



# La docencia postgraduada de la nefrología en España

**R. Matesanz**

Presidente de la Comisión Nacional de Nefrología

La medicina evoluciona a un ritmo trepidante. Se calcula que por término medio cualquier especialidad ve modificado en un periodo de 10 años hasta el 50% de su contenido, y esta tendencia es aún más acusada en determinadas parcelas que pueden verse influidas por descubrimientos tecnológicos o básicos responsables en poco tiempo de cambios radicales en su espectro de actuación.

España cuenta con un sistema de formación postgraduada, que aunque mejorable como todo, está considerado como uno de los más sólidos de Europa. El sistema MIR está en la base de la formidable evolución experimentada por nuestro sistema sanitario en el último cuarto de siglo. Sin él habría sido impensable encontrar, como de hecho ocurre hoy día, un alto nivel de prestaciones sanitarias, con un más que razonable grado de homogeneidad en cualquier punto del estado, lejos de aquella concentración de recursos en unos pocos centros que caracterizó a la medicina española de un cierto nivel, al menos hasta los años setenta.

No es en absoluto casual el hecho de que este buen funcionamiento del sistema y esta aceptación generalizada de sus bondades organizativas, se hayan visto acompañadas por un sistema participativo de los profesionales. Este sistema, estructurado alrededor de las *Comisiones Nacionales* de las distintas especialidades, aun con sus muchas imperfecciones, ha tenido la virtud de ser considerado como propio por los médicos. Esto le ha permitido pasar a formar parte del paisaje, ser sentido como algo muy positivo que es lo mejor que le puede ocurrir a cualquier proyecto de la Administración Sanitaria.

Las comisiones nacionales de las distintas especialidades son los organismos colegiados de carácter consultivo, encargados de asesorar a las administraciones competentes (los Ministerios de Sanidad y Educación) en materia de formación post-gradua-

da. Sus miembros son designados por periodos de 4 años renovables por el *Ministerio de Sanidad* (3 representantes), el *Ministerio de Educación* (otros 3), el *Consejo Nacional de Colegios Médicos* (1 miembro), la sociedad científica (en este caso la *SENE*: 2 representantes) y los *residentes* en periodo de formación (2 miembros). Entre ellos eligen por votación los puestos de presidente y secretario, sin una duración determinada. La reunión de todos los presidentes constituye el *Consejo Nacional de Especialidades*, que en teoría es el máximo órgano médico asesor del Ministerio de Sanidad, al menos en materia de formación postgraduada<sup>1,2</sup>.

Aunque estas generalidades son bastante familiares a los que por una u otra razón hemos estado vinculados al proceso, resultan sin embargo bastante desconocidos para una gran mayoría de nefrólogos (y por descontado de otros especialistas respecto a sus respectivas comisiones). Es por ello que me ha parecido oportuno desde las páginas de NEFROLOGÍA, hacer una puesta al día de algunos aspectos de la formación postgraduada de nuestra especialidad, siguiendo la línea de lo publicado en estas páginas desde hace años<sup>1-3</sup>, así como algunas reflexiones sobre la situación actual y sus perspectivas futuras. En ocasiones se expondrán datos numéricos objetivos que creo pueden resultar de interés para el nefrólogo en general, y en otras se tendrán necesariamente que hacer consideraciones desde una perspectiva personal, que no tienen por qué ser compartidas por otros compañeros de especialidad, pero que son el resultado de la experiencia vivida en mis 12 años largos de pertenencia a la comisión, primero como secretario de la misma y en la actualidad como presidente.

## ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN NACIONAL

### Convalidación de títulos de especialistas

De una manera rutinaria, la comisión informa los expedientes de convalidación de títulos de especialista conseguidos en otros países por médicos españoles o extranjeros. La filosofía que siempre ha im-

**Correspondencia:** Dr. Rafael Matesanz  
Servicio de Nefrología  
Hospital Ramón y Cajal  
28034 Madrid  
E-mail: rafmatesanz@yahoo.es

perado es la valoración de si el proceso formativo acreditado por el aspirante al título español equivale tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo al sistema vigente en nuestro país. Ello deja fuera algunos acuerdos específicos entre países o determinados procedimientos extraordinarios a los que más adelante nos referiremos. Hay que decir que no son muchas las solicitudes que se presentan por esta vía en nuestra especialidad (aunque últimamente la situación argentina ha inducido la presentación de varios expedientes procedentes de este país). De las alrededor de 1.500 solicitudes presentadas en España en los últimos años, solo 7 han correspondido a nefrólogos y de las dos que ha tenido que informar la Comisión en el último año, ha informado positivamente tan solo una.

### Las necesidades de especialistas

Uno de los aspectos más interesantes a la vez que frustrantes de la labor de la comisión es la recomendación a la administración sanitaria del número de plazas que debe convocar cada año. El primero de los calificativos porque da a los médicos, representados por los cauces antes expresados, la posibilidad de influir en la planificación de recursos humanos de una forma activa. El segundo porque el Ministerio de Sanidad, sometido a otro tipo de consideraciones, rara vez atiende a estas recomendaciones más que de una forma indicativa, lo cual es motivo de no pocas discusiones.

Planificar de una forma siquiera aproximada las necesidades de especialistas es muy difícil por no decir imposible, ya que no existen unos estándares fijos que las definan con una cierta objetividad. Varían las cifras de país en país, de región en región y por descontado con el paso del tiempo sin que sea posible la mayoría de las veces preverlo con antelación. El mismo enfermo puede ser visto por especialistas distintos dependiendo de las costumbres locales, del equilibrio de poderes o simplemente de la disponibilidad, sin que sea posible establecer unos principios universales aceptados por todos. Por poner un ejemplo (huyendo a sabiendas del caso concreto de nuestra especialidad), hay diversas provincias españolas en las que no hay un solo alergólogo, mientras que en Madrid o Barcelona se concentran bastantes de estos profesionales. Al tiempo son bastantes los países donde esta especialidad no está reconocida (en 8 de los 15 que forman la UE: tabla I) y la patología de índole alérgica es vista por internistas, inmunólogos, neumólogos, dermatólogos, médicos de familia, etc. Otro ejemplo de desequilibrio entre especialidades: en Asturias, tradi-

**Tabla I. Especialidades españolas reconocidas en la Unión Europea**

Especialidades
Alergología
Análisis clínicos
Anatomía patológica
Anestesiología y reanimación
Angiología y cirugía vascular
Aparato Digestivo
Bioquímica clínica (Medicina)
Cardiología
Cirugía cardiovascular
Cirugía general y del aparato digestivo
Cirugía maxilofacial
Cirugía pediátrica
Cirugía plástica y reparadora
Cirugía torácica
Dermatología M-Q y venereología
Endocrinología y nutrición
Farmacología clínica
Geriatría
Hematología y hemoterapia
Inmunología
Medicina familiar y comunitaria
Medicina intensiva
Medicina interna
Medicina nuclear
Medicina preventiva y salud pública
Microbiología y Parasitología
Nefrología
Neumología
Neurocirugía
Neurofisiología clínica
Obstetricia y Ginecología
Oftalmología
Oncología médica
Oncología radioterapia
Otorrinolaringología
Pediatría y áreas específicas
Psiquiatría
Radiodiagnóstico
Rehabilitación
Reumatología
Traumatología y Cirug. Ortopédica
Urología

12-03-2002

cionalmente el número de reumatólogos es bajísimo y estos enfermos son vistos por traumatólogos o internistas en su gran mayoría.

Los criterios varían enormemente en pocos años. La aparición de nuevas tecnologías puede disminuir o aumentar las expectativas de una especialidad en poco tiempo. Por ejemplo, la aparición de técnicas endoscópicas ha hecho variar la actividad y las necesidades de los especialistas en urología, donde la cirugía abierta ha pasado a ocupar un papel mucho más restringido que el que tenía hace 20 años. La eclosión de los trasplantes ha «sacado de la diálisis» en los años noventa mas de 15.000 enfermos que

hubieran precisado de un número muy considerable de nefrólogos para ser atendidos. Esta circunstancia, sin duda positiva para la sanidad, podría haber sido catastrófica para la especialidad de no haber asumido el nefrólogo el tratamiento directo del paciente trasplantado desde el mismo momento de la intervención (como de hecho está ocurriendo en otros países de la mano de los «transplant surgeons»). En la dirección opuesta, el aumento de edad de la población y las mejoras tecnológicas han contribuido a aumentar muy notablemente el número de dializados (y de enfermos en general como en casi todas las especialidades salvo la pediatría y alguna más) y por tanto las necesidades teóricas de personal. A este proceso han contribuido también las modernas tendencias descentralizadoras tanto en el plano administrativo como en el funcional, con la consiguiente creación de unidades pequeñas hospitalarias o extrahospitalarias, cercanas al domicilio del enfermo. Por otra parte, si en España, con 40 millones de personas hay entre 1.200 y 1.400 nefrólogos, en el Reino Unido, para 60 millones apenas hay 500. En el extremo opuesto, Italia tiene más de 2.500 nefrólogos también para 60 millones de habitantes. Es evidente que estamos hablando de cosas distintas, realidades muy diversas condicionadas por múltiples factores que impiden definir unos estándares objetivos.

Decisiones administrativas como las registradas hace unos años en el Insalud y otros servicios de salud de hacer contratos para la realización de guardias o de obligar a la presencia física de un nefrólogo en todas las unidades concertadas, han significado un incremento de las necesidades de especialistas de hasta un 25-30%, con una concepción del desarrollo de la profesión claramente distinta de la que se tenía hasta hace poco. En suma, un sin fin de variables, la mayoría de ellas imprevisible que hace prácticamente imposible planificar las necesidades futuras con un mínimo de precisión.

En este escenario general aplicable en mayor o menor medida a cada una de las especialidades, las comisiones nacionales vienen haciendo sus recomendaciones intentando prever el futuro, con una visión de la realidad en modo alguno homogénea. Algunas han sido siempre tremendamente restrictivas, a veces con motivos razonados y otras con unos intereses dudosamente compatibles con los del sistema nacional de salud en general. Como la composición de estas comisiones va variando, también las posturas de las mismas lo hacen y de hecho se ha podido ver sensiblemente modificada la actitud de muchas de ellas a lo largo de los años.

En la figura 1 se ve reflejada la evolución de las plazas de MIR de Nefrología convocadas por el Ministerio de Sanidad desde que existe la especialidad.

Existe desde luego un paralelismo con el número recomendado por la Comisión, si bien hay que decir que estas dos magnitudes en muy contadas ocasiones han coincidido exactamente. Existe desde luego una proporcionalidad: al alza cuando la comisión lo ha entendido así y a la inversa, siempre en función del número de plazas acreditadas. Si en un primer momento, la definición de la nefrología como una especialidad exclusivamente hospitalaria condicionó unas previsiones a la baja durante los ochenta, con posterioridad, cualquier observador malintencionado podría hasta observar una cierta relación con los ciclos económicos, a falta de algún parámetro más objetivo.

La realidad es algo más compleja. Han sido varios los factores que han influido a la hora de la expansión acaecida en los últimos años, algunos relacionados con la dinámica de la especialidad y otros sin la más mínima relación con la misma.

Para empezar, es preciso hacer unas reflexiones sobre cómo se generan las plazas de formación disponibles para las distintas especialidades. Como tantos otros problemas o situaciones de tensión en nuestro sistema sanitario, el origen hay que buscarlo en la ausencia de cualquier tipo de estimación real de necesidades en el primer nivel: las facultades de medicina. La proliferación indiscriminada de éstas y por tanto de la capacidad de formación de médicos es un proceso iniciado hace ya más de tres décadas y que parece no tener fin. Este fenómeno crea una situación de exceso de licenciados imposible de absorber por un sistema que ya acumula junto con Italia el mayor índice de médicos por mil habitantes de todo el mundo (fig. 2). En frase de uno de los presidentes de las especialidades más importantes por el número de profesionales: «La creación de

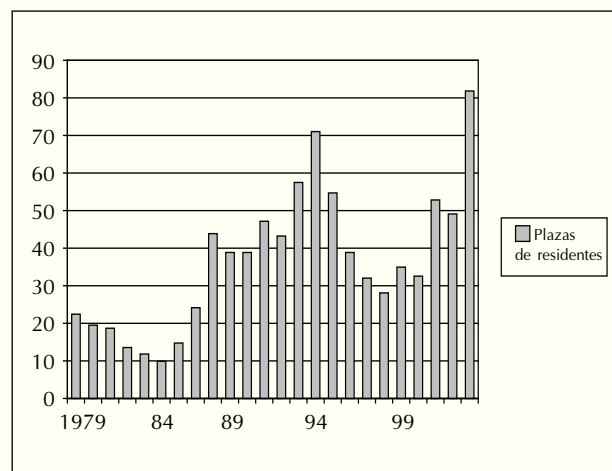


Fig. 1.—Evolución de las plazas de MIR de Nefrología convocadas por el Ministerio de Sanidad.

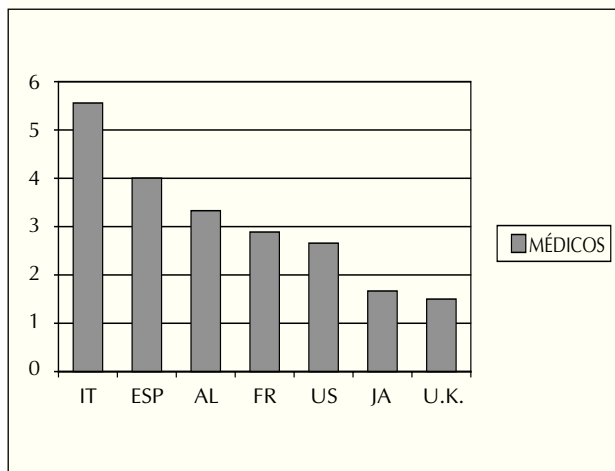


Fig. 2.—Número de médicos por mil habitantes en diversos países.

nuevas facultades de medicina parece estar más en relación con las necesidades de los profesores (y habría que decir que también de los políticos) que con las de los alumnos».

Esta inexistencia de filtros transfiere el problema de exceso de oferta a otros niveles y crea situaciones indeseables como la de los MESTOS (médicos especialistas sin título oficial), que simplemente estallan cuando alcanzan un volumen lo suficientemente elevado como para resultar escandalosas. A su vez, la directiva europea que obliga a una formación de postgrado para el ejercicio de la profesión ha obligado en la práctica al Ministerio de Sanidad a incrementar el número de plazas MIR hasta intentar igualar el número de licenciados, absorbiendo a su vez la bolsa histórica que dio origen al citado fenómeno MESTO, ahora en gran parte resuelto gracias a una solución extraordinaria y no exenta de polémica.

Ello hace que en la práctica se distribuya el exceso de oferta de plazas de formación, más o menos de forma alícuota entre todas las especialidades, de acuerdo con el número de los puestos acreditados para la docencia. Por poner un ejemplo, la propuesta de la comisión para el año 2002 era de 55 plazas mientras que el ministerio ha decidido convocar 81, casi un 50% más y muy cerca del total de plazas acreditadas (89), lo que quiere decir que el próximo año prácticamente todos los hospitales acreditados tendrán sus residentes de nefrología. Sin punto de comparación sin embargo con otras especialidades como la cirugía cardíaca en que el número de plazas propuestas por la comisión se ha visto incrementado en un 400%. En todo caso, la medicina de familia recibe con gran diferencia la avalancha de nuevos médicos con un total de casi 1.800 plazas (y ello año tras año) que ni los

Tabla II. Países de la Unión Europea donde está reconocida la especialidad de Nefrología y su denominación oficial

Belgique/België/Belgien	
Denmark	Nefrologi eller medicinske nyresygdomme
Deutschland	
Ελλάς	Νεφρολογία
España	Nefrología
France	Néphrologie
Ireland	Nephrology
Italia	Nefrologia
Luxembourg	Néphrologie
Nederland	
Österreich	
Portugal	Nefrología
Suomi/Finland	Nefrologia/nefrologi
Sverige	Medicinska njursjukdomar (nefrologi)
United Kingdom	Renal medicine

Fuente: Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 31-7-2001; L 206/45.

más optimistas pueden pensar que se traduzcan al acabar el período formativo en los correspondientes nuevos puestos de trabajo.

A la hora de valorar el futuro de la especialidad, es evidente que no se van a crear a corto-medio plazo un número equivalente de plazas hospitalarias (no son previsibles demasiados nuevos servicios en el futuro, al menos de tamaño medio-grande) y la pirámide de edad de los nefrólogos españoles no vaticina en absoluto un número significativo de jubilaciones en los próximos años. Ello obliga a un replanteamiento drástico de la especialidad, que debe proyectarse fuera del hospital en todos sus aspectos y que ha estado en la base del movimiento conocido genéricamente como «Nefrología Extrahospitalaria» en el que la sociedad se encuentra claramente comprometida. Es evidente que sin una masa crítica de nefrólogos, no se puede afrontar el hecho de desempeñar un papel relevante en la atención extrahospitalaria de patologías tan prevalentes como la hipertensión arterial o la nefropatía diabética. Sin embargo, los datos proporcionados anteriormente sobre la megaoferta de médicos de familia ponen igualmente de manifiesto la necesidad de una coordinación con ellos y no de una sustitución de los mismos en cuanto a atención de estos enfermos, virtualmente imposible en el estado organizativo actual de la sanidad española en el que la atención primaria concentra ya el 37% de los médicos, un porcentaje sensiblemente superior al de la mayoría de los países de nuestro entorno (en Alemania es del 19% o en Suecia del 10%) si exceptuamos el caso de Francia y el Reino Unido en que la proporción alcanza el 60%. Todos debemos ser conscientes de esta situación si queremos contribuir a encontrar la mejor solución posible.

### El problema de los MESTOS

La situación anteriormente descrita de desproporción oferta-demanda, mantenida a lo largo de muchos años ha dado origen a una bolsa histórica de médicos sin título oficial pero que tras procesos de formación totalmente heterogéneos han venido ejerciendo «de facto» una labor de médicos especialistas. Son los llamados «Médicos Especialistas sin Título Oficial», mas conocidos por sus siglas: *MESTOS*. A medida que su número fue creciendo, se generalizaron las presiones para encontrar una solución hasta que finalmente se procedió a una solución extraordinaria cristalizada en un proceso de valoración finalizado recientemente y que ha sido dirigido en su totalidad por lo que a nuestra especialidad se refiere por el Profesor *Lluís Revert*. Hay que decir que de las 12.085 solicitudes presentadas (cifra que da una idea de la magnitud del problema), tan solo 81 (0,7%) correspondían a nefrólogos. De ellos, se han aprobado un total de 42 aspirantes, algo más de un 50%, frente a un promedio de alrededor del 60% para el conjunto de las especialidades. Tan solo esperar que este proceso, necesario para solucionar situaciones personales realmente dramáticas, sea finalmente fiel a su nombre: extraordinario y no se repita de nuevo en el futuro.

### La guía de formación de especialistas

Dentro de las bondades del sistema MIR, España es uno de los pocos países con los programas de formación de las distintas especialidades perfectamente definidas y publicadas en un texto recopilatorio cuya última edición data de 1996. La guía correspondiente a la nefrología se comenzó a elaborar en el ya lejano 1993, si bien no fue publicada y por tanto no entró en vigor hasta que estuvieron listas las de las demás especialidades, tres años después, recogándose en su día en las páginas de NEFROLOGÍA<sup>5</sup>.

Como decíamos al inicio de estas líneas, las cosas van muy de prisa en medicina y el Consejo Nacional de Especialidades adoptó en sus dos últimas reuniones la decisión de que las *correspondientes comisiones elaboraran a lo largo del próximo año sus respectivos nuevos programas docentes*. Al mismo tiempo se acordaron unas directrices comunes a modo indicativo que se deberán observar en la elaboración de las guías. Particularmente relevantes son las recomendaciones de incluir la necesaria formación en metodología de la investigación, bioética y gestión clínica, como áreas que hoy día se consideran especialmente relevantes en la formación del

moderno especialista. También resulta relevante la decisión de publicar todas las guías en inglés y castellano, así como la de abrir la puerta a la evaluación final del residente, aunque con carácter estrictamente voluntario. En este sentido debo decir que aunque la idea de la prueba cuenta con defensores entusiastas entre los presidentes de otras comisiones y entre algunos de los sucesivos miembros de la nuestra, yo siempre me he mostrado abiertamente en contra aunque fuera con la forma «light» de la voluntariedad. Nadie ha conseguido explicarme qué sucedería con los que recibieran una calificación negativa (¿se les prohíbe ejercer la medicina? ¿repite la residencia? ¿y si es así, quién lo paga? ) y sobre todo los referidos entusiastas no suelen colegir que al examinar a sus residentes, son ellos y sus servicios los realmente examinados en cuanto a su capacidad docente y la atención prestada a la formación de los nuevos especialistas.

### La acreditación de unidades docentes

Para que un servicio / sección de nefrología pueda formar residentes necesita pertenecer a un hospital acreditado para la docencia, solicitar la acreditación específica al Ministerio de Sanidad a través de la Comisión Nacional, y que ésta informe positivamente de acuerdo con los requisitos mínimos aprobados por la administración. Una vez satisfechos estos requisitos, el servicio de salud de quien depende debe estar de acuerdo en financiar la plaza de residente acreditada y ésta debe ser elegida por los aspirantes a especialistas tras el preceptivo examen nacional. En el momento actual hay acreditados 89 puestos, que serían la máxima capacidad formativa anual de especialistas españoles y extranjeros. Estas 89 plazas corresponden a 66 hospitales ya que en su día, al inicio de los noventa, se decidió acreditar 2 plazas anuales a aquellas unidades docentes con programa de trasplante renal que lo solicitaran, y cuyo servicio de salud estuviera dispuesto a financiarlas (cosa que hicieron 23 de las 35 unidades con programas de trasplante renal de adultos). En la tabla III se relacionan los hospitales con unidades acreditadas para la docencia postgraduada en nefrología y el número de plazas autorizadas en la actualidad.

En este punto se confrontan siempre dos tendencias bastante irreconciliables: las de aquellos partidarios de fijar unos criterios muy exigentes que dejen fuera a un número considerable de los hospitales ya acreditados y por supuesto cierren la entrada de nuevos centros, y los que opinan en cambio que en los centros medianos y pequeños se puede desarrollar

**Tabla III. Hospitales acreditados para la docencia de Nefrología y número de plazas acreditadas anualmente**

<p>ANDALUCÍA: 15</p> <p>H. Universitario Puerta del Mar, Cádiz</p> <p>H. de la SS de Jerez de la Frontera</p> <p>H. Universitario de Puerto Real</p> <p>Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba (2)</p> <p>H. Virgen de las Nieves, Granada (2)</p> <p>H. Universitario de Granada</p> <p>H. Juan Ramón Jiménez, Huelva</p> <p>H. Ciudad de Jaén</p> <p>Regional Carlos Haya, Málaga (2)</p> <p>H. Universitario Virgen Macarena, Sevilla</p> <p>Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (2)</p>	<p>H. Arnau de Villanova, Lleida</p> <p>H. Joan XXIII, Tarragona</p>
<p>ARAGÓN: 2</p> <p>H. Miguel Servet, Zaragoza</p> <p>H. Universitario Lozano Blesa</p>	<p>EXTREMADURA: 3</p> <p>H. Infanta Cristina, Badajoz (2)</p> <p>H. San Pedro de Alcántara, Cáceres</p>
<p>ASTURIAS: 2</p> <p>H. Central de Asturias (2)</p>	<p>GALICIA: 4</p> <p>H. Juan Canalejo, A Coruña</p> <p>Complejo Hospitalario Santiago de Compostela</p> <p>Complejo Hospitalario Cristal-Piñor, Ourense</p> <p>Complejo Hospitalario Xeral-Cíes, Vigo</p>
<p>BALEARES: 2</p> <p>H. Son Dureta (2)</p>	<p>LA RIOJA: 1</p> <p>Complejo Hospitalario San Millán – San Pedro, Logroño</p>
<p>CANARIAS: 5</p> <p>H. de Gran Canaria Doctor Negrín</p> <p>H. Insular de Gran Canaria</p> <p>Nuestra Señora de la Candelaria</p> <p>Universitario de Canarias (2)</p>	<p>MADRID: 17</p> <p>H. de la Princesa</p> <p>H.G.U. Gregorio Marañón (2)</p> <p>H. Ramón y Cajal (2)</p> <p>H. Puerta de Hierro (2)</p> <p>Universitario San Carlos (2)</p> <p>Fundación Jiménez Díaz (2)</p> <p>H. Doce de Octubre (2)</p> <p>H. La Paz (2)</p> <p>H. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares</p> <p>H. Severo Ochoa, Leganés</p>
<p>CANTABRIA: 2</p> <p>H. Universitario Marqués de Valdecilla (2)</p>	<p>MURCIA: 1</p> <p>H. Virgen de la Arrixaca</p>
<p>CASTILLA LA MANCHA: 4</p> <p>H. General de Albacete</p> <p>Complejo Hospitalario de Ciudad Real</p> <p>H. General de Guadalajara</p> <p>Complejo Hospitalario de Toledo</p>	<p>NAVARRA: 2</p> <p>Clínica Universitaria de Navarra (2)</p>
<p>CASTILLA-LEÓN: 5</p> <p>H. General Yagüe, Burgos</p> <p>H. General de Salamanca (2)</p> <p>H. del Río Hortega</p> <p>H. Clínico Universitario de Valladolid</p>	<p>PAÍS VASCO: 4</p> <p>H. Ntra Sra de Aranzazu, San Sebastián</p> <p>H. de Cruces, Baracaldo: 2</p> <p>H. de Galdakao</p>
<p>CATALUÑA: 11</p> <p>H. del Mar-Esperanza, Barcelona</p> <p>H. Universitario de la Vall d'Hebró, Barcelona (2)</p> <p>Fundació Puigvert-IUNA, Barcelona</p> <p>Clinic i Provincial, Barcelona (2)</p> <p>Consorci Hospitalari Parc Tauli, Sabadell</p> <p>Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge, L'Hospitalet</p> <p>H. Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona</p>	<p>VALENCIA: 9</p> <p>H. General Universitario de Alicante (2)</p> <p>H. General de Elche</p> <p>H. General de Castellón</p> <p>H. La Fe, Valencia (2)</p> <p>H. Clínico Universitario de Valencia</p> <p>H. Doctor Peset</p> <p>H. General Universitario de Valencia</p>
	<p>TOTAL HOSPITALES ACREDITADOS: 66</p> <p>TOTAL PLAZAS ACREDITADAS: 89</p>

una formación perfectamente digna y por tanto el dintel cualitativo y cuantitativo de exigencias estructurales debe ser lo suficientemente alcanzable como para que el número de centros que puedan participar en este proceso sea amplio. No voy a entrar a discutir las bondades de ambas tesis (que las

tienen), ni creo que como presidente me deba decantar públicamente por una de ellas.

De facto se han impuesto las teorías multiplicadoras de centros acreditados por varios motivos. Por una parte, los criterios actualmente en vigor (y que ahora deben ser modificados al hacer el nuevo pro-

grama formativo) son realmente de mínimos y además permiten completar la formación en materia de trasplantes, DPCA u otras técnicas en hospitales con programas activos cuando la unidad acreditada no disponga de las mismas. Por otro lado, las tendencias centrífugas de la sanidad española, hoy plenamente descentralizada al completarse las transferencias hacen que las presiones para que la docencia también se «descentralice» se hayan llevado el gato al agua. No es ajeno a estas presiones el hecho de que el Ministerio se haya negado durante muchos años a aprobar unos criterios propuestos en su día por las distintas comisiones y que habrían supuesto un cierto endurecimiento (en el caso de la nefrología muy ligero) de los requisitos mínimos y en consecuencia una posible retirada de la acreditación de algunas unidades (pocas).

Afortunadamente, la mejora generalizada de nuestra sanidad ha hecho disminuir mucho estos resquemores y de hecho la difusión de residentes por toda la geografía hispana ha contribuido en gran manera a mejorar el nivel asistencial. Incluso en los últimos años se ha dado un curioso fenómeno por el que los centros medianos-pequeños, han sido preferidos en muchos casos a los grandes hospitales por parte de los residentes que elegían centro tras el examen nacional. Probablemente han sido las mayores expectativas futuras de empleo y la proximidad al domicilio familiar las condicionantes de estas decisiones, pero en todo caso ponen de manifiesto que los residentes en modo alguno hacen ascos a estos centros de tamaño medio como lugar de formación frente a los grandes hospitales. Por otra parte, los incrementos de residentes necesarios para afrontar los nuevos retos de los que hablábamos antes, hubieran sido inviables si no hubiéramos dispuesto de las actuales plazas acreditadas. La adaptación a los nuevos retos se hace mejor cuanto mayor sea el número de centros implicados. Sin duda en poco tiempo volveremos a oír hablar de este viejo tema.

## CONCLUSIONES

En suma, la formación de los futuros nefrólogos, su contenido, su número, el lugar donde se efectúe, la orientación que entre todos le demos, va a tener una importancia capital en lo que nuestra especialidad vaya a ser sobre el futuro. Un futuro que como tantas otras cosas en nuestras vidas va a estar muy condicionado por lo que ya significa de hecho la Unión Europea: la libre circulación de personas, bienes y servicios. España se encuentra en un buen lugar tanto cuantitativo como cualitativo para afrontar estos retos, pero es preciso hacer una continua redefinición y puesta al día del papel que el nefrólogo debe jugar en la sanidad si no queremos quedar rezagados. Las decisiones asumidas por la mayoría de la comunidad nefrológica española en sus foros de discusión habituales (SEN, revista NEFROLOGÍA, etc.), como la de extender la actividad asistencial fuera de los hospitales, deben ser convenientemente plasmadas por la Comisión Nacional tanto por lo que se refiere al número de especialistas formados como a la orientación que se dé al periodo de residencia. El porvenir de la especialidad va a depender en gran manera de ello.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Nefrología: La Comisión Nacional de la Especialidad: reconocimiento al profesor Revert. *Nefrología* 21 (Supl. 5): 1-2, 2001.
2. Revert, L: La Comisión Nacional de Nefrología. *Nefrología* 16: 10-11, 1996.
3. Comisión Nacional de Nefrología: Informe sobre la formación postgraduada en España-1994. *Nefrología* 16: 12-18, 1996
4. López Abuín JM, Duque A, Olivares J y Luna A.: Guía clínica de la insuficiencia renal en atención primaria. *Nefrología* 21 (Supl. 5): 14-54, 2001.
5. Comisión Nacional de Nefrología: Guía de formación de especialistas. *Nefrología* 17: 24-29, 1997.