REVISTA DE LA
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 13 - NÚMERO 3 - 1998

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA

PRESIDENT: Josep Laporte i Salas
VICEPRESIDENT: Josep A. Salvà i Miquel
SECRETARI GENERAL: Jacint Corbella i Corbella
VICE-SECRETARI: Francesc Climent i Montoliu
SECRETARI D'ACTES: Alfons Gregorich i Serrat
TRESORER: Joaquim Tornos i Solano
BIBLIOTECARI: Josep M. Massons i Esplugas
VOCAL: Jordi Sans i Sabrafèn
ARXIVER: Josep Esteve i Soler
PRESIDENT D'HONOR: Moisès Broggi i Vallès

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA

DIRECTOR: Màrius Foz i Sala
REDACTOR EN CAP: Nicolau Barquet i Esteve
SECRETARI DE REDACCIÓ: Ferran Nonell i Gregori
CONSELL EDITORIAL: Jacint Corbella i Corbella
Josep M. Dexeus i Trias de Bes
Rafael Esteve de Miguel
Joan Sabater i Tobella
Jordi Sans i Sabrafèn
Joaquim Tornos i Solano

REDACCIÓ: Ediciones Doyma, S.A. Travessera de Gràcia 17-21. 2on.
08021 Barcelona

Imprès per EDIM, S.C.C.L. • Dipòsit legal: B-29.160-98 • ISSN. 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI VOL. 13 Núm. 3 SETEMBRE-DESEMBRE 1998

EDITORIAL

J.M. de Moragas i Viñas **95**

Col·loqui
LA REFORMA DEL SISTEMA MIR: UNA ASSIGNATURA PENDENT

Introducció **96**
M. Foz

Gènesi i posada en marxa del sistema MIR **98**
F. Vilardell

Aspectes positius i negatius del sistema MIR (1984-97) **102**
A. Martín Zurro

Importància de l'avaluació en la formació postgraduada **109**
R. Pujol i Farriols

El sistema MIR: la necessitat d'adaptar-lo a la Constitució Espanyola **114**
A. Oriol i Bosch

NECROLÒGIQUES

Josep M. Séculi i Brillas (1917-1998) **120**

Joan Gibert i Queraltó (1907-1998) **122**

VIDA ACADÈMICA **124**

Editorial

L'actual Junta de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya fomenta la celebració de col·loquis sobre temes sanitaris d'actualitat a fi d'aportar possibles orientacions a controvèrsies que han nascut per la importància dels temes a considerar. Des de fa anys, l'aprenentatge d'un metge gràcies al període de formació del MIR –Metges Interns i Residents– és un motiu d'insatisfacció progressiva dintre dels estaments sanitaris. La situació actual es deu a diversos factors, entre altres a l'immobilisme d'uns programes i actituds que persisteixen bàsicament inalterats des de l'inici, fa ara ja més de vint anys (*1977-Seminario de Hospitales con Programas de Docencia*).

Aquest exemplar de la *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya* recull l'opinió d'un grup d'experts i membres de la molt il·lustre Reial Acadèmia sobre la problemàtica de la formació dels MIR. El primer escull identificat i de gran influència en la formació del metge és el condicionant que la preparació de l'examen MIR comporta en l'estudi de les matèries que són objecte d'estudi per al futur aspirant a una plaça MIR, amb un decantament cap a una formació excessivament acumuladora de coneixements, en detriment de les habilitats pràctiques, de comunicació, deductives i d'interrelació humana. Als efectes indesitjables de l'examen MIR, en la formació del pregrau, podem afegir la persistència d'unes estructures de tipus funcional, dedicades a l'ensenyament de la Medicina en el pregrau, de llarga tradició, consolidades, difícils d'emmotllar a una Medicina de contingut canviant, la qual requereix l'encongiment d'unes àrees de coneixement en benefici d'altres de nova aparició. És precís enfocar els estudis de Medicina com un *continuum* que inicia l'estudiant en posar els peus per primera vegada a la Facultat de Medicina i que finalitza quan abandona l'hospital, acabat el MIR. La manca d'integració conceptual entre el pregrau i el MIR és un escull a solucionar si volem millorar la qualitat assistencial dels nostres conciutadans.

L'examen MIR rep tota mena de crítiques per altres defectes. Però hem de tenir en compte que ja fa vint anys que persisteix. Té al seu favor l'objectivitat i la fiabilitat. El seu contingut és millorable, atès el fet que gairebé un terç no és pertinent al nucli bàsic de l'exercici professional. Més difícil d'arranjar és la freqüent discordança entre la vocació del sol·licitant i la manca de plaça on desenvolupar-la. Un altre problema, cal dir que en vies de millora, és la desproporció entre el nombre d'alumnes que surten de les facultats (Ministeri d'Educació) i les places ofertes pel programa MIR (Ministeri de Sanitat), desconnectats de les necessitats reals del sistema.

El període formatiu MIR pateix de l'actitud passiva o inoperant de la Comissió de Docència de l'hospital responsable de la formació dels MIR, actitud que és compartida per la Comissió d'Especialitats de la matèria. El model de formació és extremament rígid, amb compartiments estancs que no permeten el canvi d'especialitat, amb greus dificultats per a la formació polivalent, imprescindible avui dia. Preocupa també la diferència en el nivell de formació del MIR segons els diversos hospitals, factor que té molt present el futur MIR en escollir plaça, però ignorat per la *Comissió de l'especialitat* determinada.

Ningú no ignora les dificultats d'avaluar els progressos del MIR al llarg del quatre o més anys d'aprenentatge. La proposta de l'obtenció d'un títol de diplomat, mitjançant una avaluació al final de la residència, fou rebutjada amb una vaga dels MIR i el silenci dels responsables de la formació dels residents. És comprensible la reacció dels dos estaments involucrats, ja que a ningú no agrada enfrontar una avaluació, especialment si els examinats s'asseuen als dos costats de la taula. Però és un problema al que, com a tots els enumerats, cal fer front. Els nostres conciutadans es mereixen la millor assistència mèdica que les nostres possibilitats globals permetin. I el programa MIR és fonamental.

JOSEP M. DE MORAGAS I VIÑAS

COL·LOQUI
LA REFORMA DEL SISTEMA MIR: UNA ASSIGNATURA PENDENT

INTRODUCCIÓ

Crec que va ser un autèntic encert de la Junta Directiva de la nostra Reial Acadèmia escollir aquest tema per a celebrar el Col·loqui que va tenir lloc el 8 d'abril de 1997. Malgrat el temps transcorregut entre la celebració del Col·loqui i el moment en què n'ha estat possible la publicació a les pàgines de la nostra Revista, cal dir que el contingut manté del tot la seva vigència, el seu gran interès i la seva plena actualitat.

Quan, després de la publicació de l'ordre ministerial del 9 de desembre de 1977 que regulava les característiques de l'examen d'accés el programa MIR, es va posar en marxa el nou sistema de formació de les especialitats mèdiques a Espanya, es va iniciar en aquest camp un canvi qualitatiu que ha produït un espectacular increment de la millora de la formació postgraduada i, com a conseqüència, també de la qualitat global del sistema sanitari a Espanya.

Malgrat aquesta afirmació que cal destacar i que ningú no nega, cal assenyalar que no hi ha dubte que el sistema MIR és clarament millorable i que els vint anys transcorreguts des de la seva creació, en un moment encara preconstitucional de l'Estat espanyol, obliga a considerar ja amb certa urgència el fet que s'ha de començar a treballar en el debat tècnic, administratiu i polític per a menar la necessària reforma del sistema MIR.

Tres són els aspectes del sistema que han de ser considerats en el moment d'estudiar la seva reforma: l'accés, els programes de formació i l'estructura centralitzada.

L'accés al programa MIR, que està regulat fonamentalment pels resultats d'un examen únic de 250 preguntes d'elecció múltiple, ha estat des de fa anys sotmès a moltes crítiques. Les principals estan basades en el fet que les preguntes exploren quasi únicament continguts teòrics, i de fet la pertinença i la rellevància de moltes de les preguntes és més que discutible. D'altra banda, l'examen actual gairebé no valora les habilitats, les aptituds i les actituds dels aspirants, qualitats que són de gran importància per a l'exercici professional.

L'examen MIR és en l'actualitat tan important per als nous llicenciats que la seva preparació gravita de forma molt decisiva en les prioritats dels estudiants de Medicina dels últims cursos. Resulta utòpic intentar propiciar canvis en els nous plans d'estudi de les facultats de Medicina cap a una menor importància del coneixements memorístics i a una presència més gran de l'ensenyament pràctic, l'autoaprenentatge i l'adquisició d'habilitats i aptituds, si el decisiu examen MIR continua explorant de forma quasi única continguts teòrics.

Un altre aspecte a resoldre pel que fa a l'accés al sistema de formació postgraduada és la persistència de la gran desproporció entre el nombre de places ofertes i el nombre de candidats. Resulta absolutament necessari resoldre, una vegada per totes, el crònic problema de l'antiga "bossa" de metges que pràcticament no tenen possibilitats d'accedir a la titulació postgraduada especialitzada. Aquesta és la trista conseqüència de la decisió política que es va prendre en el seu moment de no limitar l'accés a les facultats de Medicina, en contra de l'opinió generalitzada de les autoritats acadèmiques. Ara és el moment, per mitjà de difícils però necessàries decisions polítiques, d'anar resolent el problema de l'antiga "bossa" d'aspirants a la titulació, per mitjà de la concessió programada i personalitzada d'habilitacions o bé d'altres mesures que es considerin convenients. Només quan aquest problema estigui resolt o en vies de resoldre's es donaran les condicions oportunes perquè l'accés al programa MIR deixi de ser un dramàtic examen de gran competitivitat i es converteixi en un examen purament distributiu que valori les aptituds i les característiques del candidat en relació amb el tipus d'especialització postgraduada que desitgi dur a terme.

Un altre important aspecte del sistema MIR que hauria de reformar-se és el relatiu als programes de formació. En aquesta àrea, són tres els temes que han de ser considerats: la rigidesa dels programes, la primacia de l'"especialista" sobre el professional polivalent i els sistemes d'avaluació insuficients.

Els programes actuals de formació són independents i cadascun depèn de la corresponent Comissió de l'especialitat. El sistema és tan rígid en la seva regulació que no permet cap modificació un cop s'ha escollit una especialitat. La disposició "en pinta" de la formació postgraduada no permet canvis un cop s'ha iniciat un camí, ni en el cas d'especialitats tan properes com són, per exemple, la Medicina Interna i la Medicina de Família i Comunitària. Un dels meus residents de Medicina Interna va descobrir, un cop iniciada la Residència, que havia comès un error i que la seva autèntica vocació era exercir la Medicina de Família i Comunitària. El "sistema" no va permetre el canvi i, el que és pitjor, un cop obtingut el títol d'especialista en Medicina Interna, també el "sistema", excessivament rígid, va considerar que no té les competències adequades per a exercir com a metge de família.

Un altre aspecte a considerar en relació amb els programes de formació és que l'actual sistema dóna una primacia absoluta a l'"especialista" davant del professional polivalent, i que aquesta concepció no és l'adequada pel que fa a les demandes de la societat. De fet, sabem que un repte assistencial actual i del pròxim futur al qual s'ha de donar adequada resposta és que el sistema sanitari hauria de disposar en cada

moment dels recursos humans en professionals de ciències de la salut per a poder atendre les necessitats canviants del sistema i de l'organització sanitària. Això no es pot resoldre augmentant, encara més, el nombre d'especialitats i amb una regulació independent "en pinta" de cadascuna, sinó amb una formació troncal comuna a les especialitats afins i amb una possible diversificació formativa posterior per a les competències pròpies de les diferents subespecialitats. El professional polivalent ha de donar resposta, com així succeeix en realitat a la pràctica, a les noves necessitats assistencials (malalties infeccioses, SIDA, nutrició clínica, malalties cròniques que condueixin a la invalidesa, persones d'edat amb dèficits d'autonomia, malalts terminals), que no s'hauria d'intentar resoldre amb la creació de "noves" especialitats. El sistema rígid actual, que no recull com a possible que un professional comparteixi les competències de dues especialitats, pot portar a situacions tan absurdes com la que he tingut ocasió de viure, en què un nen diabètic no "pot" ser atès per un pediatre perquè no és "competent" en diabetis i tampoc per un endocrinòleg perquè no és "competent" en pediatria.

L'altre aspecte dels programes que hauria de ser reformat és el de la seva avaluació. En aquest moment no són adequadament avaluats ni els programes, ni els residents en el curs de la seva formació ni al final i, per tant, tampoc no està adequadament avaluada la tasca duta a terme pels centres i serveis acreditats.

Finalment, un altre aspecte molt important a considerar en relació amb el sistema MIR és que aquest va ser creat en un moment encara preconstitucional (1977) a l'Estat espanyol i, per tant, va ser dissenyat amb criteris absolutament centralistes. Sembla absurd que Catalunya, que té plenes competències reconegudes tant en l'àmbit docent com en el sanitari, continui depenent de decisions centralitzades pel que fa referència a la formació postgraduada dels professionals de ciències de la salut.

Quan es va celebrar aquest Col·loqui en el si de la nostra institució vam tenir la sort, com ara tindran ocasió de comprovar els nostres lectors, de comptar amb la col·laboració de quatre experts de gran prestigi i competència en els diferents aspectes analitzats. Així, el Dr. F. Vilardell que va ocupar a Madrid el càrrec de *Subdirector General de Docencia e Investigación* ens parla amb gran autoritat de la gènesi i posada en marcha del sistema MIR; el Dr. A. Martín Zurro, Coordinador General del Programa de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya, ens descriu els aspectes positius i negatius dels sistema MIR; el Dr. R. Pujol, gran expert en avaluació postgraduada, Secretari en el moment de la celebració del Col·loqui i en l'actualitat President de la Comissió de Medicina i Especialitats Relacionades del CCECS, analitza la importància de l'avaluació en la formació postgraduada i, finalment, el Dr. A. Oriol Bosch, Director de l'IES, ens parla de la necessitat d'adaptar el sistema MIR, actualment preconstitucional, a la Constitució espanyola.

Màrius Foz i Sala
Coordinador del Col·loqui

GÈNESI I POSADA EN MARXA DEL SISTEMA MIR

Francesc Vilardell*

Quan vaig acabar la carrera de Medicina, l'any 1949, em vaig haver d'inscriure al Col·legi de Metges per poder exercir la professió. En fer-ho, l'administratiu corresponent em va demanar senzillament si volia que constés com a practicant d'una especialitat. Com que el meu pare era gastroenteròleg, vaig demanar ésser inscrit com a especialista en malalties digestives. A partir d'aquell moment, vaig constar com a digestòleg en els anuaris del Col·legi. Ningú no es va preocupar de demanar-me si jo tenia cap paper que certifiqués la meva capacitat per a exercir com a especialista i no crec que se li demanés res a cap altre dels companys que s'inscrivien.

Existien llavors a Catalunya alguns centres que es dedicaven a l'enseyament d'especialitats, de manera no oficial i fora del ambient universitari: les anomenades Escola de Patologia Digestiva i Escola de Neurologia, a l'Hospital de Sant Pau, i l'Institut Barraquer d'Oftalmologia, a les quals aviat va seguir l'Institut d'Urologia del Dr. Puigvert. Els metges aprenien les especialitat matriculant-se a cursos i/o treballant com a assistent, la majoria de les vegades sense responsabilitat pràctica, dins d'algun servei hospitalari especialitzat. La situació era la mateixa a la majoria de països europeus, com França, Itàlia Suïssa, Alemanya etc.

L'ensenyament postgraduat als anys cinquanta

Una Llei de 20 de juliol de 1955, desenvolupada per Decret de 23 de desembre de 1957, va fer un primer pas per a regular l'enseyament i l'exercici professional de les especialitats mèdiques. L'obtenció del títol d'especialista implicava l'assistència a centres específics després de superar les proves teòriques y pràctiques corresponents. A partir d'aquesta llei, el Ministeri d'Educació Nacional va començar a expedir títols d'especialista als metges que acreditaven haver treballat en l'especialitat corresponent. La majoria de vegades aquesta acreditació consistia simplement en el fet d'estar inscrit com a especialista als col·legis de metges. Van proliferar a les universitats les escoles professionals d'especialitats, on s'impartien en general cursos teòrics més o menys prolongats, amb poques pràctiques i mínima responsabilitat assistencial. Sovint les escoles eren dirigides per un catedràtic aliè a l'especialitat, en no existir càtedres (ni tan sols serveis de la càtedra) en els hospitals clínics. La facilitat en l'obtenció de títols va fer que, al voltant dels anys cinquanta, molts metges constessin com a especialistes en dos o més branques de la Medicina, i en alguns casos fins en cinc especialitats diferents. Una prova clarissima de la insuficiència de la legislació sobre formació especialitzada és el fet que l'any 1975 hi havia en exercici 18 metges especialistes de 24 anys d'edat![1]. Del 1978 al 1980, anys en què encara eren vigents els sistemes tradicionals d'obtenció de títols, el Ministeri d'Educació i Ciència va expedir 13.539 títols d'especialista, és a dir, cinc mil títols anuals, i en els arxius constaven expedients de 50.000 títols més com a mínim[2]. Això va ajudar a provocar el desequilibri tant important entre especialistes i generalistes, a favor dels primers, que tantes conseqüències ha tingut per a impedir una assistència mèdica racional.

La situació va romandre sense modificacions rellevants durant els anys seixanta.

Els primers metges residents

En aquella època va començar l'evolució dels hospitals cap a una assistència més integral, cap a la professionalització dels metges d'hospitals i cap als primers passos de la carrera hospitalària. Una conseqüència d'aquests fets va ésser la necessitat que l'assistencia mèdica fos lo més contínua possible i no de dues a tres hores diàries, que era la norma. El primer pas va ésser, seguint un altre camí no universitari, la creació de places de metge intern no amb el caràcter purament de "metge de guàrdia" per a tot l'hospital, sinó destinades a serveis especialitzats. Això va succeir en alguns hospitals, la majoria dels quals eren membres d'un grup d'estudis que s'anomenava Seminario de Hospitales, que incloïa institucions com l'Hospital de Sant Pau, l'Hospital General d'Astúries, la Fundació Jimenez Díaz, l'Hospital de Valdecilla, la Fundació Puigvert, etc. Aquestes places es cobrien mitjançant convocatòries internes i tenien un caràcter assistencial i docent. La fundació Puigvert va ésser probablement el primer centre on es van convocar places de metge intern remunerat, als voltants de 1955. Poc temps després seguia l'Escola de Patologia Digestiva de l'Hospital de Sant Pau. Els metges interns vivien a l'hospital, feien guàrdies només en el serveis i en general complien les tasques dels actuals residents, amb la diferència que cobraven uns sous irrisoris a canvi de manutenció. Els diplomes que rebien els permetien aconseguir el títol d'especialista. Però no en tots els serveis que van seguir més tard aquest camí hi havia programes docents estructurats i per a molts caps de servei el concepte de metge intern continuava sent purament assistencial, per tal de complir tasques que no podien fer la majoria de metges hospitalaris, que anaven als hospitals unes poques hores al dia. El Seminario de Hospitales es reunia periòdicament

* Acadèmic Numerari

per a intentar d'uniformar les estructures assistencials i docents dels hospitals espanyols, esbossant normes de control de qualitat i d'acreditació. El canvi mes important va ocórrer en els anys setanta, quan la Seguretat Social va començar també a convocar oficialment places de formació postgraduada en els seus hospitals. Convé aquí retre homenatge al Dr. Vicente Rojo, cirurgià a la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, que havia estat degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Cali, a Colòmbia, subvencionada per institucions dels Estats Units, i que va ésser el primer a convocar places remunerades de formació postgraduada MIR, per mitjà d'una convocatòria única per a tots els hospitals de la Seguretat Social, a semblança dels programes de residència nord-americans.

Creació del Ministeri de Sanitat i primera convocatòria MIR

L'advenimment el 1977 del Ministeri de Sanitat va donar un impuls important a la formació postgraduada, en crearse una subdirecció general amb el nom de Subdirección General de Docencia e Investigación, de la qual es va fer càrrec el Dr. Rojo. Una de les primeres tasques d'aquesta subdirecció va ésser l'organització de la primera convocatòria oficial per a omplir llocs de formació postgraduada. Es va publicar una ordre del mateix any 1977, firmada pel Ministre de Sanitat[3], sobre la regulació de la formació de postgraduats en els hospitals dependents de la Seguretat Social, de la Sanitat Nacional (AISNA) i dels hospitals que hi volguessin participar.
En aquesta ordre, s'establien les bases de l'actual sistema de formació MIR (Médicos Internos y Residentes). S'hi especificaven les següents categories: *1)* metges interns rotatoris d'un any de duració, que passaven després a residents d'una especialitat; *2)* metges residents que ocuparien directament places d'especialitat, i *3)* una categoria de metge resident estranger, bàsicament promoguda pel Dr. Rojo, per a la formació de metges de països americans de parla espanyola.
La importància d'aquesta convocatòria no serà mai prou valorada. No solament va permetre que es formessin satisfactòriament en diverses especialitats nombrosos joves metges, seguint uns programes docents específics i uniformes per a totes les institucions participants en el programa MIR, sinó que, i pot-ser encara és més important, va obligar a posar en marxa unes normes d'acreditació de centres per a la docència, que van sense dubte millorar molt la qualitat assistencial de la majoria d'hospitals.

Regulació per Decret de l'Ensenyament Postgraduat

Fruit d'aquesta ordre ministerial va ser una sèrie de reunions dels responsables de Sanitat amb el Ministeri d'Educació i Ciència que van culminar amb un Reial Decret de 15 de juliol de 1978 pel qual es regulava de manera definitiva l'obtenció dels títols d'especialista en medicina[4]. Van redactar el decret conjuntament els dos ministeris i com a disposicions mes importants incloïa: 1) el reconeixement de 50 especialitats; 2) la titulació per mitjà del Sistema MIR o, alternativament, de les escoles professionals universitàries, així com dins dels departaments de las facultats de medicina; 3) la creació de comissions per a les diverses especialitats que van planificar les convocatòries MIR, que es van anar succeint regularment, així com la creació del Consell Nacional d'Especialitats, compost per un membre de cada una de les comissions d'especialitats, 4) l'admissió en els centres de formació postgraduada per mitja de la convocatòria anual MIR, i 5) per a evitar problemes polítics immediats, i malgrat l'oposició del Ministeri de Sanitat, es declaraven subsistents els sistemes vigents de concessió de títols. Això en principi feia possible continuar accedint a la formació postgraduada sense passar per la prova nacional MIR. El Decret va ésser retocat i millorar els anys 1982[5] i 1984[6], moment a partir del qual va ser obligatori que l'especialització fos únicament per la via de la residència remunerada.
Aquesta primera covocatòria es va resoldre durant l'any 1978. Malauradament el programa informàtic que havia d'adjudicar els llocs de formació no va ésser prou ben dissenyat, va tenir molts errors i va donar lloc a nombroses protestes i recursos que el Dr. Rojo va resoldre com va poder.

Segona convocatòria MIR

A partir d'aquesta convocatòria, se'n va disenyar una altra per a l'any següent, en la qual ja van participar les diverses comissions nacionals que es van anar creant a partir del Decret, durant els anys 1978 i 1979. Inicialment aquestes comissions estaven formades per quatre representants del Ministeri d'Educació, generalment catedràtics (tot sovint no especialistes en la matèria, ja que seguia havent-hi molt poques càtedres especialitzades), tres representants del Ministeri de Sanitat, tres representants del Consell General de Col·legis de Metges i dos de la societat científica corresponent. No hi havia representants dels residents. La gran majoria d'hospitals del país, a excepció dels hospitals clínics universitaris on hi havia escoles professionals, es van adherir a la convocatòria i es van poder convocar al voltant de quatre mil llocs de treball, incloent per primera vegada la Medicina Familiar i Comunitària. Les comissions es van anar constituint i el seu lloc de treball era el Ministeri de Sanitat, on es conservaren i es continuen conservant tots els arxius corresponents.

Problemes del nou sistema d'ensenyament

La posada en marxa del sistema MIR es va enfrontar a una sèrie de problemes.
El més preocupant per al futur del sistema era la rivalitat entre els dos ministeris: un, el d'Educació, que volia tenir l'exclusiva i el control sobre qualsevol tipus d'ensenyament, i que veia amb gran desconfiança l'activitat de l'altre, el de Sanitat, en l'àrea docent, que aquest últim justificava pel fet que tenia

al seu càrrec la immensa majoria dels pressupostos dels llocs de treball remunerat dels aspirants a especialista. Però hi havia moltes més qüestions a resoldre.

1) En primer lloc, la manca total de pressupost per a fer funcionar el sistema. Com tantes vegades ha passat en el nostre país, es va legislar sense tenir en compte les repercussions econòmiques. Els únics fons disponibles eren els que es van recollir per al pagament de matrícula de l'examen MIR de 1978. Un cop pagades les dietes dels que van vigilar les proves en les diverses ciutats de la nació, les despeses del mateix examen i les ocasionades per l'adjudicació de les places, aquests fons van quedar molt minvats i no permetien, per exemple, pagar els viatges dels membres de les comissions d'especialitats que es reunien a Madrid, fet del qual es va haver de demanar a cada institució representada que es fes càrrec de les despeses dels seus representants. Això va ser motiu de nombroses discussions i de molts malentesos. Tampoc no hi havia personal burocràtic específic assignant pel Ministeri de Sanitat al programa MIR. Moltes d'aquestes necessitats es van anar a conseguint durant l'hivern 1978-1979.

2) El segon problema important va ser l'organització de l'examen: aquesta segona prova MIR va tenir lloc simultàniament en 44 centes diferents. L'examen es basava en un banc de preguntes obtingudes de diverses fonts amb estricta confidencialitat i que corresponien a temes de medicina, cirurgia i ciències bàsiques. Un grup molt reduït les va triar i es va constituir un tribunal en sessió permanent durant tot l'examen per si hi havia algun problema. Van ésser anul·lades tres preguntes de les quals semblava que les opcions de resposta no eren prou clares.

3) El tercer problema, que passats 20 anys no sembla pas que estigui resolt, és el de l'adjudicació de places. Vam tenir moltes discussions referents a aquest tema tan importantant. Jo i altres, afavoriem un sistema que consistís a donar un certificat d'"aprovat" als que passessin l'examen i que amb aquest diploma poguessin "negociar" amb els diferents hospitals la seva incorporació al centre en l'especialitat que triessin, sense que el Ministeri fos responsable de l'adjudicació. Les oportunitats per a triar especialitat i centre serien les mateixes per a tots els qui aprovessin l'examen tot i tenir en compte la possibilitat que, en alguns casos, haguessin de passar a una llista d'espera i que els centres proguessin escollir també els seus residents. Aquesta opció, més o menys semblant al Residents Matching Program americà no va ésser aceptada pels mateixos residents ni per altres directius dels ministeris, que creien que les decisions d'admetre o no un nou resident donarien lloc a molts favoritismes.

Els qui així pensaven van afavorir l'opció de seguir l'adjudicació directa de places, tal com s'havia fet durant les primeres convocatòries de la Seguretat Social, per mitjà del Ministeri o d'una comissió interministerial, que utilitzava la suma d'un barem de mèrits i del resultat de l'examen com a criteri d'adjudicació, i feia llistes per ordre de mérits dels concursants, a l'estil d'un típic concurs oposició. Aquesta segona opinió, de gran rigidesa, que era la que tenien molts funcionaris i els lletrats dels ministeris, va prevaler i es va dur a terme, amb els resultats funestos que tots coneixem: metges que han fet especialitats que no volien, hospitals que no han pogut triar els seus residents, que tenien contracte laboral, i formació dels MIR molt sovint en llocs molt allunyats d'on residien normalment.

L'únic argument que personalment em va semblar vàlid per a procedir d'aquesta manera va ser el fet que un cop analitzats els resultats de la convocatòria del 1977, no solament les diferències entre els resultats d'uns i altres exàmens eren en general mínimes, sinó que també, seguint uns criteris normals d'avaluació, ens trobàvem amb un nivell mig tan baix que només aconseguien l'aprovat un nombre d'aspirants que no permetia adjudicar ni tan sols la meitat de les places ofertes! Això era, sense dubte, el resultat de la massificació de l'ensenyament.

L'adjudicació de residències, vist el mal resultat del programa informàtic de la primera convocatòria, es va fer manualment. La manca d'experiència va fer que les adjudicacions es fessin amb gran lentitud (es convocaven un centenar de residències cada dia). El procés va durar diverses setmanes i les despeses van exhaurir els pocs diners que quedaven. A la convocatòria de l'any 1980 es va posar en marxa un programa informàtic correcte, que va permetre l'adjudicació ràpida de les places.

4) Un altre probleme que es va plantejar va ésser el de fer una avaluació final un cop acabada la residència, el que permetria més que cap altra cosa avaluar la qualitat de la formació que s'estava donant en els diferents centres. L'avaluació va ésser rebutjada pels residents, que van fer una sèrie de vagues i van aconseguir l'anul·lació de la directiva. Aquest fet no ha permès malauradament una avaluació seriosa dle sistema MIR, ja que la supervisió externa dels programes formatius per part de les comissions va ésser, en tot cas, molt superficial i benèvola.

El problema de la plètora i de l'excés d'especialistes

Una greu preocupació va ésser el que s'havia de fer amb els no admesos a l'educació postgraduada. En les primeres convocatòries es va fer el possible per a convocar el nombre màxim de places, més de quatre mil, sabent, però, que tot i així quedaria un nombre important de joves metges sense plaça. La plètora era esgarrifosa: durant els anys 1975-1978, es van graduar al voltant de 8.000 metges per any i estudiaven medicina unes 80.000 persones. Es va veure amb alarma ja al 1978 que cap als anys 80 hi haurien a Espanya 100.000 metges[7] (al 1989 els metges col·legiats eren 140.000!)[8]. D'altra banda, la manca d'informació no permetia tenir dades sobre el nombre d'especialistes al país, ni tampoc dels llocs de treball permanent existents. Ja al 1980, moltes especialitats, com ara cardiologia, digestiu, neurocirurgia i cardiovascular es consideraven pràcticament saturades[9]. El creixement de les especialitats era de l'ordre del 6 per cent anual! D'altra banda, hi

havia també una desproporció entre el que els hospitals volien com a "mà d'obra", els criteris de les comissions (en general favorables als dels hospitals) i els del Ministeri de Sanitat, que pretenia regular el nombre d'especialistes i, indirectament, el nombre de metges[9].

Durant 1978-1979, va tenir lloc una sèrie de reunions entre representants del Ministeri de Sanitat i de la Junta de Degans de les Facultats de Medicina, per tal d'aconseguir limitar d'alguna manera l'accés a Medicina i, per tant, de pal·liar la plètora inevitable. Vull esmentar el fet que, en aquell moment, el Ministeri de Sanitat no va tenir cap ajuda dels polítics: tots els partits van ésser consultats i tots se'n van desentendre, a excepció d'un sol partit, que mantenia que, a Espanya, hi faltaven metges! He de reconèixer aquí l'ajuda inestimable del professor Albert Oriol i Bosch, llavors degà de la Facultat de Medicina de la Universitat Complutense, per a informar les autoritats del Ministeri d'Educació del gravíssim problema que s'estava creant amb l'admissió indiscriminada d'alumnes que no podrien després aconseguir un mínim d'ensenyament postgraduat. Es van aconseguir algunes limitacions, però insuficients, i es va crear la situació actual de desequilibri que patim.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Vilardell F. La formación en patología digestiva. Gastroenterol Hepatol 1981; 4: 60-61.
2. Vilardell F. Problemas en la formación de médicos especialistas. Sant Pau 1981; 2: 169-171.
3. Orden del 13 de diciembre por la que se regula la formación de postgraduados en las Instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros Centros Hospitalarios. Madrid: B.O.E. 29881/1997.
4. Real Decreto del 17 de julio por el que se regula la obtención del título de especialista médico. Madrid: B.O.E. 2015/1978.
5. Orden Ministerial del 23 de enero, 1 84/1982 por la que se regula el acceso a las plazas docentes acreditadas para optar al título de Médico Especialista en Instituciones Hospitalarias y Escuelas Profesionales. Madrid: B.O.E. 1684/1982.
6. Orden Ministerial del 3 de diciembre por la que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico especialista. Madrid: B.O.E. 26621/1984.
7. Vilardell F. Medical Education in Spain. Med Educ 1980; 14: 184-188.
8. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Apéndice. Julio 1991.
9. Vilardell F. Spain: Health care and medical education. Proc R Coll Phys Edin 1993; 23: 182-185.

GÈNESI I POSADA EN MARXA DEL SISTEMA MIR

Els orígens del sistema MIR es remunten a les reunions del Seminari d'Hospitals, que tenien com a finalitat la modernització dels hospitals, els criteris de qualitat assistencial i els aspectes docents en relació amb la formació postgraduada. Les convocatòries de l'INSALUD de places de metges interns i residents van ser la base de la primera convocatòria MIR el 1977, any en què es va crear el Ministeri de Sanitat i Seguretat Social. S'analitzen les característiques de les convocatòries MIR i dels problemes que van crear les difícils relacions entre el Ministeri de Sanitat i Seguretat Social i el d'Educació i Ciència, la falta de pressupostos, la plètora mèdica, l'organització d'un examen d'admissió que discriminés amb validesa i, sobretot, la rigidesa del sistema d'adjudicació de places que difícilment permet d'escollir tant al metge en formació l'especialitat i el lloc on formar-se com als centres sanitaris els metges residents que desitja contractar.

GÉNESIS Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA MIR

Los orígenes del sistema MIR se remontan a las reuniones del "Seminario de Hospitales", que tenían como finalidad la modernización de los hospitales, los criterios de calidad asistencial y los aspectos docentes en relación con la formación posgraduada. Las convocatorias por parte del INSALUD de plazas de médicos internos y residentes fueron la base de la primera convocatoria MIR en 1977, año en que se creó el Ministerior de Sanidad y Seguridad Social. Se analizan las características de las convocatorias MIR y de los problemas que crearon las difíciles relaciones entre el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y el de Educación y Ciencia, la falta de presupuestos, la plétora médica, la organización de un examen de admisión que discriminara con validez y, sobre todo, la rigidez del sistema de adjudicación de plazas que difícilmente permite elegir tanto al médico en formación la especialidad y el lugar donde formarse como a los centros sanitarios los médicos residentes que desea contratar.

THE DEVELOPMENT AND EARLY YEARS OF THE SPANISH HOSPITAL RESIDENCY TRAINING SYSTEM ("MIR")

The present Spanish hospital residency training system "MIR" was conceived during the "Hospital Seminars" held to discuss how hospitals, quality health care criteria and postgraduate medical training might be modernized. The first MIR resident positions were offered to eligible candidates by the Spanish national health service in 1977, the same year the Ministry of Health and Social Security was created. This study analyzes the various MIR residency offerings, along with problems that have given rise to conflict between the Ministries of Health and Social Security on the one hand and of Education and Science on the other. Also discussed are inadequate funding, oversupply of medical specialists, the organization of a valid screening test and, above all, the inflexibility of a residency matching system that makes it as difficult for candidates to choose preferred specialties and locations as for hospitals to choose preferred graduates.

ASPECTES POSITIUS I NEGATIUS DEL SISTEMA MIR (1984-97)

Amando Martín Zurro*

Els processos educatius cal que tinguin un alt grau de dinamisme intern per a poder situar-se en l'avanguarda dels canvis socials. El sistema MIR necessita adaptar-se a les noves corrents que sorgeixen en el camp de l'educació mèdica així com als esdeveniments polítics, sociològics i tècnics que afecten directa o indirectament al sistema sanitari i als seus professionals.

El que coneixem com a sistema MIR no és més (ni menys) que el conjunt de normes estatals que regeixen l'accés a la formació mèdica postgraduada així com la metodologia d'aprenentatge, duració, contingut i avaluació dels programes docents de cadascuna de les especialitats oficialment reconegudes a Espanya. Els ministeris de Sanitat i d'Educació, amb l'assessorament del Consell Nacional d'Especialitats Mèdiques i de les seves diferents comissions (una per a cada especialitat), controlen el desenvolupament del sistema MIR i reconeixen la formació que s'hi du a terme com a la via principal d'accés a la titulació especialitzada[1].

La instauració del sistema MIR va comportar un canvi qualitatiu primordial, no solament per a la formació especialitzada dels nostres metges sinó també per al conjunt del sistema sanitari. La seva influència, els seus efectes positius i negatius, s'estén a camps tan diversos com l'ensenyament pregraduat, la cobertura de places de plantilla o la qualitat de l'atenció de salut prestada a la població[2].

En general, tothom es mostra d'acord a reconèixer que el sistema MIR, o el que és el mateix, la formació especialitzada adquirida sobre la base de la pràctica professional supervisada i amb responsabilització progressiva del discent, és el mètode ideal per a aconseguir la competència necessària per a l'exercici mèdic[3]. El nostre sistema MIR, construït a imatge i semblança dels programes nord-americans de formació postgraduada, no deixa de ser la versió actualitzada de l'aprenentatge basat en la pràctica (tan antic com la pròpia medicina), al costat de professionals de prestigi (mestres). Avui el mestre ha estat substituït per l'equip, la formació es desenvolupa seguint programes preestablerts i té lloc en hospitals i centres de salut que han estat acreditats per a impartir-los.

*Doctor en Medicina.
Especialista en Medicina de Família i Comunitària
Professor Associat de la Universitat de Barcelona
Coordinador General del Programa de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya
Cap de la Unitat de Planificació de la Regió Sanitària Costa de Ponent (Servei Català de la Salut)

El sistema MIR ha proporcionat recursos humans d'alta qualificació competencial a la sanitat espanyola, possibilitant el creixement quantitatiu de la xarxa hospitalària i, més recentment, de la d'atenció primària. La creació el 1978 de l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària[4] i la promulgació el 1984 d'un nou decret regulador de les especialitats mèdiques són, al meu parer, dos esdeveniments normatius que han marcat profundament el desenvolupament de la formació postgraduada des d'aleshores.

Per a dur a terme aquesta anàlisi crítica del sistema MIR em basaré en l'abordatge dels punts que considero més importants o definitoris i faré excepció o tractaré solament de passada aquells aspectes que són desenvolupats per altres participants en el col·loqui (taula I).

Definició i conceptes

El sistema MIR es va concebre per a ser la via principal, pràcticament única, per a l'especialització mèdica a Espanya. Els decrets 2015/78 i 127/84 delimiten amb precisió els mecanismes possibles per a obtenir el títol d'especialista i amb diverses excepcions quantitativament poc significatives, estableixen el sistema MIR com al camí legal i metodològic a seguir. La possibilitat d'adquirir la titulació mitjançant la superació d'un examen resta certament restringida.

Aquesta decisió estratègica, que pretenia garantir la transparència i qualitat dels procediments d'especialització mèdica, va xocar frontalment amb altres disposicions planificadores mitjançant les quals es va restringir intensament l'oferta de places formatives i es va deixar fora del sistema MIR un nombre molt elevat de llicenciats en Medicina, precisament en una època en què aquest nombre creix de manera espectacular. Concretament, el 1984 surten de les facultats més de 10.000 metges, mentre que les places MIR se situen per sota de les 2.000 anuals entre 1982 i 1987[5] (fig. 1).

Aquesta descoordinació de les polítiques de recursos humans dels ministeris de Sanitat i d'Educació va ser l'origen del fracàs relatiu del MIR com a via ordinària per a la titulació especialitzada, ja que impedia l'accés a l'esmentada formació especialitzada de la majoria dels llicenciats espanyols. Ràpidament van començar a fer-se sentir veus crítiques, en moltes ocasions amb finalitats poc clares, cap al sistema MIR, el qual era acusat d'elitista i fins i tot de corporativista. La veritat és que, en aquestes circumstàncies de disparitat tan manifesta entre l'oferta i la demanda de places formatives, el MIR resta con-

vertir *de facto* en un instrument de selecció rigorosa, altament competitiva, dels aspirants a especialistes, i s'allunya de la seva finalitat inicial centrada en la garantia de la transparència i qualitat dels procediments i programes de formació.

La situació s'agreuja el 1995 amb l'entrada en vigor de la Directiva 86/457 de la Unió Europea, que obliga tots els estats membres a garantir que tots els metges generals (en el nostre país metges de família) del sistema públic hagin realitzat un període de formació postgraduada amb una durada mínima de dos anys. Tots recordem els conflictes suscitats durant el 1995 entre els estudiants de Medicina i els diferent col·lectius de metges d'atenció primària. Els primers sol·licitaven garanties plenes d'accés per a tots els llicenciats a la formació postgraduada i els metges de família defensaven la necessitat de garantir l'especialització en Medicina de Família i Comunitària com a la via d'aplicació en el nostre país de la formació exigida per la Directiva de la Unió Europea. Arran d'aquests conflictes s'amplià notablement l'oferta de places formatives del MIR, essencialment a partir dels de Medicina de Família i Comunitària, i es va decidir restringir encara més l'entrada de nous alumnes a les facultats de Medicina per a accelerar l'aproximació entre el nombre de llicenciats i el de places MIR. Des d'aquesta perspectiva, en el transcurs de 5-6 anys s'havia d'arribar a un equilibri entre oferta i demanda de formació especialitzada, situació que permetria al sistema MIR recuperar el seu paper fundacional de garant de la qualitat de la formació postgraduada.

Actualment (1997) encara resten aspectes conflictius per a resoldre relacionats amb la famosa "bossa històrica" de llicenciats sense títol d'especialista i encara no han cristal·litzat els diferents intents de solució normativa del problema d'aquests col·lectius.

El segon aspecte conceptual o definitori del sistema MIR al qual vull referir-me és el del seu **disseny centralitzat**, amb un

TAULA I
Alguns aspectes del sistema MIR

Descentralització
Oferta de places
Accés
Programes
Avaluació
Acreditació

procés de presa de decisions que deixa un escàs marge de maniobra als governs autonòmics. Solament en el camp de la proposta de les places ofertes en cada convocatòria és on es tenen, a vegades, en compte les iniciatives perifèriques. Aquesta excessiva centralització del sistema MIR és font constant de problemas polítics i tècnics. Aquest tema serà tractat amb major concreció i profunditat en una altra de les aportacions i per aquest motiu em limitaré a insistir en la necessitat de posar en marxa de forma decidida un procés de trasllat de competències en aquest camp a les comunitats autònomes en aspectes que van des de la planificació de l'oferta formativa, l'acreditació de centres, serveis i unitats, fins al desenvolupament dels continguts i el control de la marxa dels programes docents, incloent-hi les avaluacions de les diferentes fases del sistema.

En definitiva, caldria evolucionar cap a un sistema MIR amb un marc normatiu general estatal que deixés un ampli marge d'iniciativa legisladora a les comunitats autònomes. A ningú no se li escapa la dificultat política i tècnica d'un procés d'aquestes característiques, en el qual és precís conjugar necessaris criteris d'equitat en l'accés o d'equivalència dels processos formatius i avaluadors per al conjunt de l'estat, amb la diversitat implícita en una descentralització profunda del sistema.

Un tercer aspecte general del sistema MIR que considero interessant tractar, encara que breument, és el del seu **finançament**. Fins avui els costos del MIR són assumits en la seva totalitat pel pressupost central del Ministeri de Sanitat, amb la

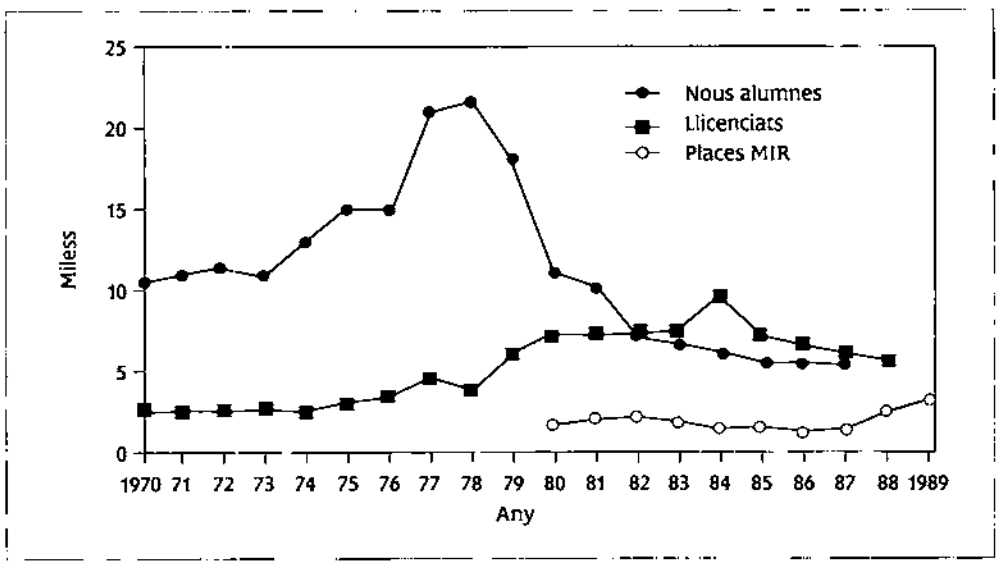

Fig. 1. Evolució del nombre de nous alumnes, de llicenciats i de places MIR

TAULA II
Aspectes de l'examen MIR

Objectius
Disseny
Contingut
Conseqüències

corresponent transferència proporcional als diferents serveis de salut autonòmics. La introducció de noves vies d'aportació de recursos financers públics i privats, i la descentralització pressupostària podrien contribuir a racionalitzar millor l'oferta formativa donant major protagonisme a la societat civil i afavorint la adaptació més estreta del sistema a les possibilitats i necessitats locals prioritàries en aquest camp.

El quart aspecte que vull desenvolupar és el de l'**estratègia formativa** del sistema MIR. Fins al moment actual, la formació en les diferents especialitats es dissenya d'acord amb un model "en pinta" en el qual s'escull des del principi l'especialitat final en la qual es vol obtenir la titulació. Aquesta estratègia està en oberta contradicció amb la demanda creixent per part del sistema sanitari de professionals amb alt grau de polivalència tècnica per a desenvolupar llocs de treball en els nivells no superespecialitzats (atenció primària, hospitals regionals i locals, serveis sociosanitaris). D'altra banda, aquesta estratègia potencia la superespecialització i la rigidesa en la delimitació dels àmbits de competència professional i del mateix mercat de treball.

És necessari dissenyar un nou model docent, que anomenem troncal[7], en el qual l'elecció inicial sigui la d'un àmbit formatiu ampli (especialitat bàsica o troncal), en el qual es romandrà durant 2 o 3 anys per a passar després a escollir una superespecialitat o àrea de competència específica (amb una durada d'1 a 3 anys). Aquestes reformes estratègiques del sistema MIR van començar a proposar-se a l'administració central fa més de 10 anys i encara no s'han aconseguit avenços significatius en el seu desenvolupament i la seva posada en pràctica.

En estreta relació amb l'aplicació del **model troncal** trobem el tema de les **àrees de competència o capacitació específica**, que també és necessari desenvolupar de manera decidida. En aquest cas, després de 10 anys de pas pel Consell Nacional d'Especialitats, ja s'ha aconseguit crear un grup de treball per a analitzar aquest problema i sembla que ja hi ha algunes àrees que podrien ser reconegudes de forma oficial en un proper futur.

Per a finalitzar aquest primer bloc de consideracions sobre el sistema MIR, crec necessari tractar un altre aspecte, generalment poc estudiat i, en moltes ocasions, analitzat des d'una perspectiva negativa. Estic referint-me als vincles de coordinació que caldria que existissin entre la formació postgraduada i les altres dues fases de *continuum* educatiu dels professionals (pregrau i formació continuada). Ja s'ha mencionat abans que el sistema MIR i sobretot la seva prova d'accés estén la seva influència cap al pregrau, ja que condiciona els continguts i mètodes docents i d'estudi, sobretot dels 3 darrers anys. Aquesta influència, viscuda negativament pel professorat universitari, es veu extraordinàriament potenciada pel caràcter selectiu i d'alta competència de la prova d'accés. Quan, com es deia prèviament, l'examen MIR perdi aquestes connotacions, podran establir-se noves línies de coordinació i treball conjunt entre els responsables d'aquestes dues fases del procés formatiu, en una perspectiva d'harmonització i de potenciació mútues. La formació continuada també es veurà influïda de forma important per la introducció de l'estratègia formativa troncal i durant aquesta cal que es produeixin els processos de traspàs de professionals d'una especialitat o àrea de competència específica a una altre.

L'ACCÉS AL SISTEMA MIR (taula II)

Ja s'ha assenyalat en el bloc temàtic anterior que la major part de les crítiques al sistema MIR s'han concentrat en l'examen d'accés. No obstant això, l'examen MIR té una característica positiva fonamental que l'ha dut a sobreviure al llarg dels anys sense haver de sotmetre's a canvis profunds: l'objectivitat. Tots els aspirants han de respondre, simultàniament, un mateix test de preguntes de resposta múltiple els resultats del qual "llegeix" una màquina. Les filtracions del contingut de l'examen han estat pràcticament nul·les i la igualtat d'oportunitats per a obtenir un resultat concret està garantida.

L'accés al sistema MIR consta de dos elements: examen i valoració de mèrits professionals i acadèmics. No vull entrar aquí a descriure amb detall, per ser àmpliament conegudes, les característiques tècniques de l'examen MIR. És suficient dir que consta de 250 preguntes (més 10 de reserva) amb 5 respostes possibles, de les quals només una és correcta.

L'examen MIR té com a finalitat seleccionar els aspirants amb major puntuació per a ocupar les places formatives ofertades. Classifica els candidats i, atès el fort desequilibri entre els examinats i les places, n'elimina la majoria. L'aproximació entre oferta i demanda li donaria un caràcter menys selectiu i més distributiu. La dificultat de superació de l'examen MIR ha dut bastants llicenciats a especialitzar-se en altres països per a sol·licitar posteriorment la revalidació dels seus títols a Espanya.

L'examen MIR sempre ha patit d'una certa indefinició del seu objectiu tècnic principal: es pretén seleccionar el millor llicenciat o el millor candidat a especialista? La prova és igualment vàlida per a totes les especialitats? Aquestes i altres preguntes no tenen, al meu parer, una resposta unívoca i convincent. En parlar de l'avaluació en el sistema MIR s'entrarà segurament en detalls majors sobre els continguts de l'examen. És per això que em limitaré a mencionar que els habituals índexs de fiabilitat, dificultat i discriminació que s'utilitzen per valorar la qualitat d'aquest tipus de proves es troben, en el cas de l'examen MIR, dins els límits acceptables, encara que amb diferències importants entre els diferents blocs de matèries

que l'integren. També existeixen percentatges inacceptablement elevats de preguntes amb defectes de redacció i construcció.

Recentment s'ha publicat un estudi que analitza una altra característica bàsica de l'examen MIR: la pertinença dels seus continguts, pel que fa al fet de si són els que formen el nucli bàsic de l'exercici professional del metge, amb independència de la seva especialitat. D'acord amb els resultats d'aquest estudi un terç de les preguntes no poden ser considerades pertinents[8].

Els resultats obtinguts en la prova d'accés condicionen la vida personal i professional del llicenciat en Medicina. El nombre MIR determina l'especialitat que podrà escollir, així com la ciutat i el centre on podrà formar-se. Aquesta situació és l'origen de conflictes i frustracions importants. Un llicenciat pot sentir-se amb una motivació especial per a la cirurgia general i acabar especialitzant-se en cardiologia com a conseqüència del resultat obtingut en la prova. S'ho juga tot a una carta i aquesta circumstància es veu accentuada per l'estructura "en pinta" del sistema, que obliga a escollir des del primer moment l'especialitat final. En aquestes circumstàncies, la única solució al problema es tornar-se a presentar a l'examen amb l'esperança de poder escollir l'especialitat desitjada.

Una estructuració diferent de l'examen MIR, amb una part bàsica comú i d'aprovació obligatòria per a tots i unes altres de troncals (que podrien ser contestades o no), obriria molt més el ventall de possibilitats d'elecció. En un primer moment, el llicenciat escolliria el tronc formatiu, i postposaria l'elecció de l'especialitat fins a la finalització d'aquest període troncal.

En els darrers anys l'examen MIR s'ha dividit en dos, un d'específic per a l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària, i un altre de general per a les restants especialitats, en el qual s'inclouen també algunes places de Medicina de Família. Aquesta divisió de l'examen, l'origen de la qual cal situar en els conflictes derivats de l'entrada en vigor de la Directiva 86/457 de la Unió Europea i en la necessitat de donar preferència en l'accés als llicenciats després de gener de 1995, està sent font de problemes i de greuges comparatius, en poder obtenir-se plaça formativa amb molta més facilitat (menys punts) en l'examen específic que en el general. És desitjable que aquesta duplicació de l'examen MIR sigui transitòria i que finalitzi un cop s'hagi aconseguit eliminar, almenys en gran part, la "bossa històrica" de llicenciats sense títol d'especialista.

PROCÉS FORMATIU (taula III)

Un cop superat l'examen MIR, la formació cal realitzar-la seguint els objectius, mètodes i continguts dels programes de formació especialitzada aprovats per les comissions nacionals de cada especialitat oficialment reconeguda. Almenys en teoria, tots els centres i serveis acreditats per a la docència d'una especialitat cal que siguin capaços de complir els requisits marcats en cada programa. Però una cosa és la teoria i una altra la pràctica. Les diferències entre diferents centres i serveis, per a un mateix programa, poden ser molt importants. De fet, és una realitat quotidiana l'incompliment parcial dels programes oficials.

TAULA III
La formació en el MIR

Els programes docents
Disseny
Compliment
Les comissions de docència
Els tutors
Les avaluacions

El MIR desenvolupa una doble funció en el centre docent: assistencial (com a treballador) i de formació (com a discent que aprèn juntament amb els tutors). En massa ocasions la primera funció absorbeix o anul·la la segona i transforma el MIR exclusivament en mà d'obra barata. Encara sense posar en dubte la validesa de les bases conceptuals del sistema d'aprenentatge del MIR, és a dir, exercir sota supervisió i amb responsabilització progressiva, hem de reconèixer que la qualitat del procés formatiu dista bastant de ser la requerida en moltes ocasions.

Els programes oficials de moltes especialitats pateixen amb freqüència de defectes significatius. No estan orientats, almenys suficientment, cap a les tasques pròpies de l'especialista i són excessivament normatius, descendint fins al detall en la delimitació dels continguts teòrics, la durada de les rotacions, etc.

Idealment, els programes formatius haurien de delimitar, a més dels aspectes fonamentals relacionats amb objectius de competència i de la duració global, el marc en el qual s'ha desenvolupar l'aprenentatge de l'especialista i ser suficientment flexible per a permetre que en l'àmbit local (Comissió de Docència, Tutor) puguin individualitzar-se, d'acord amb les possibilitats, característiques, necessitats i evolució formativa del discent. Aquesta millor adaptació al medi i a l'alumne redundaria sense cap dubte en l'aprofitament més eficaç de l'irrepetible, i moltes vegades massa curt, espai formatiu.

La normativització excessiva dels programes oficials, en moltes ocasions té el seu origen en les deficiències del que ho dissenya i aprova en l'àmbit central respecte del compliment en l'àmbit local. Aquesta cultura de la desconfiança i de la norma central caldria que fos substituïda per una altra de basada en la potenciació del paper i la capacitat d'iniciativa de les comissions de docència i dels tutors i en la comprovació rigorosa i periòdica del compliment de les condicions d'acreditació dels centres i serveis.

Un altre aspecte que caldria que recollissin els programes són els requisits i els mecanismes per a poder accedir a una especialitat o àrea d'expertesa des d'una altra.

L'absència d'una estratègia formativa troncal, la immersió des de l'inici en l'especialitat corresponent i les diferències observades en la docència pregraduada en determinades matè-

ries han posat de manifest la necessitat de dissenyar programes formatius comuns per al conjunt de les especialitats. A Catalunya, la Xarxa de **Comissions de Docència i Assessores** ha posat en marxa una iniciativa en aquesta línia sota l'epígraf de Programa Comú Complementari, que s'està desenvolupant durant el 1996 i el 1997 en una primera fase pilot. En aquest programa s'inclouen matèries com metodologia, bioestadística, habilitats comunicatives, relació metge-pacient i interprofessional, gestió assistencial i suport vital bàsic[9].

Malgrat l'Ordre Ministerial de juny de 1995[10], en la qual, entre d'altres aspectes, es remodelava i potenciava el paper de les **Comissions de Docència Hospitalàries i Assessores** d'atenció primària, així com el dels tutors, la realitat és que fins a la data actual els avenços aconseguits semblen ser escassos. Freqüentment les comissions de docència i assessores no es reuneixen amb la periodicitat adequada i, a vegades, només ho fan davant de situacions conflictives greus. La figura del tutor continua sense ser delimitada clarament i tampoc no té encara el reconeixement i la compensació adequats. Continua sent necessari revitalitzar les comissions de docència i assessores, i per a aconseguir-ho és imprescindible que els responsables de la gestió dels centres deixin de contemplar la docència com un element perillós per l'equilibri del compte d'explotació del centre i que considerin la necessitat d'injectar alguns recursos (no gaires) en el camp docent. En aquesta perspectiva, és sobretot urgent seleccionar i formar suficientment els tutors perquè puguin desenvolupar de manera eficaç les seves funcions. És necessari canviar l'orientació de les tutories, introduint l'estratègia de l'aprenentatge orientat cap a les expectatives i necessitats del discent, donant-li el protagonisme adequat. Els nostres tutors cal que aprenguin metodologia docent, tècniques de comunicació, bioètica, conducció de reunions i grups, etc. i tot això caldria que formés part de la seva feina habitual. En definitiva, cal fer atractiva personalment i professionalment l'activitat tutorial.

La tutoria activa continua és una estratègia d'actuació que implica per part del tutor el seguiment del procés d'aprenentatge del resident, amb intervencions dirigides a la correcció dels possibles dèficits o de les desviacions que s'hi observin, sempre en sintonia amb les expectatives i suggeriments expressats pel resident.

La coordinació de les comissions de docència i assessores de cada Comunitat Autònoma pot jugar un paper significatiu per a aconseguir potenciar l'activitat docent postgraduada en el sistema sanitari. A Catalunya ja porta funcionant 2 anys la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores, que agrupa tots els hospitals i centres de salut acreditats. Fruit dels seus treballs han estat, entre d'altres, l'edició d'una guia informativa per al futur MIR sobre les característiques dels diferents recursos docents, l'organització de les IV Jornades de les Comissions de Docència i Assessores de Catalunya, la realització d'un estudi preliminar sobre l'acreditació i reacreditació dels tutors i la publicació d'un butlletí informatiu periòdic.

Els aspectes relacionats amb l'avaluació en el procés formatiu seran tractats en altres aportacions. Cal assenyalar aquí que els instruments d'avaluació actuals i, el que és més greu, els futurs, dissenyats des del Consejo Nacional de Especialidades, em semblen inadequats. S'ha optat per a introduir el Libro del Residente amb un disseny incorrecte, el que pot contribuir a burocratitzar el procés avaluador sense propiciar la introducció de les noves tecnologies de valoració de la competència clínica.

L'acreditació dels centres i serveis

Fins avui, l'acreditació inicial dels hospitals i centres de salut es realitza amb base exclusivament documental, sense una comprovació *in situ* de les condicions reals del centre. Les visites de comprovació es duen a terme posteriorment. En termes generals, el sistema centralitzat d'acreditació és rígid i imprecís, i caldria que fos objecte de transformacions en profunditat que passessin per la seva descentralització i per la comprovació inicial sobre el terreny (i després cada 3-5 anys) **del compliment** dels criteris d'acreditació generals i dels concrets de les especialitats. A més, el sistema actual està pensat per a hospitals amb un desenvolupament tecnològic mitjà-alt, el que dificulta l'acreditació d'altres de menor complexitat així com d'altres recursos sanitaris i sociosanitaris.

La formació d'especialistes i la necessitat del sistema

Formem la quantitat d'especialistes que es necessiten? La resposta a aquesta pregunta, a més de difícil, seria quasi sempre negativa per a les diferents especialitats. Planificar prospectivament i amb encert les necessitats de recursos humans del sistema sanitari públic i privat no és, sens dubte, una tasca fàcil, ja que influeixen molts, potser massa, factors. Admesa, la dificultat, també cal reconèixer que en bastants ocasions l'oferta MIR de places formatives de les especialitats obeeix a criteris inconcrets, mal construïts o inconfesablement corporativistes.

En els darrers dos anys, l'entrada en vigor de l'anomenada Directiva de la Unió Europea ha obligat l'administració central a multiplicar per dos el nombre de places ofertades per l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària. Aquesta circumstància, en una situació d'excés global de metges per habitant, originarà la sortida al mercat de treball d'una quantitat d'especialistes que no podrà absorbir fàcilment el sistema. En lloc de tenir llicenciats a l'atur tindrem especialistes sense treball.

Per a corregir aquestes situacions és necessari establir polítiques de recursos humans coordinades entre els ministeris d'educació i sanitat, tal i com s'ha dit prèviament. La potenciació de les especialitats bàsiques o troncals i la flexibilització de les tipificacions i requeriments legals dels llocs de treball del sistema sanitari poden contribuir significativament a can-

viar aquesta situació. En estudi recent sobre el mercat laboral sanitari i les seves repercussions en la formació dels metges conclou que la distribució per edats dels metges espanyols és poc homogènia i pels volts de l'any 2006 caldrà augmentar el nombre de metges de manera lenta, per a evitar variacions brusques en el mercat de treball[11].

Si hagués de resumir en tres paraules clau les perspectives futures del nostre sistema MIR, escolliria les de descentralització, coordinació i flexibilitat. Descentralització efectiva dels seus components, coordinació entre centres i serveis docents i entre les diferents fases del procés formatiu, i flexibilitat per a facilitar la construcció de programes cada cop més individualitzats i que permetin la incorporació de les noves metodologies docents i avaluadores.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Real Decreto 127/84. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Pujol Farriols, R. La calidad profesional y el sistema MIR. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, 1993.
3. Martínez López de Letona J. Enseñanza de la Medicina Rev Clin Esp 1987; 181: 283-384.
4. Real Decreto 2015/78. Presidencia del Gobierno.
5. Hernando Avendaño. La formación del postgrado. En: Segovia de Arana JM, dir. Asistencia Médica y Universidad. Forum Universidad-Empresa. Madrid, 1989; 177-184.
6. Directiva 457/86 del Consejo de Europa.
7. Martín Zurro A. Sobre la especialización de los profesionales médicos. Med Clin (Barc) 1996; 106: 254-257.
8. Pont Barceló F, Ferrer Juliá F, Bohigas Santasusagna L. La prova d'accés a metge intern resident. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Bellaterra, 1996.
9. III Jornada de les Comissions de Docència i Assessores de Catalunya. Barcelona, desembre 1995.
10. Orden Ministerial de 22 de junio de 1995. Ministerio de la Presidencia.
11. González López Valcárcel B, Barber Pérez P, Tocino Viedma MJ, Rodríguez Socorro E. El mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación de médicos. El Médico, 1 de febrero de 1997; 46-60.

ASPECTES POSITIUS I NEGATIUS DEL SISTEMA MIR (1984-97)

El sistema MIR, concebut per a ser la via principal, pràcticament única, per a la formació mèdica especialitzada a Espanya i garantir la seva qualitat, es va convertir en un element de selecció rigorosa, en produir-se un important desequilibri entre la demanda i el nombre de places ofertes. D'altra banda, el disseny centralitzat del procés, deixa poc marge de maniobra als governs autonòmics per a adaptar el sistema a les necessitats de cada comunitat. L'esquema formatiu del sistema MIR segueix un model "en pinta", és a dir, des del principi s'escull l'especialitat la titulació de la qual es desitja obtenir; en canvi, el sistema sanitari demana cada vegada més professionals polivalents, fet pel qual seria necessari dissenyar un model docent troncal, que dotés el futur especialista d'una base formativa àmplia. L'examen d'accés al sistema MIR té, com a aspecte positiu, l'objectivitat; dotat d'uns índexs de fiabilitat, dificultat i discriminació situats dins de límits acceptables, entre els aspectes negatius, destaquen uns percentatges elevats de preguntes amb defectes de redacció i un nombre no menyspreable de preguntes escassament pertinents. Quant al procés formatiu, les diferències entre els diferents centres poden arribar a ser molt importants i incidir en la qualitat de la formació. El sistema actual d'acreditació està dissenyat per a hospitals amb un desenvolupament tecnològic mitjà-alt.

Les perspectives futures dels sistema MIR haurien de passar per la descentralització dels seus components, la coordinació entre els centres i els serveis docents i la flexibilitat per a la construcció de programes més individualitzats.

ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DEL SISTEMA MIR (1984-1997)

El sistema MIR, concebido para ser la vía principal, prácticamente única, para la formación médica especializada en España y garantizar su calidad, se convirtió en un instrumento de selección rigurosa, al producirse un importante desequilibrio entre la demanda y el número de plazas ofertadas. Por otra parte, el diseño centralizado del proceso, deja poco margen de maniobra a los gobiernos autonómicos para adaptar el sistema a las necesidades de cada comunidad. El esquema formativo del sistema MIR sigue un modelo "en peine", es decir, desde el principio se escoge la especialidad cuya titulación se desea obtener; en cambio, el sistema sanitario demanda cada vez más profesionales polivalentes, por lo que sería necesario diseñar un modelo docente troncal, que dotase al futuro especialista de una base formativa amplia. El examen de acceso al sistema MIR tiene, como aspecto positivo, su objetividad; dotado de unos índices de fiabilidad, dificultad y discriminación situados dentro de límites aceptables, entre los aspectos negativos destacan unos porcentajes elevados de preguntas con defectos de redacción y un número no despreciable de preguntas escasamente pertinentes. En cuanto al proceso formativo, las diferencias entre los diferentes centros pueden llegar a ser muy importantes e indicar en la calidad de la formación. El sistema actual de acreditación está diseñado para hospitales con un desarrollo tecnológico medio-alto.

Las perspectivas futuras del sistema MIR tendrían que pasar por la descentralización de sus componentes, la coordinación entre los centros y los servicios docentes y la flexibilidad para la construcción de programas más individualizados.

POSITIVE AND NEGATIVE ASPECTS OF THE SPANISH HOSPITAL RESIDENCY TRAINING SYSTEM "MIR" (1984-1997)

The present hospital residency training system ("MIR"), conceived as the main pathway to medical specialization in Spain and the means of assuring quality training –and which is in fact practically the only training option available– evolved into a rigorous screening tool as the supply of residency positions and the demand for access to them became markedly imbalanced. Centralized administration of the system, meanwhile, allows autonomous regional governments little room to maneuver when adapting to the needs of particular Spanish communities. The MIR training system is a highly linear one, which is to say, residents choose from the start which specialty they wish to be certified for, even while the health care system experiences increasing demand for versatile professionals whose training would require a model that stipulates a common core curriculum giving future practitioners a broad educational base. The MIR access examination has objectivity in its favor, and its ratings for reliability, difficulty and discrimination are within the accepted range. Negative attributes include the test's high proportion of poorly-worded questions and its fair number of items that scarcely seem pertinent. Inter-hospital differences in training processes, meanwhile, can be great, affecting quality. The present system to grant accreditation is aimed at hospitals with medium-to-high levels of technological resources.
In the future, the MIR system should embrace decentralization of components, inter-hospital coordination of resources and faculties, and, finally, the flexibility to allow for more individualized training opportunities.

IMPORTÀNCIA DE L'AVALUACIÓ EN LA FORMACIÓ POSTGRADUADA

Ramon Pujol i Farriols*

Al mes de maig de 1995 l'assemblea de l'OMS va aprovar la resolució 18.8 en la qual s'animava a introduir canvis en la professió mèdica per tal d'adaptars-se a l'entorn actual[1]. Aquests i d'altres fets han comportat modificacions en l'educació mèdica. En els darrers anys han aparegut, a nivell mundial, noves formes d'avaluar les competències professionals dels metges i s'ha passat de la utilització de les proves anomenades de "paper i llapis" a eines més modernes, adreçades a preveure què és el que els metges poden fer o fan realment en la seva pràctica clínica[2]. Aquest fet ha comportat un progrés destacable en el desemvolupament d'instruments més precisos amb aquest objectiu[3].

Al nostre país, i pel que fa a la formació mèdica postgraduada, partim del supòsit que hem de fer esforços per a millorar el sistema MIR aprofitant els aspectes positius i canviant el que acordem que és modificable sense que calgui fer sistemes alternatius.

Abans d'entrar en detall del que ha estat, fins ara, l'avaluació en el sistema MIR hi ha tres conceptes importants que vull esmentar.

1. Cal definir sempre l'ordre en què s'han de desenvolupar les estratègies educatives ("no començar la casa per la teulada"): això vol dir que primer cal definir quin tipus de professionals volem, incloent-hi la quantitat, la seva competència i quin grau d'especialització. És a dir, en una lògica successió de fets, primer s'ha de PLANIFICAR. Recordem, per exemple, com encara estem pagant l'excés de llicenciats en Medicina dels anys 70, per un defecte de planificació.

Després caldrà acordar com posar al dia els sistemes d'avaluació de les seves qualitats d'acord amb el que prèviament hem definit, i entenent l'avaluació com un element facilitador i d'anàlisi d'assoliment d'objectius formatius. Per tant el segon pas és: AVALUAR.

Després, i un cop decidits els dos punts previs, haurem de donar la formació adequada, emfasitzant l'aprenentatge més que l'ensenyament. O sigui, el tercer pas és: FORMAR-APRENDRE.

Seguint aquest esquema el sistema MIR seria més raonable.

2. Cal demostrar que l'avaluació no és un càstig: les persones interessades en l'educació mèdica hem de fer un esforç per a convèncer en el nostre àmbit que, tal i com passa en altres cultures[4], fer una avaluació no és fer un examen que castiga indefectiblement a qui no obté l'èxit. Hem d'implementar mesures concretes que premiin els qui superen les avaluacions, ofereixin solucions correctives per a les deficiències i en tots els casos portin implícits elements formatius en si mateixes.

3. No s'ha de menysprear el poder estratègic de les avaluacions: les avaluacions modifiquen amb major eficàcia els sistemes educatius, per que estimulen la capacitat d'adaptació dels avaluats i canvien la realitat molt més que les modificacions en els objectius o en els programes de formació[5,6]. Diu George Miller[7]: "els programes i plans de formació defineixen el que s'ha d'ensenyar, mentre que les avaluacions dicten el que cal aprendre".

Les diferents avaluacions que s'han aplicat en el sistema MIR cal dividir-les en tres períodes ben diferenciats: 1) l'entrada al sistema (examen MIR); 2) l'avaluació del procés formatiu (el que els anglosaxons en diuen *in training*), i 3) l'avaluació del producte final.

L'AVALUACIÓ FINS AVUI

L'examen MIR

De la mateixa manera que quasi ningú no posa en dubte la validesa del sistema MIR com a programa de formació d'especialistes, les crítiques se centren en l'examen d'accés[8,9]. Des del seu inici, l'any 1976-77, l'examen MIR ha consistit en un llarg qüestionari de respostes múltiples amb cinc solucions possibles entre els quals només n'hi ha una de correcta. Des de la convocatòria 82-83, les característiques de la prova es mantenen molt similars, recordem que consta de 250 preguntes en què les respostes errades compten negativament. El resultat de l'examen és el 75% de la puntuació total de cada candidat, l'altre 25% és el currículum acadèmic.

Recentment, i en equilibrar-se el nombre de places de formació postgraduada amb el nombre de llicenciats en Medicina, es comporta com una prova distributiva més i ha perdut part de la imatge d'obstacle insalvable.

S'ha realitzat estudis específics pel que fa a l'examen, que aporten elements crítics força interesants[10,11,12,13]. Els que s'han fet des del mateix sistema reconeixen que els responsables opten per a explorar solament el coneixement, tot i que accepten la necessitat d'explorar altres aspectes de la competència clínica, però no es veuen capaços de fer-ho amb uns 18.000 candidats annuals als quals, per sobre de tot, cal garantir la igualtat d'oportunitats i la netedat dels resultats. De fet, el

*President de la Comissió de Medicina i Especialitats Relacionades del CCECS.

tipus de prova, de respostes d'elecció múltiple, conegut col·loquialment com a examen tipus test, té com a gran avantatge l'objectivitat, la igualtat d'oportunitats i la facilitat en l'administració i la correcció, per això ha tingut gran implantació en els darrers 15-20 anys. Però també ha tingut detractors que consideren que es tracta d'una eina que produeix confusió en els que la preparen, perque creuen que en la pràctica real sempre hi ha una resposta correcta i, en conseqüència, són poc realistes i deficients des del punt de vista pedagògic[14]. L'anàlisi més completa que s'ha fet de l'examen, basada en l'opinió d'experts i que ha estat recentment publicada[12], mostra que, quan s'analitza l'examen MIR preguntant-se si és pertinent com a explorador del que és necessari per a l'exercici de la professió mèdica, els resultats són deficitaris i aquest fet és d'importància cabdal per a un col·lectiu de metges joves que es veuen influenciats en la seva formació pregraduada per la necessitat de preparar una prova molt concreta.

En definitiva, l'examen MIR ha fet unes funcions inqüestionables, però, a hores d'ara, roman ancorat en el passat[15] i, per tant, caldrà cercar fórmules imaginatives que el complementin en el futur.

L'avaluació "in training"

La millor manera de mesurar si un metge resident va assolint progresivament els objectius formatius prefixats és que el responsable de la seva formació, o sigui el seu tutor, constati fins a quin punt es produeix aquest fet.

La manera d'implementar l'avaluació en aquesta fase està ben especificada en la normativa vigent, i es concreta en l'anomenat llibre de l'especialista en formació[16], on s'han de recollir totes les contingències que van passant durant la formació. La base d'aquest mètode són les conegudes com a escales globals d'avaluació[17] que, amb algunes diferències, s'utilitzen a molts llocs des de fa anys. Tot i així, la validesa i fiabilitat de les avaluacions s'han qüestionat sovint[18,19] i la crítica fonamental es basa en la manca d'objectivitat en les qualificacions atorgades pels tutors, que mostren una tendència excessivament proteccionista del resident, per la qual cosa tots "són molt bons". És cert que algunes comisions de docència han creat els seus propis instruments, basats en la normativa general però adaptada al propi centre. En aquest sentit, la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (CSUB) i la Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Barcelona han estat capdavanteres.

Tot i així, en una anàlisi feta l'any 1995, en la qual es comparaven els resultats obtinguts en una prova objectiva d'avaluació realitzada en el col·lectiu de residents en el moment d'iniciar el seu període de postgrau amb l'avaluació de responsables docents, no van haver-hi concordàncies. Aquest fet indica, d'una banda, el baix nivell de rigorositat amb què s'avalua i, de l'altra, els diferents aspectes que mesuren ambdós mètodes[20].

En qualsevol cas, la millora del sistema d'avaluació *in training* ha de plantejarse els factors necessaris per a aconseguir l'eficàcia. Els més destacables són[13,21]: a) entendre nítidament el propòsit de l'avaluació; b) Analitzar els progressos del metge resident, tant pel que fa als seus coneixements com a les seves habilitats i actituds, amb especial èmfasi en la consecució dels objectius clarament especificats en el seu programa docent i al desenvolupament de capacitats per al treball en equip, per a l'autoaprenentatge, la docència i la recerca; c) cercar mètodes adequats d'avaluació de la competència clínica que mesurin els progressos assolits; d) oferta de mesures de correcció en aquells aspectes en els quals es detectin dèficits, i e) detecció de problemes estructurals i organitzatius del centre i dels seus professionals en relació amb els programes docents, i suport institucional per a corregir-los.

En definitiva, la deficiéncia més important que té l'avaluació en aquest període és la subjectivitat i la manca d'homogeneïtat.

L'avaluació final

Es considera que no existeix des que l'any 1983 va ser rebutjada, després de les pressions exercides pels mateixos MIR[22]. A hores d'ara, és un tràmit administratiu i no discriminatori que simplement atorga la qualificació d'APTE per a poder obtenir el títol d'especialista. Els casos de no aptes han estat molt pocs en els 20 anys llargs de la història del MIR.

La situació és diferent en altres països. Així als E.U.A. i al Canadà[23,24], per exemple, cal superar algun tipus de prova per a obtenir la titulació. En alguns casos, és de caràcter obligatori i en altres, voluntari però amb una important participació. Tot i així, les institucions docents en aquests països manifesten la necessitat d'anar adaptant l'avaluació i la formació a les necessitats canviants de la societat a la qual serveixen[25] i es tracta, doncs, d'un procés dinàmic.

Cal recordar aquí que una de les activitats que va tenint progressivament més acceptació a casa nostra és la realització de diversos cursos de doctorat per part dels residents, per tal d'obtenir els crèdits necessaris per a la suficiència investigadora, que els permet poder optar al grau de doctor mitjançant l'aprovació de la seva tesi doctoral. Doncs bé, el alguns centres com ara el nostre (CSUB) i d'acord amb el Departament de la Facultat de Medicina, s'ha acordat que la Comissió de Docència de la Institució vetllaria pel correcte desenvolupament d'aquesta activitat i, també, per a recorrir els criteris d'avaluació amb un intent d'anar cap a una qualificació i homogeneització d'aquestes avaluacions.

En aquesta fase de la formació postgraduada, l'avaluació veiem, doncs, que encara està per fer.

MIRANT CAP AL FUTUR

Els eixos pels quals ha de transcórrer la millora del sistema MIR han de ser la estructura troncal, la flexibilitat i l'avaluació[26].

En relació a l'examen MIR

El que caldrà que assoleixi el futur examen MIR és[15]:
a) Una influència positiva, o almenys no negativa, sobre el procés d'aprenentatge previ. D'aquesta manera l'estudiant percebrà que no tan sols se li avaluarà la seva capacitat memorística.
b) Una detecció dels rendiments futurs no sols quantitatius sinó també orientatius en les àrees més adequades en funció de les apetències i de les fortaleses i debilitats detectades.
c) Un diagnòstic sobre aspectes que han de ser especialment treballats, ja sigui dels coneixements o de determinades habilitats i actituds.
I tot això s'haurà d'aconseguir sense modificar els aspectes que fins ara s'han jutjat com a positius, és a dir, instrument fiable, objectiu i que garanteixi la igualtat d'oportunitats.
A part de les millores en el format i els continguts de les preguntes d'elecció múltiple, dels quals tenim excel·lents anàlisis[11], caldrà cercar els medis necessaris per a poder implementar alguna prova que explori en globalitat la competència clínica. De les que es poden trobar en educació mèdica, hem provat amb resultats esperançadors l'ús de pacients simulats en pre i postgrau[27], i una prova tipus Avaluació Clínica Objectiva Estructurada (ACOE)[28], que en fase de prova pilot s'ha mostrat útil.
La forma de vèncer dificultats logístiques seria mitjançant la descentralització del sistema MIR, petició ja formulada en l'àmbit polític[29].
Més difícil resulta introduir elements de selecció complementaris a la prova, com han sol·licitat alguns responsables docents[24,30]. Si es considerés aquesta possibilitat, caldria assegurar que aquestes mesures no distorsionarien la planificació en la formació d'especialistes, d'una banda, i que l'objectivitat com fins ara, de l'altra.

En relació amb l'avaluació del procés *(in training)*

Un cop els residents han entrat en la formació postgraduada, les institucions han de garantir a la societat que, com diu McGuire,[31] "donaran la formació i l'entrenament necessaris perquè siguin capaços d'exercir en el sistema sanitari afrontant adequadament els problemes de salut de la població". En altres paraules, que facilitaran la seva competència clínica. Perquè això sigui possible no s'ha d'interpretar l'avaluació com un tràmit burocràtic sinó como un procés actiu, continu i facilitador.
Els elements que han de ser cabdals en aquest procés han de ser els tutors docents, que han de tenir motivació, formació i compromís per a aconseguir les fites definides. Fins fa poc, les funcions i el desenvolupament de les tasques dels tutors en el nostre medi no han estat prou recolzades ni per les institucions ni pels propis residents, potser perquè no s'ha valorat suficientment la importància del seu paper. El cert és que a vegades el nomenament d'un tutor s'ha fet per raons ben diferents a la seva capacitació o interès.
En els darrers anys es van introduint a casa nostra els conceptes més avançats del que significa aquest càrrec[32], i això ha d edonar com a resultat una millora de l'avaluació.
Tot i que les funcions dels tutors millorin, afavorides per la seva formació específica, caldrà fer algun tipus d'avaluació objectiva periòdica que substitueixi les escales globals d'avaluació. Una finalitat clara és homogeneïtzar els criteris a emprar. Cal avançar en aquest punt per a escollir quines poden ser les millors eines d'entre les moltes de què disposem[33]. No s'ha d'oblidar que en un sistema madur cal anar introduint el concepte de l'autoavaluació, que pot ser ajudada per comentaris de col·legues o tutors però que ha de ser un element motivador per als residents[21].
És obvi que l'avaluació en aquesta fase no ha de ser unidireccional i per tant la fórmula més atractiva és la que s'ha denominat "en triangle", en la qual el resident, el tutor i el servei acreditat s'avaluen mútuament.

L'avaluació final

Aquí s'ha d'extremar la imaginació per a trobar una fórmula que satisfaci els educadors, que veuen imprescindible fer una avaluació del producte final i, a l'hora, demostrar la utilitat que ha de tenir per als avaluats.
És evident que en la mesura que l'avaluació *in training* millori, l'avaluació final s'ha de complementar amb l'anterior, el que contribuirà a que no sigui vista com "un altre examen" sinó com el que són els *boards* americans: eines de progrés i prestigi professional. A més, tot i que la unificació a la Comunitat Europea és lenta, ja comencen a existir iniciatives d'acreditació de centres i d'especialistes[35].
Tots els objectius que esmentava en el capítol anterior, en els quals es feia referència a més de a la mesura de la qualitat de l'individu a altres valors, com la informació i comparació de centres docents o la definició d'estàndards, només podran ser assolits mitjançant una proba homogènia final.
Si l'anàlisi és correcta, caldrà arribar a un consens entre totes les institucions implicades en l'educació mèdica, per tal d'afavorir la creació d'una agència d'avaluació que, posseïdora del saber fer, assessori i, si cal, presti els seus serveis professionals a les institucions que li encarregin tasques.
Això permetrà anar caminant cap a sistemes d'avaluació més avançats, similars als d'altres països amb més experiència[2]. Crec que anem indefectiblement en aquesta direcció.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Boelen CH. Doctors for health. A WHO strategy for changing medical education and medical practice for health for all. Conferència. Universitat Pompeu Fabra, 1996.
2. Dale Dauphinee W. Assesing clinical performance. Where to we stand and what might we expect? JAMA 1995; 274: 741-743

3. Pujol Farriols R. Análisis comparativo de la calidad del ejercicio médico profesional entre médicos formados y no formados mediante el sistema MIR. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, 1993; 62-74.
4. Brailowsky CA, Grand'Maison P, Lescop J. Residency directors' prediction of candidates' performances on a licensing examination. Acad Med 1995; 70: 410-414.
5. Harden RM. Assessment in Medical Education. Conferència Facultat de Medicina. Barcelona, 1994.
6. Stillman P. Workshop on management policies and procedures for the ECFMG clinical skills assessment program as applied to ECFMG certification and the proposed ECFMG international standards. Barcelona. Institut d'Estudis de la Salut, 1994.
7. Miller GE. Conference summary. Acad Med 1993; 68: 471-478.
8. Rozman Bostnar C. Reflexions sobre l'ensenyament de la Medicina. Reial Acadèmia de Medicina. Barcelona, 1990.
9. Sánchez M. La oposición más difícil. El País, Madrid, 18 de desembre de 1990.
10. Escanero Marcén JF, Gutiérrez Molorte J, Mataix González R, Ramírez-Díaz-Bernardo J, Sánchez Chamorro E. Pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación de médicos especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
11. Pont Barceló E, Ferrer Juliá F, Bohigas Santasusagna LL. La prova d'accés a metge intern i resident. Pertinència i capacitats explorades envers l'exercici de la professió mèdica. Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.
12. Vergeles Blanca JM. Formación posgraduada vía MIR. Med Clin (Barc) 1996; 107: 479.
13. Gómez Sáez JM, Agulló Lucia F. L'avaluació en el postgrau. El sistema MIR, en l'avaluació de la formació postgraduada. Monografies de l'ACEM. Associació Catalana d'Educació Mèdica, 1994; 25-42.
14. Rywlin AM. Multiple choice examination. A disaster for medical education. Am J Dermatopathol 1985; 7: 393-395.
15. Oriol Bosch A. L'examen MIR. Consideracions al voltant del procés d'avaluació. Pensaments des de l'IES. 1995; 127-132.
16. Ministerio de la Presidencia. 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. Madrid: BOE 30 de junio de 1995; 155: 19796.
17. Streiner DL. Global rating scales. Assessing clinical competence. Springer New York, 1985; 119-141.
18. Sobrino Montalbán JA, Picornell Darder I, Escanero Marcen J, Riñón Aguilar C, García Puche JL, Rodríguez Salvador JJ et al. Evaluación. Jornadas sobre Comisiones Locales de Docencia. Valencia, diciembre 1992.
19. III Jornada de les Comisions de Docència i Assessores. Barcelona, 15 de desembre de 1995.
20. Vadillo M... Presentació a Maastricht 1996.
21. Maudsley RF. Effective in-training evaluation. Medical Teacher 1989; 11: 285-290.
22. Ortiz Vázquez J. La formación en Medicina Interna ayer, hoy y mañana. An Med Intern (Madr) 1989; 6: 323-330.
23. Glassock RJ, Benson JA, Copeland R, Godwin HA, Johanson WG, Point W et al. Time-limited certification and recertification: the program of the American Board of Internal Medicine. Ann Intern Med 1981; 114: 59-62.
24. Grand'Maison P, Lescop J, Rainsberry P, Brailowski CA. Large scale use of an objective, structured clinical examination for licensing family physicians. Can Med Assoc J 1992; 146: 1.735 1.740.
25. Marshall J. Assessment during postgraduate training. Acad Med 1993; 68: S23-S26.
26. Vilardell Tarrés M, Pujol Farriols R. Conclusions de la Jornada de formació postgraduada. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 1996.
27. Gómez Sáez JM, Pujol R, Borrell F, Roma J, Blay C, Martínez-Carretero JM et al. The assessment of clinical skills of the Catalan medical students and residents. J Med Educ (en prensa).
28. Pujol R, Nogueras A, Vilardell M, Blay C, Roma J, Martínez Carretero JM. Development of the catalan OSCE for internal medicine. 7th Ottawa conference. Maastricht, June 1996.
29. Conferencia de sol·licitud de transferència del MIR. Congrés de l'AMEE. Saragossa.
30. Fernández Llamazares J, Julián JF, Hidalgo F, García F, Moreno P, Vega JL et al. Encuesta a residentes MIR sobre su satisfacción tras obtener una plaza hospitalaria. Med Clin (Barc) 1997; 109: 615 618.
31. McGuire LB. Just beyond the next bend in the river: reflections on a medical career. Ann Intern Med 1991; 114: 83-87.
32. Randol Barker L. Papel del tutor en el proceso de formación posgraduada. III Jornades de la Xarxa de Comissions de Docència. Barcelona, desembre de 1995.
33. Pujols Farrions R. Avaluació de la competència clínica. La competència clínica en l'exercici de la Medicina. Rev Reial Acad Med Catalunya 1995; 10: 17 33.
34. Fornells JM. Document preparatiu de les II Jornades de les Comissions de Docència. IES. Barcelona, 1995.
35. Speciality Section in Nephrology. UEMS. Programme for harmonization of training in nephrology in the European Union. Nephrol Dial Transplant 1996; 11: 1.657-1.660.

IMPORTÀNCIA DE L'AVALUACIÓ EN LA FORMACIÓ POSTGRADUADA

Les estratègies educatives han de seguir un ordre: planificar, avaluar i formar-aprendre, entesa l'avaluació com a un element facilitador i d'anàlisi de l'abast dels objectius formatius. S'ha de demostrar que l'avaluació no és un càstig, sinó que comporta un immillorable mecanisme per a detectar deficiències formatives, amb la finalitat de procedir a solucionar-les. Seguint a Miller: "els programes i plans de formació defineixen el que s'ha d'ensenyar, mentre que les avaluacions dicten el que s'ha d'aprendre". Les diferents avaluacions aplicades en el sistema MIR inclouen: l'entrada al sistema (examen MIR, insuficient com a eina exploradora del que és necessari per a l'exercici de la professió mèdica), l'avaluació del procés formatiu (subjectiva i poc homogènia) i la valoració final (no es duu a terme des de 1983). La millora del sistema MIR ha de passar per la troncalitat, la flexibilitat i l'avaluació, entesa aquesta última com a eina de progrés i de prestigi professional. S'hauria d'afavorir la creació d'una agència independent d'avaluació que assessori i presti els seus serveis a les institucions responsables de la formació.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN EN LA FORMACIÓN POSGRADUADA

Las estrategias educativas han de seguir un orden: planificar, evaluar y forma-aprender, entendiendo la evaluación como un elemento facilitador y de análisis del alcance de los objetivos formativos. Debe demostrarse que la evaluación no es un castigo, sino que supone un inmejorable mecanismo para detectar deficiencias formativas, con el final de proceder a subsanarlas. Siguiendo a Miller: "los programas y planes de formación definen lo que se ha de enseñar, mientras que las evaluaciones dictan lo que debe aprenderse". Las diferentes evaluaciones aplicadas en el sistema MIR incluyen: la entrada al sistema (examen MIR, insuficiente como herramienta exploradora de lo que es necesario para el ejercicio de la profesión médica), la evaluación del proceso formativo (subjetiva y poco homogé-

nea) y la valoración final (no existe de 1983). La mejora del sistema MIR ha de pasar por la troncalidad, la flexibilidad y la evaluación, entendida esta última como herramienta de progreso y de prestigio profesional. Debería favorecerse la creación de una agencia independiente de evaluación que asesore y preste sus servicios a las instituciones responsables de la formación.

THE IMPORTANCE OF EVALUATION IN POSTGRADUATE TRAINING

Educational strategies must follow an order involving planning, evaluation, and teaching-learning, with evaluation understood to be an element that facilitates objectives and analyzes whether they have been met. Evaluation must be shown to be not a punishment, but rather an invaluable means of detecting educational deficiencies so that steps might be taken to correct them. This description follows Miller, who states that "educational curricula and training programs define what must be taught, while evaluation dictates what must be learned." The various evaluation processes applied within the "MIR" hospital residency training system include the entrance test (the "MIR exam", an instrument inadequate for exploring what is required for professional practice of medicine), training process evaluations (which are subjective and poorly standardized), and the final evaluation (eliminated in 1983). Improvements in the MMIR system must include provision of a core curriculum, flexibility and evaluation –the last aspect understood as a tool for progress and professional prestige. An independent evaluating agency should be created to serve institutions responsible for training.

EL SISTEMA MIR: LA NECESSITAT D'ADAPTAR-LO A LA CONSTITUCIÓ ESPANYOLA

A. Oriol i Bosch

El model mèdic ha estat dominant en l'àmbit sanitari a causa del seu èxit tècnic i social. Altres professions sanitàries tendeixen a assimilar-se al model mèdic sense fer una anàlisi crítica adequada a causa de la força d'atracció que aquest model representa. Cal, doncs, considerar i avaluar acuradament el model mèdic per a millorar-lo i per no magnificar les seves mancances en estendre'l a les altres professions sanitàries.

CONCEPTES I CRITERIS GENERALS

Avui dia està plenament reconegut, en l'àmbit internacional, que la titulació universitària (llicenciatura en Medicina i Cirurgia en el nostre cas) no capacita per a l'exercici professional independent i amb plena responsabilitat. Això és així, no en funció de mancances del sistema de formació universitària, sinó perque l'esmentada formació no pot tenir per objectiu l'assoliment d'aquesta finalitat. La llicenciatura universitària ha d'habilitar exclusivament per a l'exercici professional supervisat o per a l'aprofundiment en els estudis universitaris de tercer cicle, independentment del grau de qualitat acadèmica del centre formador (Facultat de Medicina).

La formació postgraduada té, doncs, dues branques ben diferenciades que cal reconèixer com a tals de bell antuvi, que excepcionalment poden seguir-se simultàniament, però que cal no confondre en cap cas. D'una banda, els estudis reglats universitaris de postgrau -màsters i doctorats , dirigits bàsicament a l'aprofundiment de coneixements envers la docència i/o la recerca. D'altra banda, la formació especialitzada, que va orientada a l'assoliment de les competències professionals necessàries per l'exercici independent i la responsabilitat individualitzada.

Ambdues vies es caracteritzen perquè, en acabar-les, hi ha un títol oficial (doctor o títol d'especialista) que confereix drets tipificats normativament. Aquest fet els diferencia de la Formació Continuada, procés educatiu permanent dirigit al manteniment i/o l'actualització de les competéncies professionals, en el marc mateix en que es prudueix sense fi i, per tant, sense cap nova titulació que confereixi drets nous al professional.

Si ens concentrem en la via de les especialitats, una mena de formació professional postuniversitària, és evident que en els darrers anys n'ha canviat la naturalesa. Aquesta mena de formació de postgrau s'ha generalitzat íntegrament fins al punt que s'ha fet necessària per a la totalitat dels àmbits professionals, és a dir, que a més dels originalment reconeguts com a especialistes, també ho és per als àmbits originalment considerats generalistes. Per tant, la seva designació com a formació d'especialistes indueix a males interpretacions i en puresa hauria d'adquirir una denominació que reflectís més acuradament la realitat tal com: "formació professional postgraduada (FPP)".

TENDÈNCIES

La FPP va iniciar-se per a garantir la competència dels especialistes en àmbits concrets que exigien coneixements i habilitats no exigibles als "generalistes", però en els darrers anys hem vist que s'ha reconegut la necessitat d'aquest nivell formatiu a tots els àmbits d'actuació de la medicina, incloent els generalistes, ja que la formació de pregrau per si mateixa no pot donar la garantia que mereix l'usuari dels serveis sanitaris. Al mateix temps, atès que els serveis d'atenció sanitària, en el procés d'augment de la complexitat tecnològica, cada vegada feien ús d'un ventall de professionals més variat -a més dels metges i de la infermeria-, les administracions responsables de garantir la provisió de serveis de qualitat van començar a exigir als altres titulats universitaris els mateixos requisits que als metges, de tal manera que, tot i amb retard, s'ha anat ampliant el ventall de la FPP als farmacèutics i a altres titulacions universitàries (biòlegs, químics, físics, psicòlegs clínics, etc.) que participen en el procés d'atenció a la salut.

La infermeria, professió pluripotencial que fa vint anys que ha assolit el reconeixement de nivell universitari, va més endarrerida en aquest procés evolutiu, però ja ha començat al nostre país amb una branca fruit de la seqüenciació de la vella professió de llevadores com a "especialitat d'infermeria". El procés previsiblement continuarà guiat per l'èxit del model mèdic.

Aquest fenomen progressiu té grans implicacions per al sistema sanitari, la seva organització futura, la seva gestió i els seus costos, sense esmentar la qualitat i diversitat de serveis, que anirà millorant i diversificant.

Al mateix temps, cal considerar com a altament previsible que altres titulats universitaris que juguen progressivament papers reconeguts per al bon funcionament dels serveis entraran un dia o altre en el ventall de FPP que la societat exigirà. És previsible que juristes sanitaris, economistes de la salut, bioètics de múltiples titulacions d'origen, enginyers sanitaris, educadors sanitaris, etc., vagin sent incorporats a mesura que la qualitat dels seus serveis sigui exigible/exigida per la societat. Aquest àmbit originàriament mèdic està previ-

siblement abocat a ser tan multidisciplinari com la realitat mateixa exigeix al sector de la salut.
No es tracta, doncs, de futurologies remotes, sinó de reconèixer la direcció evolutiva i els valors que sustenten el desenvolupament d'un sector tan cabdal socialment com el de la SALUT.

L'EVOLUCIÓ DE LA FPP A ESPANYA

Es pot trobar al *Diario de Sesiones del Senado (IV Legislatura. Comissions núm. 190, de 30 de juny 1992)* i en la comparexença del *Director General de Recursos Humans i Organització del Ministeri de Sanitat i Concum* davant de la *Comissió de Sanitat i Seguretat Social* una revisió històrica de com ha anat evolucionant històricament el sistema de formació d'especialistes. És una història recent la darrera fase que s'inicia amb el RD 127/1984, que deixa irreversiblement consolidat el model residencial de formació retribuïda de dedicació exclusiva vinculada a institucions assistencials (hospitals) acreditades per la docència de postgrau, mitjançant un contracte temporal de formació (figura específica de contracte laboral).
D'aquesta manera, el nostre país és un dels primers d'Europa d'incorporar amb adaptacions al nostre sistema, el model de formació d'especialistes dels EUA, amb variants específiques de l'estructura administrativa i el tarannà polític que el diferencien en els procediments emprats del model original (sistema centralitzat i rígid en el nostre cas envers la flexibilitat i diversificació d'un sistema descentralitzat com l'americà).

CARACTERÍSTIQUES I APORTACIONS DEL MODEL FPP

Amb la consolidació del model MIR, pràcticament desapareixen les altres vies alternatives que s'havien anat desenvolupant principalment des de l'àmbit universitari (Escoles d'Especialitats).
El model es basa en l'aprenentatge actiu: aprendre tot fent sota supervisió. Aquesta activitat es porta a terme, amb caràcter exclusiu i remunerat, en centres acreditats, que despleguen programes d'activitats definits en els seus continguts mínims i sota la tutela de la institució, que ha de definir l'òrgan responsable (Comissió de Docència) i el responsable en cada unitat per qual passen els MIR en formació, que s'ha de responsabilitzar del seu rendiment anual.
El sistema està muntat de manera que fomenta el principi d'igualtat d'oportunitats en tot el territori per als candidats a la FPP.
El model definit és de "pinta", és a dir, cada especialitat té un trajecte definit de principi a final i, per les característiques del procesiment d'adjudicació de places, és rígid, ja que no hi ha possibilitat de canvis de trajecte formatiu entre especialitats.
El model és de trajecte únic per cada especialitat, de duració variable segons les diferents especialitats, entre 3 i 5 anys en funció de com han estat definides, però sense possibilitat d'adaptació individual (en el temps previst, tothom ha d'haver fet tot el previst, el que significa que tothom ha hagut d'aprendre a fer tot el que ha fet sense diferències individuals ni de centres formatius).
L'aportació del sistema MIR al sistema sanitari ha estat indubtablement positiva, ja que ha aportat unes generacions de professionals de qualitat notable que han permès un desplegament diversificat de serveis assistencials notables i l'apropament d'aquests serveis assistencials a l'usuari.
Pel que fa al sistema educatiu, el sistema de FPP ha obert els hospitals a la docència no tan sols de postgrau/continuada, sinó també en molts casos a la de pregrau.

ADAPTACIÓ I MILLORA DEL MODEL DE FPP

Tot i que el sistema FPP ha demostrat la seva utilitat, no hi ha dubte que en el decurs dels vint anys en què ha funcionat, ha mostrat unes *mancances* que són millorables, unes *rigideses* que són corregibles i una *necessitat d'adaptació* a la realitat actual i a les perspectives de futur.
Sense pressuposar cap mena de prioritat, assenyalarem alguns aspectes que entenem com a elements limitatius que demanen ser corregits.
a) És un sistema amb control d'entrada rígid, control de procés insuficient i nul·la avaluació de producte.
b) El sistema d'acreditació és condicionat per elements bàsicament estructurals que afavoreixen la superespecialització del *sector terciari*.
c) El sistema de selecció és inadequat i té efectes indesitjables sobre la formació de pregrau.
d) El sistema d'oferta de places no respon a criteris de planificació de les necessitats del sistema.
e) El model és de nivell únic i inflexible i no dóna resposta adequada a la variabilitat individual i de necessitats del sistema.
f) Les estructures de govern del sistema han consolidat postures gremials que dificulten –fins ara impossibiliten– l'evolució i millora del sistema. A més, no se les ha sabut dotar de recursos tècnics per a una gestió eficaç.
g) El model MIR definit l'any 1997 no ha anat evolucionant en el desplegament constitucinal de l'Estat de les Autonomies i no reconeix la realitat político-administrativa del 50% del territori de l'Estat, amb transferències tan sanitàries com educatives.

PROPOSTES

En funció de la necessitat d'adaptar i millorar la FPP, tot ampliant-ne l'àmbit professional, es considera que ha arribat el moment per a iniciar una estratègia per a sotmetre el sistema actual a tres tipus de millores:
a) Estructurals: els òrgans de govern del sistema han de reconèixer l'estat de desenvolupament de la Constitució de l'Estat i adaptar-se a la realitat autonòmica.

TAULA I
Distribució de competències: sistema MIR

Funcions	Administració central	Administracions autonòmiques
Planificació	Criteris generals i coordinació	Criteris específics
Acreditació	Criteris generals	Supervisió/control
Accés	Criteris generals i coordinació	Aplicació
Implementació	Criteris generals	Supervisió/control
Avaluació	Criteris generals	Implementació
Titulació	Emissió	Proposta

b) Conceptuals: el model actual en "pinta" ha de modificar-se per un model troncal.

En relació amb el model de govern de l'actual sistema, postulem que hi hagi la redistribució de funcions entre els òrgans de l'Estat Central i el Perifèric (Comunitats Autònomes), tal com s'esquematitza a la taula I. D'altra banda i d'acord amb la nostra interpretació de la realitat política acutal i la que desitgem, en el marc de la Constitució de 1978, proposem més endavant una reestructuració del "Consejo Nacional de Especialidaes" i de les "Comisiones Nacionales" de cada especialitat com a lloc de trobada dels representants corresponents dels Consells Autonòmics d'Especialitats (fig. 1).

A Catalunya ja existeix el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut des de 1992 i les seves Comissions d'Especialitats des de 1993. En aquests anys, el Consell i les seves comissions han anat creant una aproximació conceptual tant a la nostra realitat i les seves mancances com al desitjable i possible. Dos del Consell s'han engegat o promogut alguns estudis que s'esmenten més endavant.

El primer que ens cal és estar convençuts que podem, perquè volem, canviar el sistema present, de caire preconstitucional, per a adaptar-lo a la legalitat constitucional i a la realitat política i social actual del nostre país. És per això que creiem convenient formular-nos i respondre les 10 preguntes següents:

1) Podem gestionar el sistema MIR autònomament?

Els serveis assistencials a Catalunya estan desplegats de manera completa sense "buits" o mancances evidents. És un sistema complet que tot i ser millorable és bàsicament autosuficient. El sistema sanitari de la resta de l'Estat, tot i ser de major volum, no aporta elements nous que no tinguem a Catalunya i, per tant, es pot dir que no tenim necessitats que ens puguin resoldre a la resta de l'Estat.

Aquesta situació permet concebre l'ús docent del sistema assistencial per a la formació de postgrau com a adequat per a donar resposta a les nostres necessitats quantitatives i qualitatives i, per tant, capaç d'actuar autònomament de la resta.

Aquest principi no implica que es postuli la conveniència de defensar un sistema «hermètic» i «insolidari». L'hermetisme no és bo perquè genera endogàmies i pèrdues d'horitzons, però entenem que una gestió autònoma del sistema MIR ens permetria obrir-nos, cosa impossible ara, no tan sols a la resta de l'Estat, sinó a Europa i a la resta del món occidental en busca de l'excel·lència i de facilitar la transferència tecnològica.

L'obertura a la resta de l'Estat es justificarà més pel principi de «solidaritat», en actuar com a element de suport al desenvolu

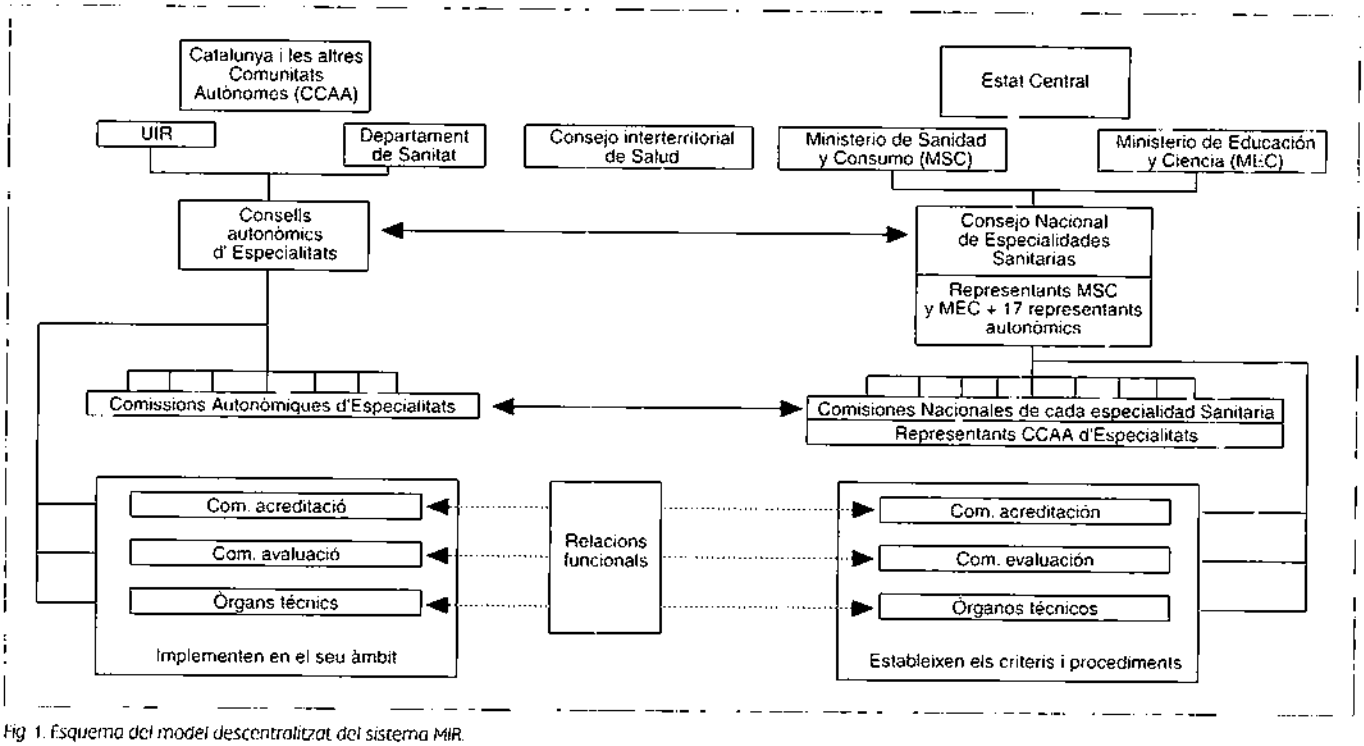

Fig. 1. Esquema del model descentralitzat del sistema MIR.

pament de comunitats autònomes amb mancances estructurals o tècniques. Però fer-ho des d'un sistema controlat autonòmicament ens permetria decidir pel que fa a l'optimació dels recursos esmerçats en aquest objectiu.
Conclusió: El procés del sistema MIR és possible tècnicament i desitjable políticament.

2) Es trenca la unitat de l'Estat en descentralitzar el sistema MIR?
En el procés lent de desplegar les competències autonòmiques, Catalunya va rebre les competències plenes del sistema sanitari a finals de l'any 81 i les d'ensenyament, incloent les universitats, a finals del 84, però el sector en què interactuaven ambdós sectors (formació postgraduada d'especialitats) no s'ha volgut transferir.
La transferència de les funcions sanitàries i d'ensenyament amb més de 15 anys d'experiència acumulada per Catalunya i estesa a altres comunitats autònomes, fins ara, no ha evidencait que s'hagi posat en perill l'Estat. Per què un element que involucra dos sectors transferits no es pot adaptar a la constitució? Què té de particular el sistema MIR que no en permet la transferència i l'adaptació a la constitució, sense posar en perill la pròpia existència de l'Estat Espanyol? Potser no es tracta d'això i és senzillament una qüestió d'efectivitat i d'economia d'escala. O potser és un problema d'unitat de mercat o de lluita contra la corrupció! Cap excusa aguanta una anàlisi mínimament crítica, ja que la transferència de les universitats, institucions seculars que mouen més recursos i afecten més persones, no ha plantejat qüestions d'efectivitat, economies d'escala, unitats de mercat o corrupteles "provincials". Es tracta d'una concepció política i d'interessos de la maquinària tècnicoadministrativa central, que es resisteix a cedir funcions amb excuses de mal pagador.

3) Estem contents amb l'actual sistema MIR?
Cal reconèixer que la implantació de la formació de postgrau d'especialistes, conegut com a sistema MIR, ha constituït la reforma educativa amb més èxit de les implantades en els darrers 50 anys. També cal reconèixer que, per raons molt explicables, ara es troba en perill i es fa necessari defensar el sistema MIR. No obstant això, és necessari reconèixer que exigeix una anàlisi crítica que ens porti a adaptar-lo en base a dos principis: reconèixer en què és millorable i acceptar que la situació al país ara és francament diferent de la de l'any 1977, quan va néixer oficialment, a partir de l'experiència del "Seminario de Hospitales con Programas de docencia".

4) Creiem millorable el sistema MIR?
Si considerem els defectes actuals del sistema MIR haurem de concloure que és possible actuar a fi de corregir aquests defectes per a millorar-lo, tot adaptant-lo a les possibilitats actuals i donar resposta a les necessitats futures.

5) Quines competències del programa MIR podrien ser traspassades?
Excepte l'emissió del títols d'especialista i la normativa bàsica que defineix el funcionament del sistema, tota la resta pot ser transferida a les comunitats autònomes.
1. Programes de formació: un cop definits els objectius de formació "nuclears" i els criteris mínims, cada comunitat autònoma hauria d'establir de la manrea que fos més escaient els programes de formació, per a assolir-los satisfactòriament.
2. Acreditació: establerts els criteris mínims d'acreditació de centres i programes, cada comunitat autònoma hauria de fer-se responsable no tan sols que els mínims siguin assolits sinó també que es busquin els màxims possibles.
3. Planificació: cada comunitat autònoma ha d'intentar cobrir, a través d'una oferta de places suficient les seves necessitats. La coordinació central ha d'actuar com a òrgan de suport solidari interterritorial per a garantir que no es produeixin mancances evitables en algunes especialitats.
4. Selecció: l'examen MIR, un cop establerts criteris consensuats, pot administrar-se per comunitat autónoma, d'igual manera que són els districtes universitaris o les comunitats autónomes les que fan les proves d'admissió a la universitat, sense que això impliqui problemes al país.
5. Avaluació: atès que el sistema actual no és avaluat, la responsabilització de les comunitats autònomes facilitaria l'establiment de procediments per a obtenir coneixements de com s'està portant a terme el programa i quin és l'assoliment dels objectius previstos.

6) Com podria estructurar-se un sistema MIR descentralitzat?
En la figura 1 es proposa un esquema de model descentralitzat. Els organismes centrals tindrien naturalesa "interterritorial" en tant que les comunistats autònomes amb traspassos de competències tindrien els òrgans tècnics i gestors del sistema. Per consens s'establirien els criteris i els estàndards generals i de procediments. Els òrgans tècnics (Consells Autonòmics d'Especialitats) i els gestors contribuirien a l'establiment consensuat i a la gestió dels processos.

7) És possible gestionar l'examen MIR descentralitzadament?
No tan sols és possible, tal como es fa en l'examen d'admissió a les universitats, sinó desitjable, ja que difícilment cap de les comunitats autònomes que accepti les transferències mantindrà insuficiències tècniques durant tants anys com ho ha fet l'administració central sense intentar posar-hi cura.
D'altra banda, si hi ha una de les comunitats autònomes que posi els recursos tecnològics per a fer-se càrrec de l'administració d'un examen fiable rellevant, reproduïble, just i practicable, els altres li podrien "comprar" els serveis, si ho volguessin.

8) Estem preparats a Catalunya per acceptar aquestes transferències?
A Catalunya s'han donat passos importants en espera que arribin les decisions polítiques sobre el MIR.

L'any 1992 el Servei Català de la Salut va crear la Comissió de Formació Postgraduada dels Professionals Sanitaris (CFP/SCS), i el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Comissionat per a Universitats i Recerca van crear el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS), que treballen tant en les qüestions del dia a dia com programant de cara al futur.
L'Institut d'Estudis de la Salut ha posat en marxa tres estudis en col·laboració amb diferents institucions de: prospecció de necessitats qualitatives de futur; definició de les competències clíniques de les professions i les seves especialitats, i rellevància de l'examen MIR actual.
Des de l'IES s'està treballant en la transferència de tecnologies d'avaluació de competències professionals des dels EUA i Canadà, amb la col·laboració d'organitzacions de reconegut prestigi com l'Educational Council for Foreign Medical Graduates i la National Board of Medical Examiners, sobre l'ús de simulacions (malalts estandarditzats i simulacions amb ordinadors) i el disseny d'exàmens convencionals capaços d'explorar funcions superiors a la simple memorització de dades.

9) De què disposem per a gestionar el MIR-CAT?
A més de la CFP/SCS i del CCECS, estem construint una xarxa d'experts en avaluació de competènncies, amb diverses Societats Científiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, i comencem a desplegar des de l'IES una estratègia de reforçament de les Comissions de Docència dels Hospitals Acreditats per a la Formació MIR. Això vol dir en termes quantitatius que mobilitzem, a través de l'IES, uns 300 experts líders en els seus camps professionals que assesoren o treballen de manera voluntària per a donar suport als projectes de la Generalitat.

10) Què ens fa falta per a poder gestionar el MIR-CAT?
A més de la col·laboració de diferents unitats administratives i tècniques del Departament de Sanitat, el Servei Català de la Salut i l'IES, caldria crear i dotar mínimanent una estructura de gestió del programa MIR-CAT, que si bé pot no ser gaire gran, sí que ha de tenir la capacitat de convocatòria dels experts del sistema que fins ara ha exercit l'IES. Per a la gestió d'un sistema d'avalució capaç d'administrar l'examen MIR i l'avaluació del procés i els productes del sistema, aquesta unitat ha de tenir, a més, una capacitat informàtica i tècnica suficient.
La creació d'aquesta unitat, fora o dins de l'Administració, és una qüestió que mereix una anàlisi acurada i congruent amb el model d'administració pública i de responsabilització de la societat civil que vulguem assolir.

Conclusions

La nostra postura és que, a finals del segle XX i per a afrontar el futur amb probabilitats d'èxit, ens cal un esforç per a reclamar i aconseguir jugar un protagonisme en la millora del sistema de Formació Professional Postgraduada per a les professions sanitàries.

EL SISTEMA MIR: LA NECESSITAT D'ADAPTAR-LO A LA CONSTITUCIÓ ESPANYOLA

És un fet acceptat que la titulació universitària (llicenciatura en Medicina i Cirurgia, en el nostre cas) no capacita per a l'exercici professional. La formació especialitzada s'orienta, doncs, a l'adquisició de les competències professionals necessàries per a l'exercici independent i la responsabilitat individualitzada. Aquesta formació professional postgraduada ha estat representada a Espanya, en els últims 20 anys, pel model MIR, basat en l'aprenentatge actiu i, encara que ha demostrat la seva utilitat, mostra unes deficiències que s'haurien de corregir, entre les quals destaquen les següents: control d'entrada rigid, control insuficient del procés, nul·la avaluació del producte; l'oferta de places no respon a les necessitats del sistema; no reconeix la realitat politicoadministrativa del 50% del territori de l'estat, amb transferències tant sanitàries com educatives a les institucions autonòmiques. Es proposen tres tipus de millora: a) estructurals (els òrgans de govern del sistema han de reconèixer el desenvolupament de la constitució de l'estat i adaptar-se a la realitat autonòmica); b) conceptuals (substitució del model "en pinta" per un altre de troncalitats i nivells de generalistes i subespecialistes), i c) tècniques (millores en l'examen MIR i en els processos d'acreditació i avaluació, que flexibilitzen els circuits i descentralitzen les decisions).

EL SISTEMA MIR: LA NECESIDAD DE ADAPTARLO A LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Es un hecho aceptado que la titulación universitaria (licenciatura en Medicina y Cirugía, en nuestro caso) no capacita para el ejercicio profesional. La formación especializada se orienta, pues, a la adquisición de las competencias profesionales necesarias para el ejercicio independiente y la responsabilidad individualizada. Esta formación profesional postgraduada ha estado representada en España, en los últimos 20 años, por el modelo MIR, basado en el aprendizaje activo y aunque ha demostrado su utilidad, muestra unas deficiencias que deberían corregirse; entre éstas destacan las siguientes: control de entrada rígido, insuficiente control del proceso, nula evaluación del producto; la oferta de plazas no responde a las necesidades del sistema; no reconoce la realidad politicoadministrativa del 50% del territorio del estado, con transferencias tanto sanitarias como educativas a las instituciones autonómicas. Se proponen tres tipos de mejoras: a) estructurales (los órganos de gobierno del sistema han de reconocer el desarrollo de la constitución del estado y adaptarse a la reali-

dad autonómica); b) conceptuales (sustitución del modelo "en peine" por otro con troncalidades y niveles de generalistas y subespecialistas), y c) técnicas (mejoras en el examen MIR y en los procesos de acreditación y evaluación, flexibilizando los circuitos y descentralizando las decisiones).

THE HOSPITAL MEDICAL TRAINING SYSTEM "MIR": THE NEED TO ADAPT IT TO THE SPANISH CONSTITUTION

That a university degree (in our case one in Medicine and Surgery) does not prepare a graduate for professional practice is a well-established fact. The aim of specialized training, therefore, is to allow candidates to acquire the professional competencies needed for unsupervised practice and individual responsibility. Such postgraduate professional training has been provided in Spain over the past 20 years through the "MIR" model, based on practical learning. Although the MIR's usefulness has been demonstrated, it nevertheless has flaws to be corrected, among which the following are outstanding: inflexibility in controlling access, along with inadequate monitoring of processes and lack of evaluation of the final product; a supply of residency positions that does not meet system needs; failure to take into account the political and administrative context of half of Spanish territories, in which powers over both health and education have been transferred to autonomous governing bodies. Three types of improvements are proposed: a) structural ones (institutions must apply the Spanish constitution by adapting to the reality of autonomous government); b) conceptual ones (substitution of the highly linear model of narrow specialty training for another that specifies a common core curriculum and levels of generalization and subspecialization); and c) technical ones (improvements in the screening test and in processes of accreditation and evaluation, making administrative procedures more flexible and decentralizing decision-making).

Necrològica

JOSEP M. SÉCULI I BRILLAS (1917-1998)

El dia 11 del proppassat mes de març es va produir el traspàs del molt il·lustre Acadèmic Numerari d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Dr. Josep M. Séculi i Brillas, després d'una llarga i penosa malaltia. Tenia 81 anys i deixava enrera una vida plena, marcada per l'amor als seus, per una integritat i honestedat exemplar, i a l'ensms un academicisme i professionalitat dignes d'elogi. Malgrat que ja fa mesos que el nostre estimat company ens va deixar, la seva presència continua viva entre nosaltres, i molt particularment per al qui us adreça aquestes paraules.

Vaig conèixer a qui després seria un gran company i més bon amic, un dia grisós de l'any 1964 a Brusel·les, on jo començava la meva vida professional. Han passat els anys des d'aquell dia boirós del 1964, però l'espuma de la seva amistat, que nasqué aquell dia, va perdurar i es va engrandir amb el passar dels anys, fins a convertir-se en l'amistat sincera i serena dels darrers anys.

És per aquestes raons que vull agrair al Excm. Sr. President i a la Junta Directiva d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina la distinció de què m'han fet objecte, en suggerir el meu nom per a glosar la figura del nostre estimat company, tasca fàcil, difícil trista a la vegada. Fàcil perquè han estat moltes les qualitats de la seva persona, tant humanes com acadèmiques, i no serà difícil resaltar-les. Difícil perquè m'assalta el temor de no saber-ho fer prou bé per a fer-li justícia. I trista, perquè recordar vol dir reviure, i reviure el record del seu traspàs és sentir el dolor de la seva pèrdua una altra vegada.

El Dr. Josep M. Séculi i Brillas havia nascut a Gavà, l'any 1917, en el si d'una família benestant, provinent del Baix Empordà. Amb escassament divuit anys, ingressà a l'Escola Superior de Veterinària de Saragossa, i en sortí amb un reguitzell de matrícules d'honor i notes excel·lents, que reflectien la seva innata vocació i capacitat intel·lectual. Poc després, en reconvertir-se les Escoles Superiors en Facultats Universitàries, revalidà la seva titulació i posteriorment es doctorà en Veterinària.

Al mateix temps que arrodonia la seva formació acadèmica amb diversos cursos d'especialització, ingressà per oposició al prestigiós Cos Nacional de Veterinaris del Ministeri d'Agricultura i, poc després, també per concurs-oposició, en el Cos de Veterinaris Titulars del Ministeri de Governació. No satisfet amb els seus avenços professionals, contribuí a endegar activitats d'índole industrial farmacèutica, veterinària, etc. Va contribuir a crear el Departament de Veterinària de la Societat General de Farmàcia. Després participà en la creació dels Laboratoris Rocador-Doria i posteriorment fou anomenat Director Tècnic de Productes Neosan de Terapèutica Veterinària. Més tard, contribueix a crear els Laboratoris Unisol, especialitzat en sèrums i vacunes i, ja darrerament, participà com a Conseller Tècnic en els Laboratoris Tura, S.A. No sols en el món farmacèutic va ésser evident la seva activitat creadora, sinó que, mogut pel seu interés en la producció i l'alimentació animal de l'època, va contribuir en la creació de l'empresa "Pinsos Compostos Rosell", amb fàbriques a Manresa i Banyoles.

El 1946 fou escollit membre de la Junta del Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona, per a acabar essent elegit President de l'esmentada corporació el 1954 i reelegit per votació els anys 1956, 1962, 1966 i 1971. Van ser un total de 23 anys com a President del Col·legi de Veterinaris de Barcelona, certament una fita digne de menció!

Durant molts anys, el Dr. Séculi fou el màxim responsable de la sanitat pecuària a Barcelona, primer com a Sots-Cap del Servei Provincial de Ramaderia, després com a Inspector Veterinaria de Duanes del Port i Aeroport de Barcelona i, finalment, com a Inspector de Sanitat Exterior del Ministeri de Governació. Darrerament, el 1975, fou nomenat Inspector Regional de Sanitat Animal, càrrec que va ocupar fins a la seva jubilació, l'any 1985.

En rellegir la seva vida, no se'ns fa estrany que la seva personalitat transcendís fàcilment els límits de la veterinària. L'any 1958 ingressa com a Acadèmic Numerari a la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya i, posteriorment, l'any 1970, ho fa, tanmateix, com a Acadèmic Numerari, en aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, de la qual ja era Acadèmic Corresponent. El seu discurs d'ingrés és contestar pel qui seria després i per sempre un dels seus amics més estimats i respectats de l'Acadèmia, el Dr. Belarmino Rodríguez Arias, qui el defineix com un dels valors més complets dela ciència veterinària del moment. Pocs anys més tard, el 1976 ingressà com a Acadèmic Corresponent a l'Acadèmia de Ciències Veterinàries de València i, posteriorment, el 1978, ho fa, ja com a Acadèmic Numerari, a la Reial Acadèmia de Veterinària de Madrid.

Em consta que el Dr. Séculi serà recordat en el si d'aquest Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, en la qual va col·laborar i participar activament durant els seus 28 anys de pertinença. Ja des de poc després del seu ingrés, fou designat per

a ocupar càrrecs de la Junta Directiva, en la qual bé com a Vocal o cóm a Tresorer intervingué activament durant diversos anys. Aquests darrers anys va ocupar el càrrec de tresorer, des de l'any 1992 fins al 1997, data en què renuncià al càrrec per raons de salut.

El seu do de donarse als companys el mogué a promoure i a ajudar-me, conjuntament amb d'altres companys, a portar a terme una intensa campanya per a recolzar l'establiment de la tan desitjada Facultat de Veterinària de Catalunya. Gràcies al seu esforç, juntament amb el d'altres companys que també hi contribuiren, la nostra Facultat de Veterinària fou creada per Real Decret el 1982. La Facultat ha donat darrerament el seu nom a la Sala de Graus de l'esmentada corporació, en record del seu esforç i col·laboració.

Era tanmateix evident que un home amb tanta vitalitat no n'hauria de tenir prou amb les activitats descrites fins ara. Seguint el fil de la seva vida era evident que havia de voler projectar el seu saber d'altres maneres, particularment en lletra escrita, i així ens ho demostren tant les seves nombrosíssimes conferències (se n'hi coneixen més de 200) com les seves publicacions, entre les quals es compten diversos llibres, i entre els qual voldria destacar la seva darrera participació, conjuntament amb el Dr. J. Corbella, en l'edició de la "Nòmina Academicorum, 1977-1995" d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina.

A més de les activitats descrites, la seva trajectòria professional va merèixer el ple reconeixement de la nostra societat, que el va voler distingir amb un gran nombre de distincions puntuals, reconeixedores d'activitats desplegades en la nostra societat. Premis i medalles de diferents denominacions, que han reflectit la seva destacada personalitat, que ja fou resenyada en la Gran Enciclopèdia Catalana, des de la seva primera edició en el 1979.

Des d'aquesta tribuna, des d'aquesta Reial Acadèmia que ell tan respectava, volem dir-li adéu una altra vegada. Volem dir-li que el seu acord perdurarà en tots nosaltres, fins que ens tornem a trobar, lliures ja d'aquesta càrrega feixuga que és el cos humá i que ells tan durament va haver de suportar en els seus darrers dies.

Descansi en pau i rebin els seus familiars i amics el més respectuós condol.

Francesc Puchal i Mas

JOAN GIBERT I QUERALTÓ (1917-1998)

El dia 20 d'octubre de l'any actual va morir, als 90 anys d'edat, el Dr. Joan Gibert i Queraltó, Catedràtic de Patologia Mèdica i famós internista cardiòleg del nostre país.

Representa per a mi un privilegi, al mateix temps que un tristíssim deure, evocar la vida i l'obra del que va ser el meu mestre i va possibilitar que tota la meva vida professional es desenvolupés a Barcelona.

El Dr. Joan Gibert i Queraltó va néixer a la ciutat de Terrassa l'any 1907. Va iniciar la carrera de Medicina l'any 1927, que va acabar en quatre anys.

La seva formació al costat del seu mestre, el Professor Pedro Pons, en la Càtedra del qual va dirigir el Dispensari de Cardiologia, va despertar el seu desig d'arribar a catedràtic i a aconseguir aquesta aspiració va dedicar tot el seu esforç. En aquest sentit, va decidir ampliar els seus estudis a l'estranger i es va traslladar a París, becat per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, per a completar la seva formacióal costat del prestigiós cardiòleg Lian, i després, becat pel Ministeri d'Instrucció Pública, es va dirigir a Viena, on va treballar amb Scherf, Eppinger i Rothberger.

El 1940 va presentar la seva tesi doctoral a Madrid, la qual va rebre la qualificació d'excel·lent.

El 1943, als 36 anys d'edat, va guanyar tres brillants oposicions la Càtedra de Patologia i Clínica Mèdica de Saragossa, i un any després es va traslladar a Barcelona per a ocupar la vacant produïda per la mort del Professor Francisco Ferrer Solervicens, que va ocupar fins a al seva jubilació l'any 1978. Quan es va fer càrrec de la Càtedra de Barcelona, va dedicar tot el seu esforça a planificar i estimular el desenvolupament de la Medicina interna. Va crear dispensaris de les diverses especialitats mèdiques en què es van formar i desenvolupar professionals de màxim nivell, si bé d'acord amb la seva formació, especialment cardiològica, va dedicar una atenció preferent al desenvolupament de la cardiologia.

En aquelles dates (dècada dels 40), la investigació cardiològica pràcticament no existia a Espanya, i el Professor Gibert va crear un grup de cardiòlegs joves, amb una nova mentalitat hemodinàmica amb: Torner Soler, Balaguer Vintró, Morató Portell, Gregorich Servat, Carrasco Azemar (radiòleg) i Paravisini (cirurgià).

Sota la seva direcció, aquest equip va començar a utilitzar el cateterisme cardíac el 1949 i, després de pocs mesos, va aconseguir cateteritzar les cavitats esquerres cardíaques per via arterial retrògrada, fet que els va permetre d'enregistrar l'electrocardiograma intracavitari esquerre, i demostrar, per primera vegada en el món, que donava positiu en un pacient amb bloqueig de branca esquerra. Aquesta troballa es va presentar en el Primer Congrés Internacional de Cardiologia, celebrat a París l'any 1950. Aquest i d'altres treballs van ser la base perquè Gibert Queraltó aconseguís del ministeri la creació l'Escola de Cardiologia de Barcelona, segons C. M. Del 25-1-1952.

Entre 1954 i 1972, l'Escola va concedir 196 diplones de l'especialitat i molts d'aquests especialistes, avui dia, són figures destacades de la cardiologia espanyola i d'Amèrica Llatina. Aquesta escola, sense gairebé recursos, va ser la que va iniciar i promocionar el desenvolupament de la moderna cardiologia a Espanya.

La producció científica i escrita del Dr. Gibert és extraordinària. Ha publicat més de 250 treballs en revistes nacionals i estrangeres, i diversos llibres d'entre els quals cal destacar la seva *Monografia sobre la hipertensió arterial*, que és el segon volum del *Tractat de Patologia Mèdica* dirigit pel Professor Pedro Pons.

Va ser un assidu assistent a reunions i congressos nacionals i internacionals de Medicina interna i especialment als de cardiologia, on participava activament tant com a ponent com presentant comunicacions. D'aquesta manera, va obrir les portes dels centres més prestigiosos de l'estranger als seus col·laboradors i va contribuir a elevar el prestigi de la cardiologia espanyola.

El 1956 durant la celebració del III Congrés Europeu de Cardiologia a Estocolm, va sofrir un gravíssim accident de trànsit que el va mantenir apartat durant diversos mesos de la vida activa, a la qual es va reintegrar amb el mateix entusiasme i dedicació que tenia abans de l'accident.

Conseqüència d'aquesta tasca fecunda i tenaç és que fos nomenat membre corresponent o d'honor de moltes societats naconals i estrangeres, especialment les de cardiologia, i que formés part del consell de Redacció de nombroses revistes com l'"American Heart Journal", "Cardiologia" i "Malaltie Cardio-

vascular". Com a premi a tan intensa tasca, va rebre una llarga llista de distincions i condecoracions.

El 1961 va ingressar com a Membre Numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, amb el seu discurs sobre "El component metabòlic de la insuficiència cardíaca", que va ser contestat pel seu mestre, el Professor Pedro Pons.

El 1991 va ingressar com a Acadèmic Numerari de la Reial Acadèmia Nacional de Medicina, amb el discurs sobre "La capacitat funcional de l'individu sa pseudocardiòpata i del cardiòpata total o parcialment recuperat". El va contestar l'Acadèmic Numerari Dr. Domingo Espinós Pérez.

Com a Acadèmic va complir sempre amb les obligacions i deures estatutaris. Fins i tot últimament, amb les facultats físiques ja molt mermades, acudia puntualment a totes les sessions.

Finalment, és digne de tenir en compte la seva dedicació a la família. Adela, la seva esposa, que va morir fa uns anys va ser una entusiasta i intel·ligent col·laboradora en la vida professional del seu espòs.

Amb la seva mort, la Reial Acadèmica de Medicina ha perdut un valuós acadèmic i la Medicina un excel·lent internista-cardiòleg que va impulsar i promocionar el desenvolupament de la Cardiologia Catalana i de la resta d'Espanya.

Descansi en pau i rebin els seus fills i familiars el sentit condol de la nostra Corporació i el meu propi amb l'admiració i respecte al que fou el meu mestre.

Joaquim Tornos i Solano

Vida Acadèmica

Previsió d'activitats.
Primer semestre de 1999.

Inauguració de curs. Lliçó inaugural: Dr. Domingo Ruano Gil: "Unidad y plasticidad de la forma humana" (31 de gener).

Ingrés d'acadèmics corresponents (16 de febrer).

Acte commemoratiu del tercer centenari del naixement de Pere Virgili, amb la col·laboració de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, la Fundació Pere Virgili i la Fundació Uriach 1838 (16 de març).

Col·loqui "El futur de la cirurgia" coordinat pel Dr. Josep M. Dexeus (20 d'abril).

Ingrés d'acadèmics corresponents (18 de maig).

Col·loqui: "La contaminación del medi i el risc per a la salut", coordinat pel Dr. Jacint Corbella (15 de juny).

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Calalunya

Membres Honorifics de la Fundació

Almirall Prodesfarma S.A.
Col.legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Uriach 1838
Grup Ferrer Internacional S.A.
Grup Novartis a Espanya
Laboratorios Menarini S.A.
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.
Química Farmacéutica Bayer S.A.

Protectors de la Fundació

Grup Bristol Myers Squibb
Laboratoris Astra
Laboratoris Fardi S.A
Sanofi Winthrop S.A.