



3<sup>R</sup> CONGRÉS  
DE LA PROFESSION  
MÈDICA DE  
CATALUNYA  
GIRONA · 10 NOVEMBRE 2016

PONÈNCIA

**La formació del metge del futur.  
Instruments de garantia**

**Coordinació:** Antoni Trilla i Ferran Cordón

**Redactors:**

Roser Anglès

Albert Balaguer

Magda Bundó

Albert Casasa

Antoni Castro

Josep M. Cots

Josep M. Nicolás

Anna Olivé

Anna Pedro

Francesca Pons

Ramon Pujol

Lluís Ramió

Eulàlia Ruiz

Joan San

Rosa Soler

Miquel Torres

Irene Venganzones

## ÍNDEX

|   |         |
|---|---------|
| Resum executiu de la ponència   | pàg. 1  |
| La formació dels metges: L'ensenyament de la Medicina a Catalunya   | pàg. 1  |
| La formació sanitària especialitzada (MIR-FSE)  | pàg. 2  |
| Formació mèdica continuada i garanties professionals: Processos de re-certificació o acreditació professional dels metges en exercici | pàg. 3  |
| La formació dels metges: L'ensenyament de la Medicina a Catalunya   | pàg. 4  |
| Accés al grau de Medicina   | pàg. 5  |
| Canvis en els <i>currícula</i> del grau de Medicina   | pàg. 7  |
| Canvis en la docència del grau de Medicina  | pàg. 8  |
| En què cal millorar?  | pàg. 9  |
| Quin ha de ser el paper del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)?   | pàg. 10 |
| La formació sanitària especialitzada (MIR-FSE)  | pàg. 12 |
| Prova MIR   | pàg. 12 |
| Oferta de places de FSE-MIR   | pàg. 15 |
| Programa FSE-MIR  | pàg. 15 |
| Previsions de futur   | pàg. 17 |
| Quin ha de ser el paper del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)?   | pàg. 18 |
| Formació mèdica continuada i garanties professionals: Processos de re-certificació o acreditació professional dels metges en exercici | pàg. 19 |
| Implantació pràctica del professionalisme   | pàg. 20 |
| Treball en equip entre institucions educatives  | pàg. 20 |
| Certificació/Recertificació: Una oportunitat en lloc d'un temor   | pàg. 21 |
| Lenta incorporació de les noves tecnologies aplicades a la FMC  | pàg. 21 |
| Poca dedicació dels professionals considerats de "més prestigi"   | pàg. 21 |
| Una mirada al futur   | pàg. 22 |
| ANNEX: preguntes i votacions  | pàg. 23 |

## RESUM EXECUTIU DE LA PONÈNCIA

### La formació dels metges: l'ensenyament de la Medicina a Catalunya

L'ensenyament del grau de Medicina a les facultats de Medicina catalanes ha experimentat moltes millores. Actualment, tenim un ensenyament de bon nivell i cada cop més centrat en la pràctica. No obstant això, la formació de grau de Medicina presenta encara dèficits i alguns errors d'orientació notables: el nombre d'estudiants que s'ha de formar no està calculat d'acord amb un criteri de necessitats actuals i futures, o no es té en compte encara de manera prou sòlida com ha de ser i què ha de saber el metge que la societat actual i futura necessita realment, entre d'altres.

En la subponència, s'analitzen diferents possibles solucions, com implementar una prova específica per accedir als ensenyaments de Medicina a Catalunya que pugui incloure el coneixement del català o introduir canvis en la política de preus i beques.

Els nous *curricula* de Medicina han d'integrar l'ensenyament dels valors humanístics, les habilitats de comunicació, la gestió clínica, el treball en equips multidisciplinaris, les bases de la recerca científica, aspectes jurídics, deontològics i ètics íntimament relacionats amb la pràctica mèdica, l'autoformació i elements relacionats amb la salut internacional o salut global. El metge del futur ha d'adaptar-se a les noves necessitats de la societat.

Tota l'estructura sanitària del SISCAT s'ha de poder utilitzar, mitjançant acreditació prèvia, per a l'activitat docent dels metges assistencials que vulguin assumir aquesta funció, amb un caràcter tutorial i amb una avaluació permanent. És urgent un acord a Catalunya per definir què s'ha d'ensenyar a les facultats de Medicina i què correspon a l'ensenyament de postgrau (FSE-MIR), entenent que es tracta d'un contínuum educatiu i formatiu que cal coordinar i enfortir.

Un cop definides les competències i habilitats que ha de reunir qualsevol metge, tasca en la qual el Consell Català de Col·legis de Metges ha de participar activament amb les universitats i el Departament de Salut, s'han d'aplicar per part de les autoritats acadèmiques els recursos econòmics i tècnics i de professorat necessaris per assolir aquests objectius.

## **La formació sanitària especialitzada (MIR-FSE)**

El sistema MIR-FSE es pot considerar un èxit de la sanitat espanyola, però cal reconèixer que la seva capacitat d'adaptació no és prou eficaç ni en la visió ni en l'estructuració.

La prova MIR actual gairebé no té en compte la valoració de les competències clíniques, pràctiques i comunicatives dels aspirants. Es proposa incloure un examen de competències al final del grau mitjançant una ACOE (Avaluació Clínica Objectiva i Estructurada) estandarditzada. L'ACOE seria molt més factible si es descentralitza i es dóna més rellevància als centres (hospitals i CAP) en la seva realització.

El nombre de places de cada especialitat no acaba d'ajustar-se a les necessitats d'especialistes que hi ha a la societat, i pesa més la capacitat docent de les diferents especialitats que les necessitats reals d'especialistes. Les places MIR adjudicades haurien de respectar la quota (4%) d'estrangers per comunitat autònoma i per especialitat, fet que evitaria desequilibris actuals.

S'ha d'evolucionar cap a un sistema de formació troncal amb uns primers anys comuns per especialitats afins i una especialització posterior. Això permetria, per una banda, uns coneixements bàsics comuns més sòlids i, per l'altra, facilitaria la permeabilitat entre especialitats afins. Malauradament, el projecte actual de troncalitat no ha deixat convençuda massa gent. Un aspecte controvertit és també la durada del cicle formatiu: dos anys comuns per a cada tronc i dos o tres anys específics per a cada especialitat concreta.

Els programes formatius de les especialitats no s'adapten a les noves necessitats (humanisme, comunicació amb els pacients i entre els professionals, treball en equip, normativa legal sanitària, deontologia i ètica mèdica, seguretat i qualitat assistencial) ni a les noves.

El CCMC és garant d'unes condicions de treball i exercici adequades per al col·lectiu que representa, i vetlla pel benestar dels metges residents i per unes retribucions més adequades a la feina assistencial que realitzen.

S'ha de reclamar la plena competència de les institucions catalanes per prendre decisions sobre el sistema de FSE-MIR a Catalunya (MIR-CAT), incloent-hi el tipus d'examen d'accés i l'oferta i distribució de places. En aquest cas, caldrà estar preparats per executar-ho amb una total garantia de qualitat.

## **Formació mèdica continuada i garanties professionals: processos de recertificació o acreditació professional dels metges en exercici**

Està acceptat que la formació mèdica continuada (FMC) ha de ser un contínuum durant el llarg de la vida laboral del metge. Malgrat això, no existeix en l'actualitat consens de quina ha de ser la ruta a seguir ni es disposa d'elements d'avaluació prou sòlids i acceptats per oferir una certificació i recertificació que indiqui als professionals que tenen nivells de competència suficients per continuar exercint com a garantia social de la pràctica mèdica.

Per complicar les afirmacions anteriors, ens trobem que la carrera professional (CP) que hauria d'ajudar al desenvolupament professional continuat (DPC) s'ha acabat convertint en una eina de promoció personal basada en directrius institucionals específiques. A la pràctica, ens trobem tantes CP com institucions ocupadores existeixen i tants DPC com metges hi ha. Les societats científiques i els col·legis professionals han de participar en el seu desenvolupament. Un dels principals reptes als quals hem de donar resposta és com avancem en l'acreditació d'activitats d'excel·lència adreçades a les necessitats dels ciutadans i com entrem definitivament en la recertificació periòdica dels professionals.

Hem d'avançar, com ja han fet altres països en la interpretació adequada del concepte de professionalisme que facilitaria resultats més evidents de la FMC/DPC dels metges. Les activitats dirigides al desenvolupament dels principis del professionalisme donaran més solidesa a la professió i al metge individual, més seguretat com a membre d'institucions assistencials i com a individu responsable de la salut dels pacients.

S'han d'establir estratègies compartides entre les diferents institucions (formatives, ocupadores o professionals) que ajudin a crear les polítiques formatives necessàries.

La certificació i la recertificació han de ser vistes pels professionals com una eina que ajudi a valorar-ne el manteniment de competències, amb una visió oberta orientada a l'ajuda a millorar contínuament, abandonant la idea d'eina punitiva.

Els continguts de la FMC i el DPC han de tenir en compte aspectes científics i tecnològics, i també d'altres tan importants com el lideratge, l'optimització de recursos, el coneixement de les xarxes i recursos del sistema, com millorar/gestionar la relació metge-pacient/família, la relació metge-equip i el treball multidisciplinari, la relació metges-metges/altres institucions i els aspectes més humanístics de l'atenció a les persones, i, naturalment, les TIC.

## LA FORMACIÓ DELS METGES: L'ENSENYAMENT DE LA MEDICINA A CATALUNYA

El 1r Congrés de la Professi6 Mèdica (Sitges, 2004) feia les consideracions següents respecte de la formaci6 dels metges, del tot vàlides en l'actualitat: "Formar metges és un objectiu essencial per a qualsevol país, ja que la salut és el bé més apreciat socialment. La poblaci6 espera dels metges que siguin tècnicament competents i humanament motivats i dedicats i, per tant, la formaci6 dels futurs metges esdevé un objectiu molt important".

L'ensenyament del grau de Medicina a les facultats de Medicina catalanes ha experimentat, en els darrers trenta anys, moltes millores. Actualment, tenim un ensenyament de bon nivell i cada cop més centrat en la pràctica. No obstant això, la formaci6 de grau de Medicina presenta encara dèficits i alguns errors d'orientaci6 notables:

a.- El nombre d'estudiants que s'ha de formar no està calculat d'acord amb un criteri de necessitats actuals i futures, ni tampoc segons la capacitat docent de cada facultat. No hi ha estudis demogràfics sòlids que permetin determinar o aproximar el nombre de metges que es necessitaran els propers anys i calcular així quants estudiants s'haurien d'admetre en les facultats de Medicina i Ciències de la Salut.

b.- Tot i que les universitats tenen definides les competències que ha d'haver adquirit un graduat en Medicina en les seves facultats, els continguts de l'ensenyament han variat relativament poc en els últims a 25-30 anys. No es té en compte encara de forma prou sòlida, consistent i alhora flexible com ha de ser i què ha de saber el metge que la societat actual (i futura) necessita realment. Així, per exemple, els *curricula* de les facultats de Medicina obliden o menysvaloren la formaci6 en el vessant humanístic i ètic de la professi6 mèdica, i no tenen gaire en compte elements tan importants com la dimensi6 econ6mica de la medicina, la gesti6 clínic a o les tècniques de comunicaci6 o el treball multidisciplinari en equip, o aspectes ètics, deontol6gics i jurídic s relacionats amb la tasca dels metges. El metge ha de tornar a la seva vessant més empàtica i humanística, i cal ensenyar-ho als nous professionals. No es tracta de posar èmfasi només en quin perfil d'alumne accedeix al grau de Medicina, sinó de valorar i potenciar la influència dels mateixos estudis de grau per potenciar les actituds i habilitats que es consideren necessàries. És el que als EUA s'ha identificat com *Getting the Right Medical Students: Nature versus Nurture*.

c.- La prova per accedir a la Formaci6 Sanitària Especialitzada (l'examen MIR; vegeu l'apartat "La formaci6 sanitària especialitzada (MIR-FSE)") contamina en excés l'ensenyament del grau en Medicina, que s'adapta (voluntàriament o involuntàriament, tant docents com alumnes) més a la preparaci6 de l'examen MIR que a formar professionals complets.

## **Accés al grau de Medicina**

Actualment hi ha set universitats a Catalunya que imparteixen el grau de Medicina. Sis són públiques (Universitat de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Universitat de Girona, Universitat Rovira i Virgili i Universitat de Lleida) i una privada (Universitat Internacional de Catalunya).

El nombre total d'alumnes admesos a Medicina cada any és de 1.040-1.050, i és aquest un dels ensenyaments més demandats i que, per tant, presenta unes notes d'accés més altes (habitualment, per sobre de 12,5 punts sobre un total màxim possible de 14 punts).

La planificació de les places que s'ofereixen i les necessitats futures de metges és un aspecte del tot millorable a Catalunya i a l'Estat espanyol.

No hi ha cap estudi demogràfic seriós que pugui aproximar, tot i el grau d'incertesa inherent a aquest tipus de prospeccions, el nombre probable de metges que caldrà formar en els propers anys.

L'obertura de noves facultats de Medicina a Espanya (majoritàriament privades) ha estat el resultat d'una acció política moltes vegades allunyada de les necessitats professionals reals. A Espanya hi ha avui més de 40 facultats de Medicina, fet que ens situa en el primer o segon lloc del món dels països amb més de 20 milions d'habitants amb més facultats de Medicina per nombre d'habitants. Es considera més important potenciar les facultats de Medicina ja consolidades a Catalunya que no pas obrir-ne de noves: menys facultats i de més qualitat.

Aquesta proliferació de facultats, conjuntament amb la intensa demanda interna (per una banda) i externa (estudiants de la UE, especialment de Portugal, que s'inscriuen en facultats catalanes i espanyoles), ha condicionat un fet fins ara insòlit, com és el que cada cop més alumnes catalans hagin de marxar a l'estranger (notablement a països de l'Europa de l'Est i d'Amèrica Central o del Sud) per iniciar els seus estudis de Medicina i intentar després retornar a una Facultat de Catalunya (amb molt poques probabilitats d'èxit pel baix nombre de places vacants) o, més endavant, mitjançant el sistema MIR, poder fer la residència i treballar a Catalunya.

També s'ha produït un fenomen, derivat del sistema i les altes notes d'accés, com és el fet que cada cop més alumnes catalans segueixen una via alternativa d'entrada diferent de les proves d'accés universitari (les PAU o "selectivitat"). Aquesta via consisteix en l'inici d'un cicle formatiu superior (tècnic en alguna branca relacionada amb les ciències de la salut) per intentar després accedir en segona instància als estudis de Medicina. Aquesta via alternativa comporta un cert risc de deteriorament en el nivell acadèmic dels alumnes, fet que ja s'està començant a detectar en algunes facultats de Medicina.



És probablement injust que s'accedeixi als estudis de Medicina exclusivament per la via dels mèrits curriculars del batxillerat (notes) i pel resultat de les PAU. Ben segur que entre els que hi accedeixen hi ha alumnes que, per diferents motius, no podran superar bé l'ensenyament de la Medicina o no assoliran les competències i habilitats professionals exigibles als metges. Ben segur també que alumnes que no arriben a les notes d'accés exigides tenen capacitats i vocació suficient per arribar a ser excel·lents metges.

Aquesta situació no té una solució fàcil, però sí que es podrien tenir en compte algunes mesures correctores:

a.- Exigir un nivell de coneixement suficient del català per accedir als estudis de Medicina. La llengua en què s'imparteixen la majoria de classes i pràctiques és el català. Sembla raonable que es pugui demanar als alumnes que no han fet el batxillerat a Catalunya (en català) una prova de coneixement de l'idioma, que hauria de ser prèvia a l'admissió a les facultats o en el decurs del primer any de grau, i necessàriament superada pels aspirants (apte/no apte).

b.- Implementar una prova addicional o específica per accedir als ensenyaments de Medicina a Catalunya. Aquesta possibilitat, prevista en la legislació actual, no ha estat encara desenvolupada. La prova (que podria ser complementària o substitutòria de l'actual selectivitat) hauria de dissenyar-se per tal que no inclogui simplement aspectes teòrics, sinó que, d'alguna manera, es poguessin valorar altres aspectes importants (habilitats comunicatives, altres) dels futurs alumnes de Medicina. Idealment, hauria de ser la mateixa en totes les facultats de Catalunya, encara que la normativa actual preveu que es pugui fer per cada facultat de manera independent.

c.- Una possibilitat que ha estat objecte de debat en aquesta ponència és la proposta de considerar el pagament, en les facultats de Medicina públiques catalanes, de la matrícula a preu "real o de cost" (aproximadament entre 12.000 i 20.000 €/curs) per a aquells alumnes no nascuts o no residents a Catalunya. Actualment, amb els impostos que paguem els ciutadans de Catalunya, financem un 75% aproximadament del cost real de l'ensenyament de Medicina (una de les carreres més cares). Alternativament, es pot unificar el preu més aproximat al preu real a tots els alumnes i subvencionar amb una bona política d'ajuts tots els estudiants nascuts o residents a Catalunya (amb una bonificació mínima del 75% del preu "real", situació *de facto* que es dona ara), a la qual es podrien afegir altres criteris de bonificació addicional en funció del nivell de renda de la família i el rendiment acadèmic de l'alumne.

Un element també important a tenir en compte és l'adequació de les places per a la formació de residents al nombre dels alumnes que acaben la carrera, fet que ha d'impedir (si la formació sanitària especialitzada s'organitza degudament) que creixi de nou la borsa de metges que no poden accedir a la formació especialitzada i que ha creat tants problemes en el passat.

## Canvis en els *curricula* del grau de Medicina

Els projectes i les normatives europees sobre l'educació superior han fet canviar moderadament el marc universitari actual. La Llei d'ordenació de les professions sanitàries també obre noves perspectives: estableix canvis en les característiques de l'examen MIR-FSE i permet que s'avaluin els coneixements i també les habilitats, la qual cosa, si es duu a terme, influirà menys negativament en l'ensenyament de grau.

Previsiblement, aquests nous *curricula* hauran de tenir en compte la integració en l'ensenyament de la medicina dels valors humanístics, les habilitats de comunicació, la gestió clínica, el treball en equips multidisciplinaris, les bases de la recerca científica, aspectes jurídics, deontològics i ètics íntimament relacionats amb la pràctica mèdica, l'autoformació i elements relacionats amb la salut internacional o salut global. Finalment, com s'ha comentat, s'hauran d'adaptar sempre a les necessitats i exigències dels pacients del futur.

El metge del futur ha d'adaptar-se a les noves necessitats de la societat. Si mirem en el nostre entorn, ens podem preguntar quines són les empreses que triomfen actualment. Són aquelles que disposen de professionals amb la capacitat d'adaptar la seva producció o serveis a les necessitats dels seus clients.

Entre aquestes habilitats i coneixements hi ha:

a.- Habilitats tècniques necessàries en el món digital actual (gestionar bases de dades, analitzar dades). El metge del futur ha de saber utilitzar perfectament les TIC i ha de ser alhora un bon comunicador digital. Internet o Whatsapp són cada cop més eines de comunicació amb els pacients i entre professionals com a complement o substitució d'algunes visites de presència física i també per augmentar l'autocura i assessorant els pacients sobre la informació que es pot trobar a les xarxes (webs més fiables.). També cal coneixement en la utilització de les xarxes socials (Facebook, Twitter...).

b.- Visió internacional. El metge ha de dominar la llengua anglesa. S'ha d'augmentar el pes actual que les classes i seminaris en anglès tenen en l'ensenyament de la Medicina a Catalunya. Tenir una visió internacional, en un món globalitzat, és essencial per als metges: treball en entorn multicultural, experiència en altres sistemes sanitaris (estades pràctiques o acadèmiques en altres països).

c.- Habilitats pràctiques: la base de l'ofici de metge. Els alumnes de Medicina han de fer gran part del seu aprenentatge en establiments sanitaris (hospitals, CAP, centres de salut mental, centres sociosanitaris, SEM, PADES, etc.). S'ha d'aprofitar al 100% el nostre sistema sanitari per assolir un seguit d'habilitats i competències dels metges. Les noves tecnologies de simulació i realitat virtual, pacients simulats, vídeos, etc., s'han d'incorporar al més aviat possible a l'ensenyament de la Medicina en les nostres facultats.

d.- Habilitats interpersonals. Els alumnes de Medicina han de saber que una gran part de la seva feina serà tractar amb persones. Gestionar persones és una de les tasques més complexes: comunicació efectiva, intel·ligència emocional i empatia són essencials en la formació dels metges pel treball en equip i per assolir el lideratge clínic. Cal perfeccionar la formació en comunicació verbal i no verbal i la comunicació motivacional per tal de millorar els hàbits dels pacients i l'adherència als tractaments, amb especial èmfasi en el pacient crònic complex i amb malaltia crònica avançada. Cal ampliar coneixements i formació pràctica dels metges en el concepte *cuidar* (incloent-hi les cures pal·liatives) i no solament sobre el concepte *curar*.

e.- Seguretat clínica i qualitat assistencial. Aquests conceptes bàsics s'han d'ensenyar de manera continuada en tot el grau de Medicina. Els metges han de poder oferir als pacients una pràctica segura, que vol dir una pràctica de qualitat, essent coneixedors d'aquelles pràctiques considerades segures, encara que no siguin les que predominen en la pràctica assistencial actual. També és important que siguin conscients de la possibilitat d'error de tots i de la importància d'evitar actituds punitives, que és la millor manera de prevenir-les i detectar-les, així com establir millores per reduir-les. Així és fonamental que coneguin els sistemes d'anàlisi dels incidents i com es poden aprofitar per millorar. Cal que estiguin familiaritzats amb els sistemes de mesura de qualitat que serveixen per avaluar la pràctica mèdica.

f.- Aprendre a aprendre. La professió mèdica és paradigmàtica respecte de la necessitat de mantenir actualitzats els coneixements i saber analitzar críticament els avenços de recerca, la seva efectivitat real, el seu cost-efectivitat i les seves limitacions.

g.- Ètica, deontologia i valors. La medicina exigeix sempre un fort compromís ètic per arribar a assolir l'excel·lència professional i millorar la nostra societat. Per extensió, la formació del metge del futur ha de tenir entre els seus objectius clau centrar-se en el pacient i en la societat. També és fonamental ser coneixedors d'una mínima base dels aspectes jurídics que afecten la pràctica diària dels professionals.

### **Canvis en la docència del grau de Medicina**

Molts analistes de problemes similars que s'estan comentant indiquen que l'anàlisi hauria de partir des de l'apreciació de la realitat exterior a les facultats de Medicina i Ciències de la Salut, i que les propostes fetes afavorissin el desenvolupament de programes adaptats al possible escenari cap on va la societat a la UE i a tot el món en un futur a mitjà termini.

L'ensenyament de la Medicina s'ha de centrar en els alumnes (els futurs metges) i en els seus pacients del futur, no en el sistema actual i en els metges d'avui en dia. La Universitat és un espai per experimentar, per identificar i avaluar noves oportunitats i per anar avançant constantment. Moltes universitats són encara avui

molt conservadores (com també ho són algunes de les agències que les avaluen, tipus AQU o ANECA) i tenen aversió al risc dels canvis. Una facultat de Medicina amb una llarga tradició triga massa temps habitualment a fer canvis reals en el contingut i forma del *curricula*. El futur demanda fer canvis amb més agilitat.

Cal preveure que continuï el debat sobre l'interès de crear facultats de Medicina i Ciències de la Salut per a la formació de totes les professions sanitàries assistencials, metges, odontòlegs, infermeres, podòlegs, fisioterapeutes i d'altres, amb activitats comunes en l'etapa inicial que formessin l'alumne en el treball multidisciplinari, o si és preferible mantenir el sistema docent actual.

També cal remarcar que s'han creat nous ensenyaments que en el futur capacitaran nous professionals que treballaran al costat dels metges en moltes ocasions: ciències mèdiques bàsiques (adreçades, entre d'altres, a la recerca biomèdica) o enginyeria biomèdica en són dos exemples.

Cal més professionalització del professorat en la tasca docent. La millor valoració dels mèrits docents en els *curricula* i especialment en el sistema de carrera professional dels metges és essencial per garantir la qualitat docent de la medicina. L'avaluació periòdica del personal docent també ha de tenir gran importància. Els alumnes necessiten assessorament, informació i *feedback*, alhora que suport i comprensió en el seu progrés acadèmic per part dels seus professors o tutors. La millor manera de desmotivar un alumne és burocratitzar la seva carrera i tractar-lo de manera anònima.

Tota l'estructura sanitària s'ha de poder utilitzar, mitjançant acreditació prèvia, per a l'activitat docent dels metges assistencials que vulguin assumir aquesta funció, amb un caràcter tutorial i una avaluació permanent. Les unitats d'educació mèdica de les facultats de Medicina han de facilitar al professorat més expertesa docent.

Tot i que la situació actual és complicada, per garantir un bon sistema educatiu s'han d'invertir recursos econòmics. La frase de Derek Bok, degà de Harvard, "Si creu que l'educació és cara, intenti la ignorància", té plena vigència.

És impensable que es pugui mantenir un professorat entregat, motivat i responsable sense unes retribucions econòmiques adequades i/o un bon reconeixement acadèmic, professional i social.

### **En què cal millorar?**

En primer lloc, és urgent un acord a Catalunya per definir què s'ha d'ensenyar a les facultats de Medicina i què correspon a l'ensenyament de postgrau (FSE-MIR), entenent que es tracta d'un contínuum educatiu i formatiu que cal coordinar i enfortir.

Un cop definides les competències i habilitats que ha de reunir tot metge, s'han d'aplicar per part de les autoritats acadèmiques els recursos econòmics i tècnics i de professorat necessaris per assolir aquests objectius.

### **Quin ha de ser el paper del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)?**

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) té el deure de recordar constantment a la societat que servim que, en referència a l'ensenyament de la Medicina (grau i formació sanitària especialitzada), el que importa es “el perquè fem el que fem”.

En el cas de les facultats de Medicina, el *perquè* és, amb tota seguretat, formar la propera generació de metges que haurà d'atendre la propera generació de pacients. Començant per analitzar quins seran aquests pacients, on seran, quines necessitats tindran, com els podem atendre, etc., podem guiar-nos cap a un futur que, sens dubte, és una gran responsabilitat: formar els millors metges, les millors persones.

Un exemple a considerar és el del General Medical Council (GMC) del Regne Unit, que determina un conjunt d'estàndards i requeriments a desenvolupar en el procés de formació mèdica (grau i formació sanitària especialitzada).

En el document “Promoting Excellence: Setting standards for Medical education and training (2015)” es determinen 10 estàndards que el GMC espera que compleixin totes les organitzacions responsables de l'educació i formació dels alumnes de medicina i metges en formació especialitzada al Regne Unit.

Els estàndards fan referència a l'ambient d'aprenentatge i la cultura docent i formativa de les organitzacions, a la governança i lideratge de l'educació mèdica, al suport necessari als alumnes i metges en formació, al suport necessari als docents i al desenvolupament i aplicació dels *curricula* i les corresponents avaluacions.

En el fons, la idea és ben senzilla: els que millor poden determinar —i després han de garantir— els estàndards de l'exercici professional de la Medicina són els col·legis de Metges. Per tant, són també els que, treballant conjuntament amb les facultats de Medicina i Ciències de la Salut, poden determinar quines capacitats i habilitats han d'adquirir els metges per exercir la professió amb tot el professionalisme que la societat ens demanda. Després, són les facultats i els diferents sistemes de formació sanitària especialitzada els encarregats de desenvolupar-los i ensenyar-los als alumnes o als metges en formació.

Així, la prioritat principal del GMC és la seguretat dels pacients, per exemple. L'educació mèdica en totes les seves etapes s'ha de dur a terme en centres i sistemes sanitaris on la seguretat del pacient es consideri essencial, l'atenció sanitària i les experiències dels pacients atesos siguin bones, i l'educació i l'entrenament siguin aspectes molt valorats.

Les organitzacions sanitàries d'alta qualitat són aquelles que també promocionen l'excel·lència en la formació dels futurs metges i especialistes. Han de treballar per integrar sistemes de lideratge i governança clínica i educativa per tal de garantir la seguretat dels pacients segurs i la seguretat dels alumnes i metges en formació, tot creant un ambient apropiat per la docència i la formació dins de la mateixa organització.

El paper del CCMC ha de ser integrador, unificador i directriu per tots els col·legis que en formen part, incloent-hi la seva participació en la definició dels estàndards d'aprenentatge dels metges dins d'una societat en canvi constant.

## **LA FORMACIÓ SANITÀRIA ESPECIALITZADA (MIR-FSE)**

El 1r Congrés de la Professi6 Mèdica (Sitges, 2004) ja va tractar el tema del sistema de formaci6 sanitària especialitzada (FSE), conegut popularment com sistema MIR. L'any 2018 es compliran 40 anys de formaci6 MIR-FSE a l'Estat espanyol com a via d'accés a l'especialitzaci6. En efecte, el 1978 es va publicar el Reial Decret 2015 pel qual es regula l'obtenci6 de títols d'especialitats mèdiques, i el 1984 un altre reial decret estableix el sistema MIR com a ùnica via d'especialitzaci6 mèdica.

El sistema MIR-FSE es pot considerar fins ara un èxit de la sanitat espanyola, però alhora cal reconèixer que la seva capacitat d'adaptaci6 no és prou eficaç ni en la visi6 ni en l'estructuraci6.

La manca d'una planificaci6 rigorosa de les necessitats reals de la poblaci6 en termes de salut comporta la desorganitzaci6 en la FSE. En un futur, a Catalunya haurem de definir clarament un model sanitari que aclareixi quines són les necessitats poblacionals, com es proposa afrontar-les i, com a conseqüència, quins són els professionals que hauran d'assumir-les. Els successius plans de salut han fet un esforç en aquest sentit en els darrers anys, però encara hi ha dificultats per implementar bones idees i sovint fem l'esquema a l'inrevés: no mirem les necessitats primer, sin6 que prioritzem organitzacions que podien ser vàlides un temps enrere, però no ho són tant pensant en el futur.

Un dels primers "efectes col·laterals" del sistema MIR-FSE el trobem ja a l'accés. La prova MIR influeix de manera negativa en la formaci6 de grau en les facultats de Medicina, fet encara més notable ara que la convergència europea (Espai Europeu d'Educaci6 Superior, el conegut popularment com model Bolonya) exigeix una formaci6 menys te6rica, més pràctica i amb avaluaci6 de competències i habilitats en la mateixa universitat. El sistema MIR-FSE genera una certa perversi6, atès que l'ensenyament (i/o els alumnes) de Medicina, estan orientats cada vegada més cap a la superaci6 de la prova MIR.

Un altre efecte col·lateral ha estat la proliferaci6 d'acadèmies —nacionals i amb seus internacionals— creades amb l'objectiu de preparar els alumnes per a la prova MIR i un cert desinterès dels alumnes per les vivències clíniques, especialment en els darrers cursos del grau (5è i 6è) que es converteixen en anys en què la preparaci6 per a l'examen MIR pot arribar a dominar el seu interès acadèmic.

### **Prova MIR**

La prova MIR és actualment una oposici6, pura i dura, en l'àmbit de l'Estat espanyol que es caracteritza per una ùnica prova te6rica (cinc hores d'examen, 225 preguntes i 10 de reserva) en la qual s'obté una nota que preveu alhora una nota de tall que ve fixada pel 35% del resultat dels 10 millors exàmens. El pes de la prova és del 90% aproximadament, i el del currículum del 10%. Amb aquesta

puntuació es pot accedir a la formació de totes les especialitats mèdiques mitjançant un sistema d'assignació ordinal simple.

La prova MIR actual gairebé no preveu la valoració de les competències clíniques, pràctiques i comunicatives dels aspirants.

La relació actual entre places adjudicades i aspirants és de 1:2. Es presenten, doncs, uns 11.000- 12.000 aspirants per unes 6.000 places (que s'han anat reduint també els darrers anys) en tot l'Estat espanyol. A Catalunya hi ha 1.330 places acreditades de les quals s'ofereixen únicament 1.022 (any 2015).

Hi ha un nombre de places (l'anomenada quota) per a aspirants extracomunitaris (4% de les places convocades en una única volta), la qual cosa suposa uns 240-250 aspirants extracomunitaris amb dret a escollir plaça de FSE. Aquesta limitació ha pal·liat en part l'efecte crida dels darrers anys; va ser tan freqüent que més del 40% dels aspirants que van obtenir una plaça de FSE-MIR eren estrangers (dades any 2010).

A la prova MIR d'aquest any 2016 s'han presentat 2.743 estrangers i 8.249 comunitaris (espanyols i no espanyols). D'aquests comunitaris, una bona part (propera al 15-20%) són estudiants que no han fet la carrera a Espanya i que en la pràctica totalitat de casos han nascut fora d'Espanya (majoritàriament a l'Amèrica del Sud), però que tenen doble nacionalitat (la seva original més una d'un país de la UE).

Altres valoracions que cal considerar negatives referides a l'actual prova MIR són les següents:

- a.- La preparació per a la prova té un cost psíquic i econòmic massa elevat per als alumnes/aspirants.
- b.- La prova actual deixa massa graduats fora de la possibilitat de tenir plaça de resident.
- c.- Les diferències curriculars entre els qui obtenen plaça i els qui no n'obtenen són mínimes, fet que indica que el pes de l'examen és actualment molt accentuat.

La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS), que analitza la prova MIR, ja proposava incloure un examen d'habilitats. Tretze anys després no s'ha avançat en aquest tema, tot i que hi ha hagut diferents peticions per desenvolupar-lo i aplicar-lo. Un aspecte positiu és l'esforç que estan fent les comissions que preparen la prova MIR per incloure cada cop més supòsits clínics en aquesta.

Aquest examen de competències previst a la LOPS hauria de realitzar-se al final del grau, amb una valoració quantitativa mitjançant una ACOE (Avaluació Clínica Objectiva i Estructurada) estandarditzada, i que hauria de comptabilitzar-se d'alguna manera (amb el pes relatiu que es consideri) amb la puntuació assolida a



la prova MIR i amb l'expedient acadèmic. L'ACOE seria molt més factible si es descentralitza i es dóna més rellevància als centres (hospitals i CAP) en la seva realització.

Amb aquesta combinació (ACOE, prova MIR i currículum), sembla més probable que els alumnes del grau de Medicina identifiquin millor i més clarament quins són els objectius reals de la seva formació com a metges i que aquests es corresponguin millor amb el perfil del metge que la societat demanda. A més, assegura un millor continuïtat de la formació rebuda al grau i la FSE-MIR, ja que l'aprenentatge teòric i pràctic adquirit en el grau ha de ser la base d'un programa formatiu que tingui continuïtat en la FSE-MIR. Un exemple seria el 6è any de grau, que es podria adaptar a un període de pràctiques clíniques tutelades que servís com un "R0" i ajudés la transició entre el grau i la FSE-MIR, alhora que permetés una millor preparació per a l'ACOE.

L'ACOE permetria també garantir que els aspirants extracomunitaris i els comunitaris que no hagin fet la seva carrera a l'Estat espanyol fossin avaluats de manera objectiva per conèixer les seves habilitats clíniques i comunicatives, la qual cosa suposa una millor garantia de qualitat per a tot el procés i per al sistema.

La Conferència de Decanos de las Facultades de Medicina va crear recentment una subcomissió per a l'estudi de la reforma de la prova MIR, el resultat de la qual s'espera que es presenti aquest any 2016.

Una altra limitació és que l'elecció de l'especialitat es fa en funció de la nota obtinguda a l'examen MIR i no en funció de les habilitats o fins i tot de la vocació, fet que suposa que sovint hi hagi gent que posteriorment abandoni la residència i quedi lliure una plaça que podria haver aprofitat algú altre. Les xifres habituals se situen al voltant del 10% del total de places, i en algunes especialitats s'arriba al 20%. Com tots hem pogut comprovar en la nostra pràctica diària, no sempre hi ha una bona correlació entre la puntuació assolida en la prova MIR i la qualitat dels metges especialistes en formació.

Un possible model alternatiu per a l'elecció de plaça a considerar és el model dels Estats Units d'Amèrica, l'anomenat Residency Matching Program, que es basa en 4 premisses fonamentals: **dependència de la universitat, doble elecció (el centre tria i prioritza els aspirants; els aspirants trien i prioritzen els centres), una etapa troncal i un examen al final de la residència.**

Aquí a l'Estat espanyol, en no haver-hi doble elecció, **els hospitals i les unitats docents estan obligats a quedar-se amb el MIR** que escull la plaça, independentment dels interessos del servei i del currículum, les capacitats i aptituds de l'interessat, i la idoneïtat dels valors i expectatives del metge i del centre. Aquest sistema de doble elecció pot fer aflorar dubtes respecte de la seva objectivitat. Cal recordar, però, que l'algoritme que dóna suport al programa de *matching* als Estats Units va ser objecte de reconeixement mundial com una de les grans fites dels models matemàtics i, per tant, ofereix garanties suficients.

## **Oferta de places de FSE-MIR**

Com ja s'ha comentat en la introducció, el nombre de places de cada especialitat no acaba d'ajustar-se a les necessitats d'especialistes que hi ha a la societat, i pesa més la capacitat docent de les diferents especialitats que les necessitats reals d'especialistes, amb un cert desequilibri a favor de les especialitats tecnològiques.

Les places MIR adjudicades haurien de respectar la "quota" (4%) d'estrangers per comunitat autònoma i per especialitat. És obvi que hi ha una distribució asimètrica, que concentra la majoria de MIR estrangers a Madrid i Catalunya, per una banda, i en determinades especialitats que alguns anys, en alguns centres, han estat sempre cobertes per MIR estrangers. A Catalunya, en una enquesta realitzada el 2014, el 26% dels MIR en formació en aquell moment eren estrangers. Una possible solució és que un màxim del 4% dels MIR que facin la seva especialitat a Catalunya puguin ésser estrangers i un màxim del 4% dels MIR de cada especialitat també ho puguin ser.

## **Programa FSE-MIR**

Les successives generacions de metges MIR han millorat progressivament la qualitat del sistema sanitari espanyol. Malgrat això, amb el pas dels anys es poden detectar algunes deficiències que caldria també corregir. Aquestes inclouen un desequilibri entre l'assistència i la docència, amb una càrrega assistencial en algunes ocasions massa elevada pel MIR, amb mancances d'elements docents i de supervisió per garantir el dret del pacient a ser ben atès i amb una certa descompensació entre el grau de responsabilitat i els nivells de coneixement, especialment als serveis d'urgències.

Les especialitats, fins ara, tenen uns programes i unes trajectòries totalment independents des de l'inici i sense vies d'intersecció entre elles. El sistema actual impedeix el canvi d'especialitat durant el període de formació. El RD de troncalitat, l'aplicació del qual ha estat i és controvertida, i que s'estima que es pugui iniciar l'any 2018, intenta solucionar en part aquesta mancança.

S'hauria d'evolucionar cap a un sistema de formació troncal amb uns primers anys comuns per especialitats afins i una especialització posterior. Això permetria, per una banda, uns coneixements bàsics comuns més sòlids i, per l'altra, facilitaria la permeabilitat entre especialitats afins. Malauradament, el projecte actual de troncalitat després d'una dècada de "aportaciones de todos los estamentos implicados" no ha deixat convençuda gaire gent. Es considera que la introducció del sistema de troncalitat és necessari per propiciar una formació integral i multidisciplinària, ahora que podria ajudar a una millor elecció d'especialitat, amb criteris formatius més flexibles. La troncalitat hauria de millorar l'eficiència en els programes formatius i facilitar la flexibilització del catàleg d'especialitats, amb la definició de 5 troncs (algunes especialitats queden fora de la troncalitat).

Un aspecte controvertit és el de la durada del cicle formatiu: dos anys comuns per a cada tronc i dos o tres anys específics per a cada especialitat concreta. Aquesta durada és discutible i hi ha propostes, que no han estat en ocasions ben rebudes pels alumnes de Medicina, per allargar-la un any, atès que els anys de formació específica poden no ser suficients. El RD no deixa clar si l'elecció de l'especialitat es farà ja inicialment, com fins ara, o si aquesta elecció es limitarà a la Unitat Docent Troncal i, posteriorment, en acabar el segon any, es farà una reassignació a cada especialitat

Els programes formatius de les especialitats no s'adapten a les noves necessitats — humanisme, comunicació amb els pacients i entre els professionals, treball en equip, normativa legal sanitària, deontologia i ètica mèdica, seguretat i qualitat assistencial— ni a les noves tecnologies —Internet, altres. Amb la troncalitat està previst que totes les especialitats comparteixin competències genèriques que inclourien aquests aspectes. El document que descriu les competències genèriques i com avaluar-les està molt avançat i podria ser aprovat properament. Aquest document ha estat elaborat per representants dels diferents troncs. Els tutors i els residents han de conèixer el contingut del seu programa formatiu i els objectius de les diferents rotacions. De fet, cada unitat docent de cadascuna de les especialitats dels centres en els quals es formen residents ha d'elaborar el corresponent itinerari formatiu, que ha d'incloure les rotacions amb els seus objectius. El Ministeri de Sanitat ha demanat a les comissions de docència que facin públics els itineraris formatius de totes les especialitats per tal que estiguin a disposició dels futurs MIR abans de decidir l'elecció de plaça. Seria molt convenient i necessari fer també una descripció de les càrregues de treball esperables en aquest període formatiu.

Les comissions de docència dels centres no acaben de fer sempre bé el seu paper, que és cabdal en aquest període de FSE. A vegades, hi ha una insuficient tutorització, amb uns tutors que reben poc suport, són poc estimulats i poc reconeguts, fet que genera una tendència a la insatisfacció professional.

El sistema actual d'avaluació del progrés competencial dels metges en FSE-MIR és clarament insuficient, i s'aplica generalment de manera burocratitzada sense reflectir el progrés competencial ni les competències finals assolides. Les auditories i les retirades d'acreditacions per part de les comissions nacionals de les especialitats són una excepcionalitat.

Finalment, de manera un tant sorprenent, la formació obtinguda després de completar el període de residència MIR-FSE no s'avalua, cosa que no succeeix en altres programes similars de gran prestigi com els Boards dels EUA o els Fellowships dels Royal College al Regne Unit, que són imprescindibles per a l'exercici de la professió mèdica.

La LOPS preveu una prova final d'avaluació de la FSE, però aquesta no s'ha desenvolupat mai. Probablement hauria de ser una prova que combini l'avaluació dels coneixements adquirits en el decurs de la residència MIR-FSE, les habilitats

clínicas i comunicatives, la valoració del *portfoli* o llibre del resident i altres aspectes curriculars relacionats amb la recerca i docència. Val a dir que si s'aconsegueix una avaluació continuada de qualitat en tot el programa de FSE, l'avaluació final com a certificació de l'assoliment final de tot el procés caurà pel seu propi pes.

## **Previsions de futur**

Els canvis demogràfics i epidemiològics de la població fan emergir noves necessitats sanitàries a les quals els metges hem de donar resposta. Tot això s'ha de considerar a l'hora de definir la necessitat d'especialistes i els programes de formació de les diferents especialitats mèdiques. En el camp laboral, cal considerar la feminització progressiva de les noves generacions de metges, la precarietat laboral actual dels primers anys post-FSE-MIR, i l'arribada de metges d'altres països.

El marc legal i normatiu de la Unió Europea respecte a la formació mèdica postgraduada i la convergència cap a models de formació similars entre els diferents països de la Unió Europea, amb més mobilitat de professionals entre aquests països, és un element de gran transcendència. La normativa legal respecte a les hores de la jornada laboral (Working Time Directive), per exemple, ha condicionat i canviat el sistema de guàrdies dels MIR.

La carrera de medicina no s'ha d'adaptar a la prova MIR, sinó al contrari. La prova MIR ha d'avaluar les competències clíniques, pràctiques i comunicatives. Aquestes competències han de sorgir d'un consens social sobre què espera la societat de la formació dels graduats en Medicina. L'apoderament dels ciutadans i el professionalisme, amb totes les seves conseqüències, seran realitats en els propers anys. Altrament, els sistemes sanitari i educatiu continuaran divergent en lloc de confluïr.

El període MIR-FSE necessita un replantejament amb un reequilibri entre els vessants assistencials i docents. L'enfortiment de les comissions de docència, que han de vetllar pel compliment dels programes i garantir els aspectes docents i de recerca, la implicació de les direccions en la salvaguarda de la formació dels metges residents, la professionalització dels tutors docents, que han de rebre més suport dels seus caps de servei i han d'estar més ben formats en habilitats docents i de comunicació, són canvis necessaris. El càrrec de tutor ha de ser vocacional, voluntari i recompensat. Catalunya és una de les comunitats autònomes que més ha avançat en el procés d'acreditació de tutors. Els requisits, procediment i criteris que cal assolir estan recollits en l'Ordre SLT/337/2013, de 20 de desembre, per la qual es regula el procediment per a l'acreditació de tutors d'especialistes en formació de les especialitats de medicina, farmàcia, infermeria i altres graduats i llicenciats universitaris en l'àmbit de la psicologia, la química, la biologia, la bioquímica i la física de centres sanitaris acreditats per a la formació d'especialistes en ciències de la salut de la xarxa sanitària de Catalunya.

La retribució dels MIR actuals s'hauria de millorar. Un professional que ha superat 6 anys de dura preparació en el grau i que està en període de formació especialitzada, amb jornades laborals llargues i responsabilitats progressives, sobre el qual recau una bona part de l'assistència en tots els centres, hauria d'ésser retribuït amb un salari més alt de l'actual, que se situa (brut) en 1.100 €/mensuals, sense guàrdies, menys del doble del salari mínim interprofessional.

### **Quin ha de ser el paper del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)?**

Els col·legis de metges i el CCMC són garants i portaveus, independents de l'administració pública i de les empreses sanitàries (sigui quina sigui la seva fórmula jurídica) d'unes condicions de treball i exercici adequades per al col·lectiu que representen, i han de vetllar pel benestar dels metges residents i per unes retribucions més adequades a la feina assistencial que realitzen.

Han de garantir el compliment del codi deontològic de la Medicina i han de fomentar un consens professional amb les administracions sanitàries, les societats científiques i les universitats.

També han d'actuar d'assessors (i com a grup de pressió o *lobby*) per a la Conselleria de Salut i el Ministeri de Sanitat, especialment aportant informació sobre demografia mèdica i sobre les necessitats d'especialistes MIR a mitjà i llarg termini.

L'actual decret 165/2015, de 21 de juliol, de formació sanitària especialitzada a Catalunya és del tot insuficient per poder assolir plenes competències en la FSE-MIR a Catalunya.

Hi ha una certa incongruència entre el reconeixement per l'Estatut de Catalunya de plenes competències en sanitat i universitats i, en canvi, la impossibilitat de prendre decisions sobre l'accés als programes de formació postgraduada, mètodes i objectius d'aquesta formació i la seva avaluació.

S'ha de reclamar la plena competència de les institucions catalanes per prendre decisions sobre el sistema de FSE-MIR a Catalunya (MIR-CAT), incloent-hi el tipus d'examen d'accés i l'oferta i distribució de places. En aquest cas, caldrà estar preparat per executar-lo amb qualitat.

## **FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA I GARANTIES PROFESSIONALS: PROCESSOS DE RECERTIFICACIÓ O ACREDITACIÓ PROFESSIONAL DELS METGES EN EXERCICI**

Acceptem que la formació d'un metge ha de ser un contínuum que, ara per ara, s'inicia amb el període del grau de medicina obtingut en una facultat de Medicina, que segueix amb la formació postgraduada, invariablement lligada a la formació derivada del sistema MIR i, a partir d'aquí, entrem en el període més heterogeni i menys regulat anomenat tradicionalment formació mèdica continuada (FMC) i, més recentment, desenvolupament professional continu (DPC), que afegeix al concepte de FMC una extensió per la qual el metge, essent ja un professional, ha de fer un esforç individual per mantenir-se competent i progressar al llarg de la seva vida laboral.

Així doncs, en aquest període que sol ser el més llarg en la trajectòria d'un metge, es donen situacions tan variades com metges hi ha, atès que no partim de plans d'estudi (grau) o de programes de formació (postgrau) que ens indiquen quina haurà de ser la ruta a seguir. Per afegir més dispersió no disposem, a hores d'ara, d'elements d'avaluació prou sòlids i acceptats per oferir una certificació i recertificació que indiqui als professionals que tenen nivells de competència suficients per continuar exercint amb absolutes garanties per als ciutadans i amb satisfacció i reconeixement per ells mateixos.

Per acabar de complicar l'escenari, sorgeix el concepte de carrera professional (CP) que, tot i que sembla que es tracta d'una idea similar al DPC, s'acaba convertint en una eina de promoció personal basada en directrius institucionals específiques. De manera que, com afirmava el desaparegut Helios Pardell, estan fetes en llenguatge i contingut eminentment sindical i no tan professional. A la pràctica, ens trobem tantes CP com institucions ocupadores existeixen i tants DPC com metges hi ha.

En el darrer Congrés de la professió mèdica (Tarragona, 2008), el grup que va treballar aquest tema conclouïa que eren bastants els metges que creien que s'havia d'implementar un sistema de "regulació compartida" aprofitant el marc que donaven els conceptes en els quals es basava el DPC. Aquesta visió positiva mostrava algunes experiències com el DAC-FMC sorgit del Consell Català de Col·legis de Metges de Catalunya, que oferia avantatges econòmics als professionals que acreditessin activitats formatives homologades. Però en aquests anys encara no s'ha arribat a definir la voluntarietat/obligatorietat de la FMC i ha quedat en les decisions individuals de cadascú.

Per altra banda, sí que hem assistit a la consolidació del Consell Català de FMC, la qual cosa ha permès identificar les activitats que tenen uns requisits que les fan aptes per ser fetes amb totes les garanties formatives pels assistents.

En aquests vuit anys transcorreguts des del Congrés de Tarragona, podem dir que les coses han millorat en el sentit que tenim més organitzada la supervisió de les

activitats formatives per a metges i que les podem acreditar com a elements a incloure en la valisa en la qual cada metge transporta el seu DPC.

El reptes actuals són, d'una banda, com avancem en l'acreditació d'activitats d'excel·lència que permetin una millora professional adreçada a les necessitats reals dels ciutadans; de l'altra, com entrem definitivament en la recertificació no solament d'activitats, sinó de professionals individuals.

Una forma d'analitzar-ho és repassar les raons per les quals alguns dels elements d'aquesta estratègia, malgrat estar en la ment de molts, no s'han posat en marxa fins ara. En altres paraules, com passar de la teoria a la pràctica en termes de DPC.

### **Implantació pràctica del professionalisme**

Aquest concepte ve dels països anglosaxons que, a més, solen tenir sistemes educatius més avançats i basats en l'aprenentatge més que en l'ensenyament (un matís important). El rendiment de comptes dels professionals (*accountability*) i el paper dels ciutadans en la coresponsabilització de la salut (*empowerment*) es troben encara a les beceroles a casa nostra.

Una interpretació adequada dels principis del professionalisme facilitaria resultats més evidents de la FMC/DPC dels metges. Les activitats dirigides al desenvolupament dels principis del professionalisme donaran més solidesa a la professió i al metge individual més seguretat com a membre d'institucions assistencials i com a individu responsable de la salut dels pacients als quals ha d'assistir. En els darrers anys, la tecnificació de la Medicina, que anirà a més en el futur, no ha d'allunyar el metge dels pacients i permetre que altres professionals monopolitzin aquesta tasca tan inherent als orígens i raó de ser de la professió mèdica.

### **Treball en equip entre institucions educatives**

Hi ha una competitivitat ancestral entre les institucions implicades en el desenvolupament d'un pla consensuat sobre aquesta qüestió. Universitats, administracions sanitàries, ocupadors col·legis professionals, indústria farmacèutica, societats científiques... poden tenir acords puntuals, però no han arribat mai a fer una estratègia conjunta d'èxit. Probablement s'ha avançat en acreditació d'activitats en els darrers anys, però no en l'impacte sobre els professionals.

Les polítiques de *win-win* han de consolidar-se definitivament a la nostra societat. En el món educatiu, això és particularment necessari. No podem continuar rebutjant la col·laboració amb el temor de perdre el protagonisme. Aquesta "assignatura pendent" és la que va permetre afirmacions de brillants educadors sobre les mancances i les dificultats d'avançar en el nostre país. Catalunya i els col·legis de metges catalans han de donar exemple en aquest tema. Si estem convençuts que l'atenció en salut ha de ser multidisciplinària i interdisciplinària, la formació de professionals ha de donar passos inequívocs en aquest sentit.

## **Certificació/Recertificació una oportunitat en lloc d'un temor**

Certificació i recertificació han de ser activitats lligades a la FMC/DPC que permetin analitzar els objectius assolits i que facilitin el *feedback* dels avaluats.

Aquí ho veiem (ja des de l'escola) tan sols com a elements potencialment sumatius i punitius. En el sistema, predominen les visions amb escassa autocrítica que veuen només l'excessiva burocratització i mostren poca confiança en les institucions responsables de les avaluacions. Cal anar canviant cap a posicions més obertes i avançades a l'hora que implicades en els canvis necessaris.

El que s'ha d'avaluar serà tot allò que considerem conjuntament (professionals i institucions educatives) que és pertinent en la pràctica de la medicina moderna i que serveixi perquè els bons professionals demostrin la seva expertesa i tinguin el reconeixement corresponent, i que els dèficits detectats siguin oportunitats de millora mitjançant activitats educatives dirigides als dèficits. En pocs casos han de servir per detectar els que requereixin una separació de l'activitat mitjançant un diagnòstic i una identificació de fórmules per reparar-ho.

Les conseqüències pràctiques sobre cada professional han de ser clarament visibles. Si avancem en recertificació, els mèrits que se'n derivin han de poder ser reconeguts per totes les institucions i per tots els candidats a recertificar-se. No pot quedar en un diploma i res més.

## **Lenta incorporació de les noves tecnologies aplicades a la FMC**

Hem de pensar en els metges del futur que ja utilitzen aquestes eines des de la formació de grau amb el consegüent esforç per part dels seus mentors. S'ha de ser proactiu perquè totes aquestes eines formatives s'incorporin a la formació continuada. La ràpida incorporació de les noves tecnologies en el món educatiu ha de ser vista sense recel i com un element facilitador de l'aprenentatge. El suport que això pot suposar a la FMC/DPC no es pot posposar.

## **Poca dedicació dels professionals considerats de "més prestigi"**

La creació de nous coneixements sobre metodologia educativa i avaluativa en tots els períodes de l'educació mèdica és considerada per alguns professionals que fins i tot ocupen importants càrrecs en institucions educatives com un aspecte poc científic i més aviat un *hobby* d'uns quants xalats. Aquest mal impedeix també el progrés pràctic de la FMC/DPC a casa nostra.

El recanvi generacional solucionarà aquest punt, sens dubte, però cal avançar-se per no anar eternament per darrere de la realitat. L'assistència, la recerca i la docència han de gaudir d'un sistema educatiu global i modern que beneficiï a tothom, atès que els ciutadans, en primer lloc, i la professió, en segon terme, se'n beneficiarà.



## **Una mirada al futur**

El metge del present i del futur hauria de gaudir d'una FMC de qualitat, obligatòria per tots, impartida per personal docent acreditat i lliure de lligams comercials, és a dir, amb independència i rigor científic, amb el suport i la direcció de les societats científiques i els col·legis de metges, i amb el suport dels ocupadors i dels sindicats perquè es pugui fer dins la jornada laboral, amb relleu de funcions. I s'hauria de poder avaluar per obtenir l'acreditació/recertificació de competència corresponent que tingués validesa per a la CP. Aquest sistema d'acreditació ha de ser únic, imparcial i universal.

Respecte al seu contingut, la FMC i el DPC han de tenir en compte, a banda d'aspectes científics i tecnològics, d'altres tan importants com el professionalisme que ha d'incloure el lideratge, l'optimització de recursos, el coneixement de les xarxes i recursos del sistema, com millorar/gestionar la relació metge-pacient/família, la relació metge-equip i el treball multidisciplinari, la relació metges-metges/altres institucions i els aspectes més humanístics de l'atenció a les persones, i, evidentment, les TIC.

Si tot això s'aconsegueix estarem contribuint a la consolidació de la formació en l'etapa de pràctica professional més heterogènia i menys estructurada malgrat tots els esforços precedents.

## **ANNEX: PREGUNTES I RESULTATS DE LES VOTACIONS PLANTEJADES DURANT LA SESSIÓ PARAL·LELA A GIRONA**

### **1- Globalment, estàs d'acord amb el contingut de la ponència?**

- a. Sí **95,04%**
- b. No **4,96%**

### **2- Creus que el nombre actual de places que s'ofereixen a les Facultats de Medicina a Catalunya és...**

- a. Insuficient i caldria ampliar-lo, augmentant les places i/o les Facultats. **16,26%**
- b. Suficient. **9,76%**
- c. Excessiu i caldria reduir-lo, reduint el nombre de places i/o de Facultats. **12,2%**
- d. Dependrà de l'evolució de la demografia mèdica (jubilacions, estrangers, etc.). **61,79%**

### **3- Creus que caldria exigir el coneixement del català per accedir als estudis de Medicina, mitjançant una prova de nivell bàsic de l'idioma, prèvia a l'admissió a les Facultats?**

- a. Sí **62,7%**
- b. No **37,3%**

### **4- Creus que l'adjudicació de places de formació MIR hauria de limitar el nombre de metges estrangers (l'anomenat "cupo", actualment del 4%) també per especialitats i per Comunitats Autònomes?**

- a. Sí **86,99%**
- b. No **13,01%**

### **5- Estaries d'acord en introduir una prova pràctica (habilitats i competències) tipus ACOE dins del sistema d'avaluació de la prova MIR?**

- a. Sí **92,06%**
- b. No **7,94%**

### **6- Estaries d'acord en considerar allargar la residència un mínim d'un any més per totes les especialitats (2 de tronc comú + 3 ó 4 d'especialitat)?**

- a. Sí **47,2%**
- b. No **52,8%**

**7- Creus que s'hauria d'augmentar el salari brut dels MIRs a Catalunya (salari actual: aproximadament 1.100 €/mes, sense guàrdies)?**

- |                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| a. No, ja esta bé aquest salari    | 3,23%  |
| b. Sí, caldria apujar-lo un 10-15% | 25%    |
| c. Sí, caldria apujar-lo un 20-25% | 71,77% |

**8- Com creus que ha de ser la certificació i recertificació dels metges per assegurar el desenvolupament professional i com a garant davant la societat?**

- |                |       |
|----------------|-------|
| a. Obligatòria | 74,8% |
| b. Voluntària  | 25,2% |

**9- Creus que els sistemes de certificació i recertificació han de ser realitzats per institucions o agències totalment independents (de l'administració, de l'empleador...)?**

- |       |        |
|-------|--------|
| a. Sí | 83,19% |
| b. No | 16,81% |

**10- Creus que els col·legis professionals i les societats científiques han de dissenyar els requisits que s'han d'exigir periòdica i obligatòriament en la FMC a tots els professionals en funció de l'especialitat?**

- |       |      |
|-------|------|
| a. Sí | 100% |
| b. No | 0%   |

**11- La carrera professional hauria de ser igual a totes les entitats empleadores de Catalunya?**

- |       |       |
|-------|-------|
| a. Sí | 62,5% |
| b. No | 37,5% |