntaba a una mayor flexibilidad en cuanto a los contenidos y a facilitar mucho más la asistencia, adecuando el horario y la distribución de las sesiones. Asimismo, debería aumentar el enfoque práctico de los módulos.

Por otra parte, se pidió a los residentes que expusieran sus preferencias en cuanto al contenido de un futuro PCC.

El análisis de la fase piloto y las observaciones hechas no sólo por los residentes, sino por diversos profesionales del hospital y de la atención primaria, nos ha llevado a un proceso de reflexión que ha desembocado en un nuevo planteamiento del programa.

Debemos conseguir un producto formativo más interesante, más adaptado a la realidad asistencial, que pretenda ser más atractivo para los residentes, cambiando la filosofía de programa común y obligatorio por un formato más ágil y a la medida de cada residente.

La posibilidad de adaptar un sistema de créditos, con unos créditos obligatorios (dos terceras partes del programa) y unos optativos (la tercera parte restante) puede facilitar su cumplimiento.

Nos inclinamos a incluir en los créditos obligatorios, formación en soporte vital avanzado, metodología de la investigación, bioética, habilidades de comunicación y metodología de la calidad.

Los créditos optativos profundizarían en aspectos ya planteados en los créditos obligatorios y se añadiría formación más específica, como atención geriátrica, urgencias o radiodiagnóstico.

De cada uno de los módulos se definió su duración, los objetivos a alcanzar, la metodología y el responsable de su coordinación.

El programa ha sido debatido en la Comisión de Docencia del hospital y cuenta con el beneplácito de la Dirección.

A pesar de todo, las dificultades que se plantean a la hora de decidir el momento de su implantación aún son numerosas, y giran en torno a la cultura del proceso formativo, la organización asistencial o el eterno conflicto entre asistencia y docencia.

Como conclusión, consideramos que no cabe duda de que el período de residencia es clave en términos de desarrollo general y profesional de los recién licenciados. A la vez, los requerimientos asistenciales superan, a menudo, la necesidad de un aprendizaje mediante un enfoque holístico de la profesión. Los programas de formación carecen de otros contenidos que, aunque no son inherentes a la especialidad, sí son indispensables para una correcta formación técnica y humana del médico. Iniciativas como el Programa Común Complementario, impulsado de forma firme por la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores de Catalunya, aunque sin el éxito que todos hubiéramos deseado, pero también con el propósito también firme de relanzarlo o iniciativas propias como la nuestra, deben contribuir sin duda alguna a mejorar los niveles de calidad de la formación de posgrado que damos a nuestros residentes. La sociedad, cada vez más exigente y comprometida con la salud, nos demanda no sólo médicos técnicos sino médicos con una formación complementaria sólida.

Para terminar, cabe recordar que “el médico que sólo sabe medicina, probablemente no sabe ni medicina”.

Bibliografía

1. Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas (BOE no. 155, de 30 de junio de 1995).
2. Orden SSS/151/2003 de 28 de marzo, por la cual se crea la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores dels centres sanitaris acreditats per a la formació dels i de les especialistes en ciències de la salut a Catalunya (DOGC nº. 3858, de 4 de abril de 2003).
3. III Jornada de les Comissions de Docència (documento de trabajo). Barcelona, 1995.