

EDITORIAL

El MIR de psiquiatría. Una historia de veinticinco años

Nadie puede quitarte lo que amas. Nadie puede quitártelo...!... Lo que has amado es lo que te sostiene, “lo que has amado, esa será tu herencia y nada más”.

Luis Rosales. El contenido del corazón.

Hace 25 años, en la convocatoria MIR nacional 77/78, por primera vez se ofertan plazas de Psiquiatría. Eran, creo recordar, tres: dos en “el Piramidón” de Madrid y otra en “el Valdecillas” de Santander. En la convocatoria MIR 2002/03 las plazas ofertadas de Psiquiatría han sido 159. Evidentemente en estos 25 años algo, mucho, ha pasado. La evolución de la formación especializada en Psiquiatría en nuestro país, no podía ser de otra forma, no es sino el efecto, aunque también causa, del desarrollo de nuestra especialidad.

A finales de los 70 no había MIR de Psiquiatría, sencillamente porque lo que no había es Psiquiatría. Había manicomios. Los primeros esfuerzos y afanes se centran en ellos. Eran movimientos tan necesarios e imprescindibles, como estériles fueron sus resultados. Algo después, primeros y mediados de los 80, el potencial de lucha y cambio se subió al vehículo, ya real, de la también “cambiada” política (sanitaria). Era, creo, lo que había que hacer. Por primera vez hubo voluntad y sensibilidad política frente a los problemas de salud mental de los ciudadanos. Por primera vez se generaron nuevos recursos presupuestarios dirigidos a estructurar las bases de una nueva asistencia psiquiátrica y de salud mental. El proceso, aunque con bastantes altibajos continuó, y aún seguimos. Las diferencias regionales eran, y todavía son, muy marcadas, y no siempre ligadas a los colores políticos responsables de los diferentes gobiernos autonómicos.

Los 20 últimos años de Psiquiatría en nuestro país han supuesto un enorme crecimiento y el afianzamiento de nuestra especialidad. Los avances en lo técnico, en lo clínico y también en lo académico son indiscutibles; pero, en definitiva, la aportación con mucho más calado social y profesional (porque la auténtica, vieja y eterna dedicación médica sólo cabe entenderla cuando su ejercicio rinde cuentas en los demás) de la que nuestra generación puede sentirse legítima y enormemente orgullosa, es la de haber creado y hecho realidad la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental Pública en nuestro país.

Y mientras tanto, el MIR también seguía, igual que en este texto, ligado al devenir de lo asistencial. La formación fuera de lo asistencial es, sencillamente, técnicamente imposible. Cualquier intento al margen, que los hubo y sigue habiendo, es pura demagogia profesional y sólo suele generar melancolía para el aprendiz. El MIR es enseñar... mostrar al que acude a conocer, lo que se hace; que se supone se ha acabado adquiriendo desde la práctica profesional mantenida en el tiempo, el estudio y el esfuerzo crítico y corrector. Otras cosas son sólo, en el mejor de los casos, “academia”... transmisión asimétrica y, por tanto incapaz de asumirse, del conocimiento. Esta, y sólo esta “recuperación del aprender en binomio con el maestro”, es la esencia de la enorme simplicidad que aporta el MIR en un doble camino (y sentido) de ida y vuelta: como inmejorable sistema de formación que, a su vez, retroalimenta el aparato asistencial estimulándolo para dotarse de los nuevos y necesarios conocimientos. Finalmente, los propios Residentes, “los aprendices”, acaban nutriendo, ya como especialistas, con su trabajo cotidiano el sistema sanitario que en su momento los acogió y los formó... y seguirán “enseñando”, mostrando a otros (los siguientes)... sencillamente lo que en ese momento conocen y hacen.

El MIR de Psiquiatría continua creciendo. Las plazas ofertadas en las convocatorias MIR se incrementan progresivamente; los servicios acreditados obviamente también. En los 80 y primeros de los 90, los Servicios Regionales de Salud de las autonomías que claramente apostaron por la implantación de políticas renovadoras en la asistencia psiquiátrica y de salud mental, llegan a generar una necesidad de nuevos especialistas en Psiquiatría, que es incapaz de cubrir el cupo anual de Residentes recién terminados. Aparece el fenómeno MESTO (también en otras especialidades de necesario y fulgurante crecimiento) pero, de otra manera, sin MESTOS, ¿dónde estarían hoy las plazas de profesionales que entonces fuimos capaces de “arrancar” a la administración? El tema/problema MESTO está en plena fase resolutive. Políticamente, y más desde la directiva europea del 95, era inexcusable buscar vías de solución. La responsabilidad de los actuales tribunales no es poca: están discerniendo sobre quienes sí y quienes no, merecen que se les ratifique su trayectoria formativa, totalmente al margen del MIR y, sobre todo, su ejercicio profesional como aval para la obtención del título de especialista de Psiquiatría.

¡Inesperadamente (¿) faltaban psiquiatras! La reacción de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría no podía ser otra: se acreditaron nuevas y numerosas Unidades Docentes y además otras muchas vieron multiplicarse su dotación anual de Residentes; pero, lógicamente, esta reacción sólo empezó a tener los efectos esperados cuatro años más tarde; no obstante sí tuvo de inmediato otros efectos positivos:

- Se generalizan los Residentes de Psiquiatría en el ámbito sanitario del país... ya van siendo “otros más” aunque algo diferentes. Este “plus” irremediamente necesario de psiquiatras en formación aporta a los aún endeble, por nuevos y “extraños”, dispositivos psiquiátricos (más a los comunitarios que a los hospitalarios) parte del material común al resto de especialidades. La asunción del compromiso del trabajo formativo ayudó mucho a nuestro afianzamiento en el sistema sanitario general.

- Se dota a servicios muy jóvenes de capacidad formativa para especialistas. La cercanía generacional entre “aspirantes a aprendices y aspirantes a maestros” generó frecuentemente un tipo de MIR quizás ya irreplicable: dedicaciones compartidas a aprendizajes necesarios; tribulaciones compartidas frente a retos clínicos; afanes y luchas institucionales compartidos hacia un ilusionado y pretendidamente fructífero futuro; y, sobre todo, amistades trabajadas en el día a día profesionalmente compartido y trabadas simultáneamente en el hondo apoyo y comunicación interpersonal que aquel camino nuevo exigía. Amistades que merecida y agradecidamente hoy recordamos y a menudo tenemos y mantenemos como lo mejor de nuestro ser.
- De otra parte, y como el proceso del crecimiento asistencial inexorablemente continúa, durante los 90 determinadas autonomías, hasta entonces poco sensibles a las necesidades de atención psiquiátrica y de salud mental, irremediadamente comienzan a acometer esta tarea pendiente. Son muchos los psiquiatras formados foráneamente que allí aportan su trabajo y sus “novedosas calidades” asumiendo a menudo liderazgos y responsabilidades (jerárquicas o no) de cambio.

¿Efectos negativos del boom MIR de Psiquiatría? Probablemente hubo por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría y es comprensible, cierta relajación en la exigencia de los criterios de acreditación para las unidades docentes. Quizás el seguimiento de la aplicación del programa formativo tampoco fue exhaustivo. Las dificultades para esta esencial tarea de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría siguen a día de hoy siendo muchas y de no fácil solución.

Y sobre el programa formativo ¿qué efecto tuvo todo este nuevo orden de cosas? ¿o fue al revés... que los programas contribuyeron a propiciar cambios asistenciales?

Veamos algo sobre la evolución de los programas formativos diseñados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. Hasta hoy han habido tres programas formativos en la especialidad:

El primero es de 1978. En él se contempla ya una duración de 4 años. Se centra fundamentalmente en las “horas lectivas”, aunque aparece un primer sistema de rotaciones por dispositivos asistenciales. Ya aparece como única “competencia específica” la Psiquiatría Infantil.

El segundo programa formativo, fruto del Real Decreto de 1984 que consolida el sistema MIR, se implementa a partir de 1986: las rotaciones extrahospitalarias se desarrollan en él con cierta amplitud. Aparecen cuatro Áreas de Capacitación: la Psiquiatría Infanto-juvenil; la Psiquiatría de la Vejez; los aspectos psiquiátricos y psico-sociales del Alcoholismo y las Drogodependencias; y la Administración Psiquiátrica y de Salud Mental.

El programa formativo actualmente vigente se aprueba por el Consejo Nacional de Especialidades en 1994, aunque se publicó en 1996. En diciembre de 1994 me incorporo “rescatando” la vocalía de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en la Comisión

Nacional de la Especialidad. Al poco soy elegido, en votación interna, Secretario. Figuro como coautor del programa editado en el 96... pura añagaza administrativo-editorial; no obstante desde que conocí el programa, mucho antes de su edición, me identifiqué en lo básico y en otras muchas cosas con él; no obstante, su estructura textual, en bastantes apartados, me sigue sofocando. Algunos aspectos destacables serían:

- Se contemplan, si bien no como rotación obligatoria, las Psicoterapias aunque creo que su desarrollo no debe ser transversal sino longitudinal.
- Se definen claramente los períodos obligatorios de rotaciones tales como
 - Psiquiatría Comunitaria (“Programa de Atención Psiquiátrica Comunitaria, Ambulatoria y de soporte de Atención Primaria”): 8 meses.
 - Rehabilitación Psiquiátrica (“Programa de Rehabilitación”): 4 meses.
 - Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia: 4 meses.
- Se introducen otros aspectos de indudable interés: las tutorías (tutor general que asegure la cumplimentación equilibrada del programa, y “tutores de rotaciones” / supervisores) Lo interdisciplinar en el aprendizaje. Se aconseja el Libro del Residente.
- Se establecen 5 horas / semana de formación teórica, así como una sesión clínica semanal y al menos un trabajo de investigación.
- Se regulan las guardias: deberán comenzar, como tarde, en el inicio del segundo cuatrimestre del primer año. En ese año la supervisión será “en presencia”. Se establecen un mínimo y un máximo de guardias mensuales.

A mi juicio (y ya desde la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría) el principal valor del Programa 96 es el haber formalizado un necesario equilibrio formativo. En aquellos años, ni tan lejos ni tan cerca, en los que se cuece el programa del 96, la Psiquiatría Comunitaria ya era una realidad en bastantes regiones; la Rehabilitación Psiquiátrica, aún con muy escasos recursos, se contemplaba como un horizonte absolutamente necesario; la Psicoterapia, en la medida de lo fácticamente posible, se implantaba en lo público. De otra parte, seguía desarrollándose la Psiquiatría de Hospital General : las Unidades de Hospitalización Breve, la Psiquiatría de Enlace, la resolución de crisis (psiquiátricas) en las urgencias generales de los Hospitales.

Que hubo y hay desencuentros entre ambos campos es parte de nuestra (de la especialidad de Psiquiatría) intrahistoria reciente ¿Miedo, desconocimiento, intereses? Me quedo con este último y poco agresivo vocablo. Los diferentes “intereses” explicarían los desencuentros donde los hubiere. Pues bien, como decía, a mi juicio el principal valor del Programa 96 ha sido y es el intento, creo que bastante conseguido, de romper esas barreras entre dos supuestas diferentes Psiquiatrías. El programa de rotaciones para los nuevos psiquiatras no quiso entender de lugares estancos. La continuidad de cuidados que se insinúa en el programa 96 no es sólo una impronta asistencial imprescindible y exigible en pro de la eficiencia. La práctica de la medicina (psiquiátrica) no se puede entender, ni sentir, ni aplicar sin el principio de la continuidad de cuidados. Son las

sombras y las luces de los padeceres crónicos... crónicos y, por tanto, no letales ni netamente invalidantes; o sea tratables a base de mantener un seguimiento, una sana alerta, una preocupación (o mejor ocupación), un estrecho y continuado conocimiento del caso y sus cosas... comunicación, en fin, como instrumento y esperanza... medicina, que no otra cosa.

No es sólo el principio de la continuidad de cuidados el que nos carga de razón para no querer dar crédito a esa supuesta realidad de dos Psiquiatrías. Son muchos más elementos y elementales razones y proceder. En fin, el Programa 96 aún intenta, y yo creo que en gran parte consigue, dirigir un aprendizaje y entendimiento de la Psiquiatría y su quehacer equilibrado: de suficientes y amplios conocimientos, nunca excluyentes; donde quepa el dominio de prácticas terapéuticas diferenciadas y, por tanto, adecuadas a los muy diversos trastornos psiquiátricos; que dote de capacidad para entender y también hacernos entender al resto de profesionales sanitarios y no sólo sanitarios que conjuntamente habremos de intervenir con “nuestros” pacientes.

Por su parte, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría en, digamos, sus últimos 5 años viene intentando aplicar los principios del Programa 96 que vengo comentando: El “equilibrio formativo”. El rigor, aunque nunca extremo, en la acreditación para la formación de nuevos Servicios; también en la ampliación de dotación de plaza de Servicios ya acreditados. La vigilancia, que no es fácil por falta de sistemas instrumentales ágiles, en la cumplimentación del programa formativo vigente.

La Psiquiatría hoy en nuestro país ya es real. Quizás de tan real demasiado necesaria (o pretendida) Como especialidad médica troncal estamos casi afianzados entre nuestros pares. Las demandas y necesidades dirigidas desde la Atención Primaria y otras especialidades crecen ostensiblemente. Social, e incluso políticamente, parece que no vendría mal que asumiéramos funciones técnicamente (científicamente) inasumibles que descargarían serias presiones (y decisiones difíciles) de sus ámbitos propios.

La Psiquiatría ya es, ya hemos conseguido que sea, una realidad asistencial pública. Los recursos humanos, también los materiales, en el Sistema Nacional de Salud han crecido a niveles exponenciales inimaginables hace 15-20 años: Centros de Salud Mental Comunitarios pueblan, más o menos dotados (queda mucho aún) los “distritos sanitarios” de la mayor parte del país. Unidades de Hospitalización Breve son comunes en los más de los hospitales generales del sistema sanitario y, a más, en ellos se atienden, sin discriminación con otras crisis médico-quirúrgicas, las urgencias psiquiátricas. Los recursos intermedios, aunque tardíamente, empiezan a desarrollarse al menos en las comunidades autónomas más dotadas y sensibles.

En lo asistencial el basamento está hecho. Queda, y hay que exigirlo y vigilarlo, seguir creciendo en la media de lo necesario; es decir, lo que aún falta, que no es poco, y lo nuevo que realmente se necesite. Los contextos científico, técnico y profesional han venido evolucionando en línea semejante. Son muchas las áreas de conocimiento y práctica en desarrollo creciente o emergentemente nuevas.

La realidad asistencial actual nos exige, y creemos que nos permite, fijar objetivos cualificados de excelencia en los planteamientos de formación especializada en Psiquiatría que exijan, propicien y sean garantes de una formación en Psiquiatría lo más completa, polivalente y cualificada posible.

Se trata de ir a un MIR que dé cabida a todos esto, que pueda acoger de una vez y sin estrecheces las áreas específicas propias de nuestra especialidad (la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, la Psiquiatría de la Vejez, el Alcoholismo y demás Dependencias y las Psicoterapias) Se trata también de dar cabida a aspectos (clínicos, asistenciales y terapéuticos) en desarrollo, nuevos y con futuro contrastado.

Se trata de profundizar en los bloques claves de la Psiquiatría actual: la Psiquiatría Comunitaria y la Psiquiatría de Hospital General. También consolidar la formación básica general en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, así como pautar seriamente la formación (básica) en Psicoterapias como programa longitudinal y obligatorio. Se trata, además, de formar en los campos de la investigación.

Y ¿para todo esto qué requerimos? ¿qué planteamos? Incremento de tiempo; sin él, cualquier aspiración de reforma y profundización del programa sería absolutamente inviable. Queremos un MIR de 5 años (en la U. E. así se contempla en casi todos los Estados)

- Habría un primer período de 3 años y medio de formación general, común, básica y obligatoria. En él, la Psiquiatría Comunitaria, la Psiquiatría de Hospital General y la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, incrementarían sus tiempos de rotación; además, se incorporarían 2 meses, al menos, de formación en Drogodependencias.
- El segundo período de 1 año y medio sería de formación específica, complementaria y optativa. Se configuraría según las aptitudes y actitudes del Residente, orientado por su tutor. Sería un período de “libre configuración” adaptándose a las “ofertas específicas” del servicio y, en su caso, unidades asociadas y a la posible aceptación en otros servicios o unidades acreditadas.

Pretendemos, pues, un primer período general, amplio y obligatorio donde se asegure una formación seria y suficiente. Los criterios de acreditación de las unidades docentes garantizarán siempre la excelencia de la formación recibida. Su diseño, ya aprobado por la Comisión, y aplicación serían en consecuencia rigurosos.

El segundo período haría a las opciones del Residente y a las múltiples ofertas formativas y asistenciales. Pretende ser un período abierto y “creativo” para el Residente y los servicios. En él cabrían las sub (o súper) especialidades a las que no da salida el, creo que fracasado, proyecto de A.C.E. De tal manera que, tras 18 meses de formación específica (a los que en algunos casos se sumarían las rotaciones obligatorias del período de formación general) la titulación de especialista en Psiquiatría podría acoger formalmente las subespecialidades. La otra opción para este período formativo de año y medio podría conformarse por “Áreas Complementarias” nuevas, hasta ahora no

contempladas, formaciones específicas “tradicionales” a las que se dedicaría sólo un cierto tiempo o dedicación a ampliar rotaciones obligatorias.

El futuro, en ello estamos, en un futuro trabajado desde ya. En un futuro que queremos y esperamos sea lo más inmediato posible: el programa formativo para la especialidad de Psiquiatría 2003.

El MIR de Psiquiatría, el oficial y homologable, ha cumplido 25 años. Esa es la edad, a veces algún año más, con la que nuestros médicos / residentes nos llegan, se acercan y acuden a conocer lo que hacemos... si se lo “enseñamos”... si con generosidad y rigor mostramos lo que hacemos y sabemos, habremos sellado el pacto.

José Fco. Montilla García
Secretario y Vocal en representación de la A.E.N.
de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría.