

La formación MIR: opiniones desde la SOCV

P. Marco

Vicepresidenta
Sociedad
Oftalmológica
de la Comunidad
Valenciana

Desde la junta de la SOCV, integrada en su mayoría por oftalmólogos formados vía MIR, nos gustaría hacer oír las opiniones de los residentes, en aras de la mejora de la formación especializada en nuestro ámbito geográfico.

Como una de los oftalmólogos formados en la primera promoción del programa MIR (en 1980 fuimos alrededor de 50 en toda España), puedo aportar el punto de vista de alguien situado en la frontera entre los oftalmólogos que podríamos denominar "clásicos", que siguieron una formación de 3 años si habían sido residentes o de 2 años (a ellos que, como el valor en los militares, se les suponía una formación adecuada) a los que podríamos denominar "predominantemente clásicos" y nunca "ocultos". Ese año marcó el inicio de la formación especializada, que pasó a exigir el examen MIR de acceso y la estancia de 4 años en un centro acreditado.

Este hecho ha tenido una trascendencia que sólo apreciamos los de mi generación y las anteriores, y queda como una historia lejana para las actuales, pero que ha supuesto una mejora indudable en la asistencia médica prestada en nuestro país. El nivel de la Medicina en España, y de la Oftalmología en concreto, ha mejorado notablemente por ello y por el reciclaje continuo de todos los profesionales. Creo que es de reconocer el esfuerzo realizado por oftalmólogos de todos los ámbitos del ejercicio de la profesión y de todas las edades por adaptarse a las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento. Hay que tener gran plasticidad cerebral para seguir los continuos y a veces enormes cambios que ha habido en nuestra especialidad en los últimos 20 años.

A ello, hay que sumar un mayor nivel económico de nuestro país y un más fácil intercambio de la información, para llegar a una situación que podemos considerar equiparable a los países de nuestro entorno.

Aunque siempre ha existido un programa docente de referencia, en la práctica los MIR se integran en la

dinámica de cada servicio, es decir, la duración y contenido de los rotatorios depende más de la actividad asistencial del servicio en el que tienen la fortuna o la desgracia de caer, que de unos objetivos docentes concretos.

La Comisión Nacional de la especialidad no tiene la presencia y la influencia que en mi opinión debería tener. Es cierto que, "grosso modo", todos pensamos que nuestros residentes deben saber un mínimo de cosas, como por ejemplo, hacer bien una faco, pero lo demás es más bien impreciso y queda algo al azar. A veces descubrimos que determinado residente no ha tenido ocasión apenas de operar glaucomas o que no ha podido hacer muchos estrabismos porque pasó siendo R1 y nos cuestionamos si puede hacer vitrectomías o queratoplastias o estas técnicas deben quedar para un "fellowship" o "master". Dominar todas las técnicas es virtualmente imposible en sólo 4 años de especialidad, si comparamos con la prolongada formación de los residentes en el Reino Unido, por ejemplo. La evaluación del residente actualmente se realiza por informes poco precisos de los tutores. Teóricamente se evalúan aptitudes y habilidades y temas relacionados con la capacidad de comunicación con el paciente y familiares, así como grado de colaboración con los compañeros, etc. En la práctica, se da una nota estándar, sin diferenciar, cuando todos sabemos que ello no es así ni mucho menos.

En un país sin tradición de auditorias del funcionamiento de los hospitales y de sus profesionales, evidentemente no se han desarrollado estos métodos. Remito al respecto a las frecuentes editoriales en *Ophthalmology* acerca de cuestiones de los programas docentes pre y postgraduados. Específicamente, es de interés el sistema de evaluación de la cirugía de la catarata. El llamado OASIS (*Objective Assessment of Skills in Intraocular Surgery*) es especialmente completo al respecto. Si analizamos someramente las hojas de evaluación, vemos que

son enormemente prácticas incluso para la rutina asistencial, mejores que los farragosos protocolos quirúrgicos que rellenamos en nuestros hospitales.

Las evaluaciones anuales deberían compensar las diferencias en la formación, al menos quirúrgica, de cada residente. Pero la realidad vista desde el sufrido adjunto que se ve condicionado a la hora de hacer los partes quirúrgicos por los avatares de la asistencia y de la lista de espera, además de la propia dinámica del quirófano, es diferente. No hay nada realmente que reconozca la agresión reiterada que sufren las coronarias de los adjuntos que inician con paciencia o sin ella a las sucesivas generaciones de residentes en el mundo de la cirugía, además con la circunstancia de que al ser la mayoría con anestesia local hay que recurrir a estrategias que no induzcan el pánico en el paciente (nos tememos que algo notarán cuando hay cambios de cirujano o expresiones contenidas de sobresalto,).

Pero ¿hay más oftalmología que la faco?

Un residente moderno ha hecho muchas facos, algunos glaucomas, algo de cirugía plástica, alguna dacrio si tiene suerte, posiblemente alguna retina y varias vitrectomías y será capaz de ver pacientes en grandes cantidades y de operar a destajo cuando entre en el duro mundo de fuera (¡hay vida inteligente fuera del hospital!) Pero, también encuentra que ha de adaptarse al mercado, para lo que no le preparó su brillante formación MIR: por ejemplo, ¡no sabe nada de cirugía refractiva y no sabe poner Botox! Después de todo, los desprendimientos de retina no son tan frecuentes como parecía en el hospital y la demanda asistencial resulta cuando menos una sorpresa. Menos mal que algunas grandes superficies oftalmológicas ofrecen cursos de reciclaje en la Oftalmología real. ¡¡¡Algo debemos hacer bien en los hospitales docentes cuando al menos pueden ser reciclados!!!

Respecto a las diferencias entre los hospitales, ¿existe realmente un programa docente, con unos objetivos concretos? ¿éstos han de ser sólo quirúrgicos? ¿publicaciones? ¿dónde? ¿qué grado de credibilidad le damos a las revistas nacionales? Es curioso que leemos bastante más las publicaciones internacionales que las nuestras, como reflejo de la relevancia que nosotros mismos les adjudicamos. Reconozco tal falta como propia y que deberíamos entre todos empeñarnos un poco más en dar nivel a nuestras publicaciones.

Otra de las cuestiones frecuentemente planteadas es la Tesis Doctoral. ¿Qué sentido tiene hacer la tesis? Muchas veces es una especie de asignatura

pendiente que atormenta al MIR, ya de por sí machacado por las guardias y las sesiones que ha de preparar, y que pocos consiguen llevar a término.

La Tesis Doctoral es el inicio de una carrera de investigación, teóricamente, y se ha convertido en una fuente de puntos para las oposiciones. Los cursos de doctorado en ocasiones no tienen relación con la especialidad y se convierten en un mero trámite burocrático. No es el caso de los organizados por la Cátedra de Oftalmología de la Universidad de Valencia, pero la obtención de los créditos necesarios implica realizar otros de "relleno" para poder optar a la presentación de la Tesis.

Además de la formación de los MIR de Oftalmología, hemos de considerar a los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, los Médicos de Atención Primaria de futuro, cuya actividad tiene enorme trascendencia en la asistencia de la población, incluyendo a los pacientes oftalmológicos. ¿Quién envía a los enfermos a Urgencias a cualquier hora intempestiva? ¿Quién receta el socorrido corticoide+antibiótico a cualquier ojo rojo, incluyendo las queratitis herpéticas? ¿Quién ve a los diabéticos? Siendo sinceros, ¿por qué los médicos de primaria saben tan poco de ojos? Seguramente porque no les conseguimos transmitir interés por la especialidad y sobre todo la idea de que con sentido común se puede orientar bien la mayoría de los casos.

Los servicios de Oftalmología son diferentes entre sí por los medios de que disponen, la población atendida y los profesionales que en ellos trabajamos. Es por ello que la formación no es homogénea y sería deseable que se compensaran las deficiencias por medio del intercambio de residentes, los rotatorios externos. Ahí entraría la idea de que los MIR fueran más que de cada hospital, en el caso de la Comunidad Valenciana, de la SOCV. Me remito al Editorial de Rafael Martínez-Costa, presidente de la Sociedad Valenciana. Pero ello exige un cambio de mentalidad que parece bastante difícil.

Todos sabemos que lo que obsesiona a un MIR que se precie es que le dejen operar y es por ello que se plantean si podrá hacerlo en el servicio al que acude un poco de prestado en un rotatorio externo. Aquí también hay diferencias individuales. Uno de los problemas importantes que se generan es la cobertura de las guardias y es una razón que frena esta decisión en algunos casos.

Los sufridos adjuntos son los que en el último término, como ha sucedido en nuestro servicio, resuelven el problema, volviendo a las guardias de presencia física, con la repercusión consiguiente en la activi-

dad normal por la libranza obligatoria y necesaria del día siguiente.

En estas generaciones que han vivido en sus años universitarios las becas Erasmus, la opción de integrar un rotatorio en un centro extranjero aparece como muy viable y recomendable.

Hay que comentar al respecto la novedad de las bolsas de viaje que ofrece la SOCV para residentes de los últimos años como ayuda económica en la realización de estos rotatorios externos.

La gran limitación para una docencia satisfactoria para todos, es la carga asistencial: las plantillas están infradimensionadas y los MIR han de asumir funciones asistenciales sin supervisión. Ello plantea cuestiones respecto a la responsabilidad legal ¿quién responde de aquello hecho sin supervisión? ¿y las complicaciones quirúrgicas? ¿hasta dónde puedo dejar operar a mi residente? Este tema adquiere cada vez más importancia, dada la progresiva judicialización de nuestra sociedad.

En el plan inicial de Formación Especializada se contemplaba la realización de una evaluación final mediante un examen al final de la Residencia, de carácter nacional, y a la que nos opusimos con todas nuestras fuerzas los que fuimos MIR en aquellos años. Hubo

una huelga que consiguió la supresión de dicho examen. Posiblemente fuera un error histórico porque podría haber sido la base de la selección desde los hospitales basándose en entrevista y currículum vitae y no la reiteración de exámenes de oposición para cada plaza a la que se opta.

Existe una prueba poco conocida, de rango comunitario, que es el *European Board of Ophthalmology*: ¿sirve para algo? Por la referencia de una brillante colega que sí la aprobó, los candidatos españoles, al menos en esa convocatoria, se quedaron algo “descolgados” y fueron los únicos que tuvieron que hacer el examen en inglés en vez de en su lengua propia.

Para mejorar la docencia en nuestros hospitales habría que pasar por una mejor organización de la actividad asistencial y una incentivación de las actividades educacionales e investigadoras. Todo se queda en mera palabrería pero a lo mejor nos sorprendemos si conseguimos algún cambio de planteamiento a nivel de nuestros gestores sanitarios.

Mientras tanto quedamos a expensas de las iniciativas individuales y del grado de incombustibilidad de las plantillas de los hospitales.

Saludos desde la SOCV