

## Coloquio

**Dr. Labad** (*Catedrático de Psiquiatría, Universitat Rovira i Virgili, Institut Pere Mata, Reus*)  
He conocido toda la historia de la que se está hablando en este simposio desde dentro de la universidad, tanto en el ámbito asistencial como docente. Mi pregunta la dirijo al moderador y es cómo ve el sistema de formación de especialistas médicos en Alemania en comparación con el de aquí. Como ha dicho el Dr. Vilardell, y también el Dr. Soler Durall, al principio las tareas del MIR se llevaban a cabo de forma diferente a como se realizan hoy. Por eso mi pregunta, existiendo por mi parte un interés particular, saber algo más acerca del sistema alemán de formación de especialistas.

### **Respuesta del Dr. Mestres:**

Intentaré dar respuesta a su pregunta exponiendo de manera sucinta las características de la formación de médicos especialistas en Alemania.

En primer lugar, subrayaré las diferencias existentes en los estudios de medicina de pregrado. Estos estudios en Alemania contemplan una duración de seis años, de los cuales el último es rotatorio en clínica, que se lleva a cabo en el hospital de la facultad de medicina donde el estudiante ha estudiado o bien en un hospital fuera de la universidad, pero asociado a ella.

Durante los seis años tienen lugar tres exámenes estatales, que se efectúan en lugares distintos de la geografía, el mismo día en todo el país. Estos exámenes contemplan una parte escrita con el mismo cuestionario de preguntas para toda Alemania y una parte oral. La parte oral se realiza en cada facultad y frente a un tribunal constituido por tres profesores y un estudiante de cursos superiores, que actúa como testigo y atiende a que la prueba transcurra correctamente. El primer examen se efectúa después de los dos primeros años (asignaturas básicas, es decir, sin pacientes), se denomina *Physikum* y puede repetirse solamente una vez. En casos en los que se comprueba que circunstancias desfavorables

determinaron el fracaso en la prueba, se puede otorgar una nueva oportunidad de examen. El fallo en la repetición de la prueba supone para el candidato la imposibilidad de estudiar medicina en Alemania; naturalmente puede ir al extranjero, pero, repito, en Alemania no tendrá nunca más la posibilidad de estudiar medicina. Un proceso similar se vive tras los semestres clínicos y también después del rotatorio clínico que se realiza tras el sexto año de la licenciatura.

Tras aprobar todos estos exámenes, el candidato está en condiciones de solicitar el equivalente alemán de la licenciatura española, denominado *Approval*. Este título autoriza a ejercer como médico, pero bajo condiciones que limitan el ámbito de trabajo. Prácticamente todos los licenciados se afanan por conseguir una plaza de médico asistente con posibilidad de especializarse (*Facharzt*, médico especialista), lo que es *conditio sine qua non* para poder trabajar, por ejemplo, en los seguros médicos estatales.

La especialización médica es una competencia de los colegios de médicos alemanes (*Ärztekammer*), que son quienes emiten el certificado o título de especialista. El título se otorga tras una prueba o examen ante tribunales constituidos por médicos de la especialidad correspondiente en ejercicio. Estos médicos examinadores están obviamente colegiados y pueden provenir de hospitales universitarios y regionales asociados o no a la universidad, clínicas y hospitales privados, siempre y cuando tengan el permiso para formar especialistas que otorga la autoridad competente. Los catedráticos y profesores de las clínicas universitarias, en la medida que estén colegiados, pueden igualmente formar parte de los tribunales de examen para especialistas.

Los médicos recién licenciados acceden a la formación de especialista de la siguiente forma. Los hospitales, sean o no universitarios, clínicas, etc. publican en los medios de comunicación las plazas que tienen libres y desean ocupar. Seguramente, el órga-

© 2020 FEM

no informativo mas difundido sea la revista de los colegios de médicos, *Die Deutsche Ärzteblatt*, en la que a menudo se publican docenas de paginas con las plazas a ocupar, indicando los requerimientos y condiciones a cumplir para obtener esas plazas.

Los candidatos presentan su aplicación, acompañada de sus datos académicos, si tienen o no el doctorado (en Alemania, los doctorados en medicina se inician generalmente mucho antes de terminar la carrera) y, en fin, todo aquello que pueda informar sobre sus estudios, persona y motivación profesional. El jefe del departamento donde está ubicada la plaza a ocupar, tras realizar una selección previa, se encarga de invitar a los candidatos de forma individual a tomar parte en una entrevista, en la que pueden tomar parte representantes laborales del estamento correspondiente.

Así pues, en Alemania no se llevan a cabo exámenes tipo MIR para que los candidatos encuentren su plaza para la formación como especialista, sino que es el candidato quien decide la especialidad que desea, aunque aquí muchos factores pueden desempeñar un papel importante en la toma de decisiones.

El acuerdo de formar a quien se otorga la plaza en cuestión en una especialidad determinada (especialidad que, como ya se ha dicho, en principio escoge él mismo) se sella con la aceptación de dicha plaza.

En general, la duración de la formación como especialista es de cinco o seis años, según la especialidad. Los contenidos de la formación vienen regulados por un reglamento (*Weiterbildungsordnung 2018*) dictado por el colegio de médicos federal (*Bundesärztekammer*). Se ha de remarcar que los médicos en formación tienen que cumplir con un catalogo de objetivos de su especialidad, que se registran –como quien dice, diariamente– en un *Logbuch* o libro de registros y que ha de estar satisfecho dentro del período formativo. Finalizado este, el responsable de la formación del candidato lo comunica al Colegio de Médicos y es esta institución la que se preocupa de organizar el tribunal para el examen de especialidad.

Estas serían en líneas generales las características de la formación de médicos especialistas, sugiriendo a los interesados en el tema consultar el trabajo de Mestres y Becker (*Educ Med 2012; 15: 69-76*).

***Dra. García Villarrubia*** (*Vocal de médicos jóvenes del Colegio Oficial de Médicos de Tarragona*)

Comenta que vivió de cerca la discusión en torno a la troncalidad en el programa MIR. Hace mención a la presentación del Dr. Martín Zurro a este respecto, diciendo que se hicieron enmiendas al pro-

yecto, que hubo conversaciones con el ministerio, pero que le sorprendió la fuerza con la que el Consejo de Estudiantes se opuso a la troncalidad, aparte de los consejos nacionales de especialidad. Para aclarar la situación, menciona la imagen que presentó el Dr. Sitges, de varios caballos tirando todos ellos en una dirección distinta. Nadie quería la troncalidad, con la que se pretendía tender a la transversalidad que estaban enseñando en las universidades. Le sorprendió mucho que, al final, el proyecto acabase guardado en un cajón. Pregunta si en el auditorio hay alguien que se pueda manifestar sobre el tema de la troncalidad y si existe alguna forma por la que los médicos jóvenes puedan contribuir a reanudar el debate.

Un segundo tema que planteó la Dra. García Villarrubia fue el del balance entre el número de aspirantes y el número de plazas MIR. En la discrepancia existente ve la causa de que falten médicos en el sistema sanitario. Bajo estas circunstancias, muchos gestores sanitarios acabarán contratando médicos sin especialidad. Entonces, ¿qué haremos con el MIR?

***Respuesta del Dr. Vilardell:***

Empezó contestando a la última pregunta para pasar después al tema de la troncalidad hablando de cómo lo ha vivido.

En cuanto a la demografía médica, ¿faltan médicos o probablemente se requiere un cambio con nuevas disciplinas sanitarias, con nuevos profesionales? Esto es lo que nos tenemos que preguntar. En la asistencia sanitaria es necesaria una reconversión. Mientras no resolvamos este problema seguirán faltando médicos. El Dr. Vilardell no cree que estemos tan mal de médicos en comparación con la Unión Europea. Con Alemania estamos prácticamente igual. Por lo tanto, hay aquí otro problema: Los médicos hacemos tareas que muy probablemente podrían llevar a cabo otras profesiones sanitarias existentes y muy probablemente se tendrían que crear otras nuevas; sin embargo, el propio corporativismo médico frena mucho todo esto, siendo importante la influencia de este corporativismo y necesariamente se habría de reflexionar sobre ello.

El Dr. Sitges ha dicho que se abrieron las puertas de las facultades de medicina (se refiere al mayor número de ellas). Algunos nos opusimos a ello porque veíamos que se pueden crear muchas facultades de medicina nuevas, pero un 30% de los estudiantes proceden de otras regiones de España y de Portugal. Actualmente no sabe decir a cuánto asciende el número, pero lo cierto es que muchos graduados marchan del país (cita al Dr. Vizcarro).

Los salarios médicos en Alemania no se pueden comparar con los de aquí (cita al Dr. Mestres) y este un tema del que se tiene que hablar, ya que hay que verlo en un contexto global.

Respecto al tema de la troncalidad, el Dr. Vilar-dell formaba parte de la comisión nacional, sita en Madrid, siendo presidente de la Comisión Nacional de Medicina Interna. ¿Qué tipo de troncalidad había? Cuando se discutía sobre ello, por ejemplo, el cardiólogo o el representante de la especialidad que fuese protestaba alegando que no estaba dispuesto a perder dos años (en tiempo troncal) de rotación en su campo. Entonces se dijo que, en vez de cinco años, serían necesarios seis o incluso siete años para formar al especialista. En un país como el nuestro, dijo, en el que los medios económicos no sobran, es este un problema importante.

Cuando se habló de las áreas de capacitación, ocurrió que todo el mundo quería ser especialista, aumentando y fragmentando las denominaciones, como por ejemplo, querer ser especialista en enfermedades infecciosas de un tipo de infección determinado.

Todo ello son factores o circunstancias que van retrasando el proceso: los gobiernos cambian, las comisiones cambian, lo que se escribe queda en el fondo de un cajón, y así se vuelve a empezar de nuevo, y cuando se habla de qué haremos cuando terminados los dos años de troncalidad se quiera seleccionar o elegir lo que va a venir después, esta cuestión se convierte en un nuevo problema. Cuando las cosas se eternizan, la realización de los proyectos resulta muy difícil. Cuando se establece un debate sobre un tema así, el enfoque debe ser global.

Sobre el sistema alemán (selección de candidatos a la especialidad), hubo una época en España que ya lo teníamos, obviamente con defectos congénitos y otros adquiridos. Alemania tiene un gran modelo formativo.

Nuestros médicos están muy bien formados; esto es una realidad, como lo demuestra el hecho de que los deseen en todas partes. Algo similar ocurre con el sistema de enfermería.

Sobre el tema de los exámenes de estado planteado por el Dr. Mestres, ya se había discutido en España. Siendo el Dr. Vilar-dell decano de la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, propuso en la conferencia de decanos hacer un examen común a todas las facultades de España sobre habilidades y actitudes. Aquellos que aprobasen esa prueba serían aceptados para participar en el examen MIR, y así seleccionar a los mejores. Esto, que económica y logísticamente hubiese sido posible, resultó desgraciadamente imposible.

Ahora, los decanos vuelven a plantear de nuevo esta cuestión.

Estas cuestiones son importantes, pero también difíciles de tratar porque se mezclan conceptos, puntos de vista e intereses muy distintos, y todo ello va retrasando la toma de decisiones, con lo que todo se eterniza y no se avanza.

#### **Dr. Castro**

*(Profesor de Medicina y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Rovira i Virgili)*

El tema de la troncalidad probablemente traiga consigo problemas, ya que nadie quería perder su cuota y era difícil que las especialidades (a sus representantes) accedieran a la nueva propuesta.

Pero es posible que lo que tenemos se pueda mejorar. La formación MIR está muy carente de instrumentos pedagógicos, el único existente es la práctica médica diaria. El papel del tutor está diluido, ya que tiene su labor asistencial que debe simultanear con la de tutor. No obstante, la experiencia MIR podría dar mucho más de sí. Al estudiante, por ejemplo, en R1, le ocurrirán muchas cosas por primera vez. Y lo que ocurre por primera vez tiene un impacto formativo muy elevado, es decir, cuando inicias tu actividad profesional, lo que sucede al principio es todo nuevo.

Buscar instrumentos de reflexión es importante. Sencillamente acumular experiencia no te convierte en experto, te conviertes en experto si reflexionas sobre ello. No se trata pues de hacer cosas, sino pensar sobre ellas, pensar sobre lo que te ha sucedido y eso es justamente lo que hay que hacer durante el transcurso del programa MIR.

Necesitamos más instrumentos pedagógicos, instrumentos y herramientas de evaluación. Antes se ha hablado de un examen final, pero el Dr. Castro piensa que sería suficiente si el MIR estuviese bien regulado.

Los estudiantes que tenemos ahora son distintos de los que teníamos antes. Hoy ingresan en medicina estudiantes que antes no entraban. El perfil del alumno que entra ahora es el de una persona estresada. En el caso del estudiante de medicina de hoy, el estrés académico ya empezó en el bachillerato, porque si no se obtiene una puntuación de mínimo 9,5, o mejor 10, no entrará en medicina. El Dr. Castro piensa que esto es muy patológico, hay un elevado porcentaje de estudiantes que entran en medicina después de un proceso y una angustia muy fuertes, y eso determina que tengamos de adaptar los perfiles de la carrera académica y acercarlos lo más posible al perfil de los estudiantes que ingresan en las facultades.

También tenemos un problema con el profesorado. Este se jubila y no hay recambio. La edad media de los profesores titulares es de 51 años. Iniciar a esa edad una vía académica no es iniciarla, es más bien acabarla, es el final de un camino, no el principio. Se necesita gente con empuje, sin querer decir con ello que gente de 51 años no tenga empuje, pero no es un perfil idóneo.

En las facultades de medicina nos hemos encontrado que se ha tenido que efectuar un cambio organizativo, pues en 1999 llegó una nueva ley de educación superior que exigía de las facultades garantías en la transmisión de competencias. Se analizaron las competencias a transmitir y se vio que la metodología docente era incapaz de garantizar tales objetivos previstos en la ley. Se tenían que introducir nuevos elementos en la docencia y nuevos instrumentos de evaluación. También el perfil del profesorado tensiona la situación y obliga a los equipos de decanos a realizar cambios en los planes de estudio. Todo esto es posible que haya tenido incluso efectos negativos. Es difícil de valorar: si cambias algo y no estás preparado para hacer el cambio, puede ser que no consigas aquellos resultados que ya tenías antes del cambio. No obstante, todo esto ya está rodando desde hace unos cuantos años y parece que estamos consiguiendo los resultados que nos habíamos propuesto. Nos hemos preocupado de que el alumno reciba una buena docencia, con transferencia de habilidades comunicativas, y que sepa reflexionar sobre aquello que hace para que cada vez mejore más sus capacidades, sepa dar malas noticias, sepa incorporar elementos sobre el trabajo en equipo, sienta el compromiso con el sistema sanitario al que pertenece, que conozca bien los distintos escenarios de actuación del médico (medicina primaria, hospitalaria...), que conozca el sistema sanitario, que se responsabilice de la eficacia del sistema, que sepa interaccionar con el paciente... En fin, todo ello han intentado los equipos de decanos, sacando el máximo partido a la evaluación de la práctica clínica, con la intención de que el estudiante se lo tome en serio, para que vea que su actividad es algo que se evalúa, pero todo ello termina bruscamente cuando acaba el rotatorio. Se sentará en una silla y estará estudiando teoría durante siete u ocho meses hasta que le llegue el examen MIR y comenzará a ejercer la profesión unos once meses después de haber terminado la carrera.

El examen MIR, tal y como se lleva a cabo en la actualidad, es un disruptivo muy importante en la formación de los médicos. Los alumnos de sexto curso de medicina tienen la mirada fijada en el examen MIR, y no solo ellos, sino también aquellos en quin-

to e incluso en cuarto curso. Es una circunstancia contra la que se ha de luchar y así lo hacemos, dice el Dr. Castro, en la medida de lo posible.

El examen MIR analiza conocimientos teóricos aunque hay intentos por cambiar el tipo de preguntas. Como ya se ha dicho, el alumno se fija en el examen, que por otro lado tiene un aspecto positivo (y ello desde un principio), y es el de la equidad: todo el mundo es evaluado por el mismo rasero.

El examen MIR podría efectuarse inmediatamente, una semana después del final del sexto curso. Los decanos han estudiado en este sentido diversos extremos. El expediente académico, respecto del MIR, solo cuenta un 20%, lo que devalúa lo que el estudiante ha hecho durante la carrera. Es curioso que, para entrar en la facultad de medicina, el expediente académico de bachillerato cuente un 60%. Si hay variabilidad en cuanto a evaluación entre las facultades de medicina, hay que imaginarse la que existirá entre los institutos y escuelas de segunda enseñanza en España.

Los decanos han estudiado si hay diferencias entre los expedientes académicos obtenidos en las facultades de medicina y no han observado diferencias significativas, por lo que una manera de ordenar hoy a los alumnos podría ser considerando su expediente académico. Insiste el Dr. Castro en el hecho de lo poco que cuenta hoy en día y otra cosa sería si su impacto fuese mayor. En cualquier caso, hay muchos elementos susceptibles de mejorar. En opinión del Dr. Castro, es nefasto el período tan largo desde que acaban la carrera hasta que pueden iniciarse en el MIR.

#### **Dr. Sítges:**

Este período (refiriéndose al descrito por el Dr. Castro) está agresivamente 'secuestrado' por las denominadas academias MIR. El volumen de negocio de estas academias se sitúa en torno a los 30 millones de euros anuales. El 80-85% de los estudiantes pasan por esas academias. Su política de mercado es cada vez más agresiva. De hecho, son muchas las facultades de medicina que les permiten entrar en sus dependencias para hacer publicidad. En el Hospital del Mar (Barcelona) y en la Universitat Pompeu Fabra se ha prohibido que las academias vengan a hablar con los estudiantes de primeros cursos, pues iban a reclutar clientes de preferencia entre estudiantes que cursaban segundo y tercero. Las academias, pues, son un factor y las cifras mencionadas dan una idea del volumen de negocio que está generando el examen MIR.

Si se redujera drásticamente el período entre el final de carrera y el examen MIR, como ya se ha su-

gerido (refiriéndose al Dr. Castro), eso sería un fuerte golpe para las academias, pero entonces sufrirían probablemente los alumnos de cuarto curso, con lo que el problema se desplazaría en el tiempo. Podría ser una buena medida, pero la disponibilidad de los estudiantes –y de sus padres– a pagar lo que piden las academias es algo irreversible y muy difícil de controlar, a menos que existiera algún tipo de regulación para evitar que la carrera de medicina acabe como unas oposiciones a juez. En definitiva, si los estudiantes se encerrasen dos o tres años, como hacen los estudiantes de derecho y cada sábado se les adiestrara en responder preguntas tipo test, entonces ya no les haría falta estudiar la carrera de medicina en la facultad.

**Dr. Jorge Pérez** (*Profesor de la Facultad de Medicina. Grupo de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona*)

El expediente durante el grado de medicina es el mejor predictor del resultado en el examen MIR. Es frecuente leer o escuchar comentarios sobre la distorsión que puede producir el examen de acceso al programa MIR en los estudios de medicina. Todos sabemos que, durante los últimos años de la carrera, los estudiantes dedican un tiempo importante a la preparación del futuro examen de acceso a la formación especializada y ello haría que los estudios reglados pasaran a un segundo plano. Es más, la propaganda agresiva de las academias preparatorias, que a medida que pasa el tiempo intervienen más pronto, es motivo de preocupación de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina.

En los estudios de medicina de la Universitat Pompeu Fabra compartidos con la Universitat Autònoma de Barcelona hemos realizado un estudio sobre la relación entre el expediente final de los alumnos y los resultados de éstos en el examen MIR. Tenemos datos de las cuatro primeras promociones graduadas y en todas ellas, tanto en hombres como en mujeres, hemos encontrado una relación positiva y significativa (Baillès E, Girvent M, Moyano E, Pérez J. Relación entre expediente académico y resultado en la prueba MIR en los estudios de medicina de la UPF-UAB. FEM 2020; 23: 205-9).

Estos resultados, que probablemente también se darían en todas las facultades, serían muy relevantes porque indicarían que el mejor predictor de éxito en la prueba MIR es el éxito en los estudios realizados durante la carrera. Así, se debería informar a los alumnos de dicha evidencia. Los estudiantes de medicina deberían conocer que la mejor preparación para la prueba sería realizar lo mejor posible todas las actividades de aprendizaje propuestas en

su centro. Ello disminuiría su ansiedad y permitiría un mayor rendimiento que repercutiría en un mejor ejercicio profesional futuro y, por consiguiente, en la mejora de la salud de la población.

**Dr. Castro:**

Quiero corroborar lo que acaba de exponer el Dr. Jorge Pérez. Nosotros, en nuestra facultad, también hemos estudiado la correlación existente entre el expediente académico y los resultados del examen MIR y hemos hallado una altísima correlación.

**Dr. Jorge Pérez:**

Aunque las cohortes puedan ser más bien pequeñas y podrían aparecer pequeñas diferencias, la correlación, como se ha dicho, es brutal.

**Dr. Castro:**

Sin embargo, la correlación entre el examen MIR y la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) es muy baja. Los resultados de esta prueba se extraen de un examen de preguntas y, en parte, de la prueba multiestación. Es probable que la teoría o conocimientos que se examinan en el ECO sean diferentes, que esté planteada de otra manera a como se hace en el MIR y, por ello, la correlación sea más baja. Lo cierto, sin embargo, es que la correlación entre el expediente académico y los resultados del examen MIR tienen una correlación muy clara.

**Dr. Palés:**

La prueba teórica que se realiza conjuntamente con la ECO en nuestras facultades de medicina no tiene ningún sentido. La ECO es una prueba global y lo importante de ella es la parte práctica, por lo que la parte teórica no es necesaria.

**Dra. Fenoll-Brunet** (*Profesora de la Facultad de Medicina de la Universitat Rovira i Virgili*):

Comparte algunas reflexiones con los asistentes y destaca que resulta sorprendente observar que los programas formativos oficiales de una gran mayoría de especialidades médicas que se imparten en todo el país están regulados por disposiciones legales de principios del presente milenio. Así, por ejemplo, la inmunología y la oncología médica están reguladas, respectivamente, por la Orden SCO/3255 y SCO/3370, ambas del año 2006. Cuatro años antes o después se regulan el resto de especialidades.

Por otra parte, sugiere reflexionar acerca de si estamos formando médicos europeos, puesto que no todas las especialidades que tenemos en nuestro país están reconocidas por la Unión Europea, lo que motiva que alguien pueda formarse en España pero



pueda tener dificultades luego para ejercer su especialidad en otro país europeo. Paralelamente, aporta como ejemplo de buenas prácticas dos especialidades europeas, la nefrología y la pediatría, que han creado sendos programas troncales de formación especializada de ámbito europeo, con estándares y *boards* para evaluar la formación de los especialistas (*European Standards of Medical Training developed by UEMS Specialist Sections and European Boards*).

Una tercera reflexión es la de velar por la calidad de la formación médica teniendo en cuenta los estándares internacionales de la World Federation of Medical Education (WFME) y, como acción estratégica, la formación de *international medical graduates*, que hoy en día, y teniendo en cuenta la fuga de médicos que estamos formando, a corto o largo plazo obligará a importar médicos de otros países y tendremos que preocuparnos de garantizar su calidad profesional. En este sentido, los Estados Unidos, a partir del año 2023, ya no aceptarán candidatos para realizar el examen ECFMG (el *foreign*) que no sean procedentes de facultades de medicina acreditadas mediante los estándares internacionales de la WFME. Muchos países ya los utilizan desde 2003 para mejorar la calidad de la educación médica en todos sus niveles formativos (formación médica básica, de posgrado y desarrollo profesional continuado).

Quiero ser positiva y finalizar recordando algunas buenas acciones que se han hecho en Cataluña, coordinadas por AQU Catalunya. Por ejemplo, definir el listado de competencias profesionales de los médicos de Cataluña y posteriormente crear una guía de metodologías para evaluar estas competencias profesionales. Todo ello, trabajando conjuntamente con representantes de grupos de distinto nivel académico y sanitario (decanos, expertos en educación

médica, representantes del IES y de los profesionales sanitarios). Ojalá que continúen este tipo de colaboraciones y nos permitan seguir trabajando juntos para mejorar la coordinación y la calidad de la formación médica en todos sus niveles, a lo largo de la vida. Quizás algún día exista un MIR catalán con pruebas ECOE como las que ya se realizan en nuestras facultades desde hace muchos años y con muy buenos resultados. Realmente, no es necesario reinventar la rueda, sino coordinar esfuerzos y valorar buenas prácticas ya existentes en otros lugares. A modo de ejemplo, una formación de especialistas como la que se realiza en Inglaterra, donde el residente va rotando por un conjunto de centros asistenciales de diferente nivel y por períodos semestrales, en un radio de pocas decenas de kilómetros que facilitan sus desplazamientos diarios. Se realiza una formación y evaluación por competencias, tanto en centros de primaria como en hospitales de distinto nivel. El listado competencial es continuo y progresivo a lo largo de la formación médica, que responde a lo que se entiende por una formación a lo largo de la vida (*long life learning*). Así ocurre también en el modelo formativo canadiense (CANMEDS), cuyo diseño e implementación del *long life learning* la realiza íntegramente el Royal College of Physicians, institución que ejerce una labor excepcional de coordinación transversal en todo el país, de apoyo, revisión, evaluación y actualización de toda la formación especializada por competencias, escogiendo cada año qué especialidades implementan en el modelo competencial revisado.

Como ya se ha dicho, no hace falta reinventar la rueda, sino mucho ánimo para consolidar lo bueno que ya existe y seguir trabajando para mejorar, considerando que tenemos muchos retos, pero también buenos referentes para inspirarnos.



Ponentes y participantes en el simposio. De izquierda a derecha: Dres. Benages, Gual, Pellejà, Palés, Castro, Mestres, Pérez, Sitges, Vizcarro, Martín Zurro y Vilardell.