

a debat

JCM: D'aquesta manera, però, el que no té el títol no té ni l'opció de poder sol·licitar un lloc de treball. Que es prengui el barem que el que té el títol MIR tingui una puntuació i que el que no el té, en tingui una altra. S'ha de fer una cosa estructurada, i a partir d'aquí que s'analitzi cada especialitat cas per cas, però que hi hagi l'opció. Ara com ara aquesta opció no existeix. Aquest és el problema.

JMC: Si una persona no té el títol, hi ha dos aspectes. Un és la formació, ja que en principi la garantia és per la que té el títol. De l'altra banda, hi ha l'aspecte legal, jurídic. Si ara contracto un especialista en



"Cal trobar una solució per als MESTO".

Dr. Joan Carles Martín

cirurgia general que no té el títol, quan operi jo en seré el responsable. Si aquesta persona té algun problema de tipus legal hauré de respondre'n jo. En aquesta situació, és claríssima l'opció d'agafar algú amb títol. Una altra cosa és que dintre del Servei de Cirurgia General hi hagi una persona que no té el títol, però que jo sàpiga que està ben formada. Aleshores sí que puc respondre per ella.

JCM: El problema és que aquesta persona no podrà estar contractada en un altre centre perquè no hi seràs tu que el coneixes i que en pots respondre.

IC: Referent a la llei per donar el títol a especialistes que no han fet el MIR, jo sé que hi ha molta gent que no l'ha fet, el MIR, que ha estat uns anys en un Hospital, que penso que està ben formada i que segurament mereix el títol. Però si ara a tothom que ha fet quatre anys en qualsevol centre públic o privat, com diu la llei, i que després hagi fet x hores de formació en un curset se li dona el mateix títol que a una altra persona que ha fet el MIR, no ho veig just. Sé que s'ha de donar una sortida, però ha de ser una sortida molt objectiva i valorar moltes coses.

JCM: I jo sóc el primer d'anar en contra que es doni el títol a una persona no qualificada.

FN: He intentat fer un esquema per intentar lligar tots els temes: accés, formació, avaluació, competència final, i tots conflueixen en el mercat laboral. Tots

estariem d'acord que si hi hagués feina per a tothom probablement gran part d'aquest problema no existiria.

Com s'ha de portar a la pràctica un programa de formació MIR perquè sigui un bon programa. De què depèn?

JMI: Fonamentalment dels formadors i dels que es formen. El sistema és vàlid, però és rígid, poc flexible i poc representatiu de les necessitats actuals. Hi ha molts aspectes de la medicina, per exemple el vessant epidemiològic, que no està contemplat dins els programes de formació. S'han d'adequar els programes a les necessitats canviants.

JMC: En primer lloc, la predisposició de la persona que va a fer una especialitat ha de ser bona. Després el centre i els formadors han de col·laborar i ajudar. I finalment, s'han de tenir els mitjans per poder donar aquesta formació.

IC: Estic d'acord que és molt important la motivació que tingui el Resident, l'autoformació. Però també ho és el programa de formació que hi hagi. El programa que tenim ara és bo, encara que una mica antiquat, però si no hi ha una comissió de docència adequada i unes persones que es preocupin perquè això es porti a la pràctica, és com si no existís. Un altre tema és



"La formació ha de ser adequada i l'avaluació, homogenia".

Dra. Imma Cañas

la pressió assistencial en un hospital com aquest, que fa que els residents tinguem prou feina amb el dia a dia i no ens queda temps per estudiar ni per publicar.

FN: En aquest país hi ha prop de 200 centres en els quals es dona formació per especialitats mèdiques. Hi ha uns mínims que s'han de complir, uns mínims generosos, però és molt difícil que la formació que es fa en els diferents centres sigui homogenia. Quan un internista surt d'un hospital comarcal aquí a Catalunya, jo penso que des del punt de vista de la pràctica clínica diària surt més ben preparat que un metge que surti d'un hospital de tercer nivell. Això és la cara de la moneda, i la creu és que el Resident de l'hospital comarcal ja adquireix una càrrega de responsabilitat assistencial molt gran, cosa que no ha de ser així.

JMI: Aquí entra el conflicte assistencial/docència. Un hospital que es vol dir



"El problema és que la selectivitat es fa al final de la carrera".

Dr. Josep M. Campos

docent ha d'entendre que ha de solucionar el problema de la pressió assistencial a part dels Residents.

FN: I això crea una paradoxa, que és la següent: per poder accedir a un lloc de treball, fins ara, es tenia en compte el currículum, tenien molt valor les publicacions, la tesi doctoral i les beques d'investigació, quan en realitat el lloc de treball del metge no és aquest, sinó que és veure malalts. Com demostra un metge format en un hospital comarcal, amb una competència clínica contrastada, la seva vàlua per damunt dels metges que sobre el paper tenen més publicacions? La resposta la tindrem d'aquí a uns mesos, amb el sistema d'avaluació de la competència clínica que s'està elaborant. I ara podem passar al tema de l'avaluació. Ara com ara, no existeix una avaluació real, pel fet d'entrar a fer el MIR ja tens el títol. S'està parlant d'imposar un sistema d'avaluació continuada, semblant al que es duu a terme al Quebec (Canadà), amb molt bons resultats.

Podríem parlar de competència.

FN: El Dr. Ramon Pujol, a la seva tesi doctoral, va comparar la competència clínica entre un grup de metges que l'any 1982 es van presentar a l'examen MIR i el van aprovar, i un altre grup que no havent tret el MIR van fer un altre tipus de formació i estaven treballant com a especialistes. El resultat va ser que la competència global dels metges que van accedir al sistema MIR va ser superior als que no hi van accedir. On va haver-hi més diferències a favor dels MIR va ser en la resolució de casos, en la valoració del currículum i en la prescripció farmacèutica. Els aspectes en què els grups eren més similars van ser la motivació personal i la satisfacció professional.

JMC: Em crida l'atenció la satisfacció professional. Potser que la societat comenci a pensar com valora aquests professionals.

FN: El mercat laboral modula tots els problemes dels quals estem parlant. Com a metges, el que ens ha de preocupar és la competència clínica.

JMC: Però la satisfacció professional és important, perquè si un metge no està en bones condicions ●●● (Continua a la p. 6)