

# 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'avanguardia 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<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>. 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.

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<sup>4</sup> 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<sup>5</sup> (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-

\**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)*

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 problemes 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 diferents 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

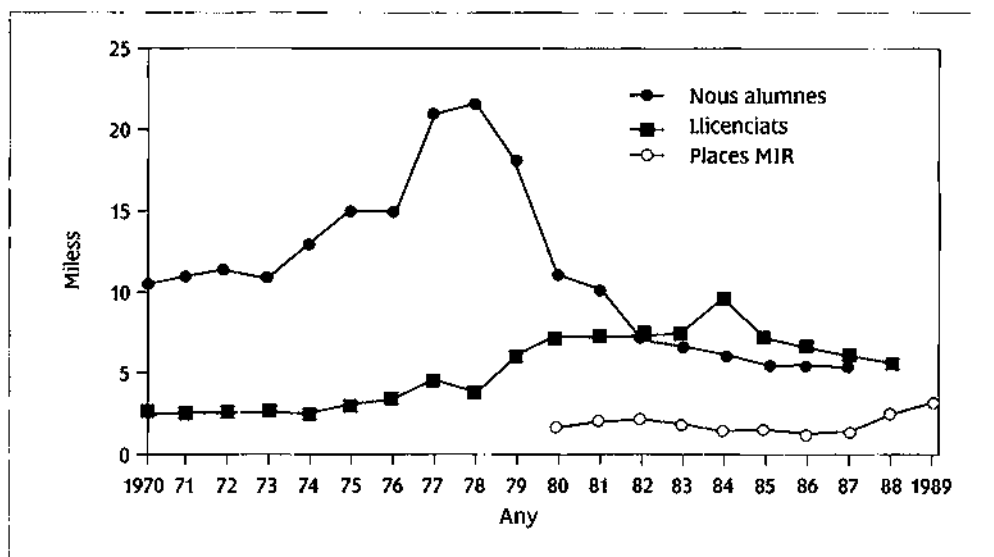


Fig. 1. Evolució del nombre de nous alumnes, de llicenciats i de places MIR

**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 pintura" 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, 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 influida 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 ofertes. 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 pretèn 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 pertinència 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<sup>4</sup>.

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 pintura" 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 troncal (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 al-

**TAULA III**  
**La formació en el MIR**

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

tra 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.

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 Assessoras** 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<sup>9</sup>.

Malgrat l'Ordre Ministerial de juny de 1995<sup>10</sup>, en la qual, entre d'altres aspectes, es remodelava i potenciava el paper de les **Comissions de Docència Hospitalàries i Assessoras** 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 déficits 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 Assessoras, 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 Assessoras 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 inadeguats. S'ha optat per a introduir el Libro del Residente amb un disseny incorrecte, el que pot contribuir a burocratitzar el procés avaluator 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 socio-sanitaris.

### 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 troncales 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<sup>11</sup>.

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 Fariols, 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: 283-284.
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 452/86 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 E, Ferrer Julià 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 Varcárcel 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 pintura", 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 via 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 incidir 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 expe-

riences 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.