

PRESENTACIÓN

Hablar del conflicto entre los MIR (médico interno residente) y los MESTO (médico especialista sin título oficial) sin excluir del diálogo los intereses de uno y otro colectivo no es tarea fácil. No es intención de la Fundación Privada Vila Casas ponerse del lado de unos o de otros, puesto que tanto los MIR como los MESTO tienen razones objetivas para defender sus intereses futuros.

No hay que olvidar que ambos colectivos son médicos. Unos han ejercido con una presión en el estudio, después de haber obtenido la licenciatura, y los otros ejercen su especialización tras años de práctica en centros hospitalarios.

Con la aprobación y entrada en vigor del Real Decreto, de 24 de setiembre de 1999 (por el que se modificaba el RD 127/1984), se intentó zanjar un conflicto que provenía de muy atrás y que, según como se mire, puede parecer injusto.

Lamentablemente, en muchas ocasiones observamos que en el mundo sanitario se evita pensar en el problema hasta que ya está sobre la mesa requiriendo soluciones. Y, precisamente en sanidad, donde siempre se dice que la mejor medicina es la prevención, jamás se ha tratado de prevenir hechos que iban a ocurrir a medio plazo... Muchas veces son temas políticos, que no es «rentable» abordar.

Concretamente, este asunto de los MIR/MESTO, el segundo tema en generar artículos de opinión según resultados del último *Informe Quiral*, nos sugieren algunas preguntas que invitan al debate:

- Si había demasiados médicos, ¿por qué no se establecía el número *clausus*?
- ¿No sería mejor restar del colectivo antes de empezar la carrera universitaria o en su primer curso, en lugar de tener médicos que han terminado la licenciatura sin poder entrar en las «plazas *clausus*» de MIR?



- ¿Por qué no se reduce el número de licenciados, en lugar de crear más universidades que provocaban un mayor número de ellos?
- ¿Por qué no se programa en el tiempo qué tipo de especialistas serán necesarios y qué especialidades podrán ir quedando obsoletas?

Personalmente, más que indicar mi opinión, deseo hacer hincapié en que con tiempo y cierta previsión se podían haber hallado soluciones que hoy hubieran evitado este conflicto que, *in extremis*, acaba creando desconfianza en los pacientes y agravios comparativos entre los médicos.

La Administración, desde su atalaya, ha de ser consciente de que estos casos deben evitarse, ya que presentar en público una discrepancia interna de dos colectivos no es la forma más conveniente de encontrar soluciones: una excesiva presión externa en estos casos puede estar facilitando una justicia salomónica.

Los invitados a los Encuentros de hoy son Ángeles Amador, José Manuel Romay Beccaría, Miquel Bruguera, Miquel Vilardell, José M^a Segovia de Arana y Mario Pérez Blanco.

Antoni Vila Casas
Presidente de la Fundación Vila Casas

Sumario	2
Presentación	
ANTONI VILA CASAS	2
El conflicto MIR/MESTO	
LA DIFÍCIL LABOR DE CONCILIAR DOS DERECHOS DIFERENTES	3
Ponentes	
Ángeles Amador	5
José Manuel Romay Beccaría	6
Miquel Bruguera	7
Miquel Vilardell	8

José M ^a Segovia de Arana	9
Mario Pérez Blanco	10
Debate	11
Conclusiones	15

CUADERNOS QUIRAL

AÑO 3 • NÚMERO VII • PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL • MARZO 2001
Edita: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF
© Fundación Privada Vila Casas, Ausiàs March, 20 - 08010 Barcelona
Coordinación: Ángeles Canals
Producción editorial: Rubes Editorial, S.L.
ISSN: En trámite • Depósito legal: B-52114-98 Impresión: Grup 4

EL CONFLICTO MIR/MESTO

LA DIFÍCIL LABOR DE CONCILIAR DOS DERECHOS DIFERENTES

Cada vez que las administraciones competentes intentan dar una solución a la situación de incoherencia que se da en nuestro sistema de sanidad referente a los médicos especialistas sin titulación oficial (o MESTO) estalla la polémica. Y las posiciones y acciones de cada uno de los colectivos de médicos afectados (los MIR y los MESTO) aparecen en los medios de comunicación. La última gran movilización que tuvo lugar en este sentido fue en 1999, a raíz del anuncio del Gobierno de la aprobación de un Real Decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de especialista. El conflicto generó un gran número de textos periodísticos (208 según el *Informe Quiral 1999*), concentrados en los meses de abril, mayo, junio y julio, lo que le situó en un puesto destacado entre los temas sanitarios más tratados por la prensa durante ese año.

Recientemente se ha podido comprobar que la controversia acerca de la formación del médico especialista no es endémica de nuestro país: la prensa francesa destacaba, a mediados de este mes de enero, la polémica aprobación de un proyecto de reforma de las pruebas de acceso a la formación especializada. Esta reforma también ha suscitado las protestas de una parte de los médicos residentes, al entender que tampoco esta vez se establece una regulación del flujo de médicos especialistas y generalistas, que consideran indispensable. Esta reivindicación de los facultativos franceses también parece ser una de las cuestiones subyacentes en el origen de los conflictos del colectivo sanitario español.

Tal como se pudo leer en las páginas de la prensa durante la eclosión mediática del conflicto, el origen del problema en nuestro país se encuentra en la década de los setenta, cuando el sistema sanitario, en cuyos centros se formaban los especialistas a través del sistema de residencia, no disponía de una capacidad docente capaz de acoger en su totalidad a las nuevas promociones de facultativos. Sin embargo, los hospitales necesitaban médicos y contrataban a licenciados aunque no tuvieran el título de especialista.

Cronología del conflicto desde 1999

Marzo

- El Consejo Nacional de Especialidades (CNE) aprueba el proyecto de Real Decreto de acceso excepcional al título de especialista, con la condición de que se cierren las vías extraordinarias de titulación al margen de la MIR.

Abril

- Inicio del detallado seguimiento mediático del conflicto a raíz de las movilizaciones de los MIR contra el decreto, que consideran un agravio comparativo. • [12/4] Reunión de la Comisión

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la que los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas y el Ministerio aprueban el proyecto de Real Decreto de acceso excepcional al título de especialista. • [14/4] Publicado en el BOE el desarrollo del Real Decreto de acceso excepcional al título de Medicina Familiar y Comunitaria 1853/1998 de 31 de julio. • Los MIR se organizan al margen de los Colegios de Médicos y crean la Coordinadora de Residentes (CEMIR). • El Ministerio de Sanidad reconoce como interlocutora la CEMIR. Huelga de los MIR para defender la exclusividad de la vía MIR.

Mayo

- Sanidad acepta rehacer el decreto y elimina de él varias disposiciones, como las que abrían una vía específica de titulación en medicina preventiva y en medicina del trabajo. • Los MIR convocan las huelgas.

Junio

- La OMC media entre los MIR y MESTO para llegar a un acuerdo. • Convocatoria de huelgas de los MIR. • El Ministerio de Sanidad negocia con las autonomías. • Hospitales de la Organización Médica Colegial (OMC) apoyan el decreto de titulación. • Los MESTO responden a las descalificaciones de los MIR presentando una encuesta en la que especialistas en formación critican los fallos del sistema de residencia.

Julio

- [1/7] Nuevo borrador del decreto de titulación que sustituye al fechado en el mes de mayo. Excluye al MESTO que no esté activo y exige un 175 % del ejercicio. • La OMC media entre MIR y MESTO, pero el diálogo entre ambos colectivos se rompe al no conseguir un consenso en cuestiones básicas. • [7/7] Nuevo proyecto de decreto, al que los residentes pueden realizar sus alegaciones formales (colegios y médicos también darán su opinión). • La OMC y los especialistas sin título oficial califican el texto de restrictivo. • Los MESTO rechazan que el examen destinado a evaluar su capacidad profesional sea el primer paso en el proceso de regulación de estos facultativos, tal y como prevé el borrador del real decreto que prepara el Ministerio de Sanidad. • [24/7] El Ministerio de Sanidad concluye la recepción de alegaciones al proyecto del decreto.

Agosto

- El Ministerio de Sanidad remite al Consejo de Estado el borrador del proyecto de Real Decreto para aprobarlo en el primer Consejo de Ministros de setiembre.

Setiembre

• Los MESTO piden formación de familia para quien no logre el título de otra especialidad. • [13/9] El Consejo de estado emite un dictamen favorable al Real Decreto. • [24/9] El Gobierno aprueba el nuevo decreto de titulación.

Más recientemente, el 6 de octubre del 2000, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo avala la constitucionalidad del Real Decreto del 24 de setiembre. El proceso judicial es iniciado por representantes de los residentes, que aducen que la medida vulnera el derecho constitucional a la igualdad y, más en concreto, el de acceder a la función pública en condiciones igualitarias para todos. El Supremo desestima el recurso al entender que el derecho a la igualdad consagrado en la Constitución «impide tratar desigualmente a los iguales, pero no excluye la posibilidad de que se trate igualmente a los desiguales».

En este mismo mes de octubre, los medios de comunicación publican también la confirmación del Ministerio de Sanidad a los MESTO que la prueba para obtener la titulación se iniciará a finales de febrero y que su finalización está prevista para abril o principios de mayo.

¿Calidad asistencial o lucha por la plaza?

Además de recoger puntualmente cualquier novedad respecto a las negociaciones mantenidas entre las diferentes partes afectadas por el conflicto, así como sus acciones de protesta (mayoritariamente en forma de parón asistencial), las páginas de la prensa también se han hecho eco de las opiniones y argumentos esgrimidos desde cada una de las posiciones. Desde el colectivo de residentes se acusa a la Administración de querer legitimar a médicos que no han acatado la legalidad, con el consecuente agravio comparativo que ello supone para los que sufren, o han sufrido, las consecuencias de haber seguido la vía MIR, como la dureza del examen, la elección de especialidad y destino sujeta a la calificación de éste, el largo período de residencia hospitalaria, duro, mal retribuido, con jornadas extenuantes, la no garantía de trabajo al término del período de formación, etc. También abundan las declaraciones de descrédito hacia la formación de los MESTO, con la consecuente amenaza de disminución de la calidad asistencial.

Los principales argumentos esgrimidos desde el colectivo MESTO hacen referencia a que su situación no es debida a una dejadez profesional, sino a la insuficiente asignación presupuestaria de la Administración a la formación especializada, con el consecuente desequilibrio entre la cifra de plazas MIR y el número de aspirantes. Desde este colectivo también se acusa a los residentes de disfrazar de preocupación por la calidad asistencial la lucha por la obtención de las escasas plazas que ofrece la sanidad pública y, con esta falacia, desacreditar a todo el colectivo MESTO intentando crear una opinión pública a su favor. Los MESTO defienden que, en esta opción excepcional a la titulación de especialista, ya se contempla la evaluación de la formación de los candidatos, por lo que la objeción de los residentes no tiene razón de ser.

Las diversas caras del conflicto

Por otra parte, con la aparición del polémico decreto, vuelve a resurgir el debate sobre la necesidad de revisión y actualización de la formación del médico en general y del especialista en particular. Ello se observa en la mayoría de los artículos de opinión que aparecen en la prensa durante los momentos más calientes del conflicto. En estos textos aparecen las cuestiones sobre las deficiencias del sistema MIR, la urgencia de mejorar esta vía de formación especializada (a la que, no obstante, se tiene por la mejor y más objetiva de las opciones hasta la fecha), la discusión sobre si es la docencia o la asistencia la que debe hacerse cargo del gasto del aprendizaje médico, y la falta de una cultura evaluadora de la profesión médica, así como su necesidad para garantizar el mantenimiento de la competencia profesional.

Desde una buena parte de estos textos de opinión también se echa en falta la carencia de un compromiso político para solucionar las causas que han llevado a la situación actual de pléto- ra, desempleo y trabajo en precario del colectivo sanitario, situando en la base del conflicto un problema de regulación de la oferta y la demanda profesional.

No deja de sorprender el elevado número de textos de opinión (cartas al director, editoriales, artículos y comentarios) que ha generado esta problemática, con una gran proporción de ellos firmados por profesionales de la sanidad. En general, el colectivo médico es poco dado a utilizar la sección de Cartas al director para manifestar su opinión respecto a los temas sanitarios que se presentan en la prensa, lo que en múltiples ocasiones genera la crítica, por parte de los periodistas, de la falta de cooperación o de sensibilidad de los sanitarios ante la necesidad de ofrecer una información de calidad a los lectores. En esta ocasión, en que el tema en cuestión les concierne de una forma más directa, parece que ha habido una mayor predisposición a la colaboración.

Pero también el papel desempeñado por la prensa en este tema ha tenido críticas por parte de las corporaciones médicas. Por un lado, los MESTO han denunciado en varias ocasiones un trato discriminatorio hacia su colectivo por parte de los medios de comunicación. Por otro lado, las asociaciones profesionales también acusaron a la prensa de ser una de las causas del fracaso de las negociaciones entre MIR y MESTO, al publicar el último borrador de Sanidad durante la celebración de las reuniones que mantuvieron los dos colectivos para acercar posiciones, así como por abrir demasiadas expectativas en torno a estas reuniones.

Conciliar los derechos y argumentos de estos dos colectivos sanitarios no parece un reto nada fácil de llevar a cabo pero, en cualquier caso, se adivina que sí es necesario. No tan sólo por solucionar la incoherencia de la situación actual, sino por restaurar la credibilidad de la propia formación y la confianza de los usuarios en el sistema sanitario. Porque los enfrentamientos entre MIR y MESTO y el cruce de descalificaciones que se dirigieron, recogidas ampliamente por la prensa durante el conflicto, pueden erosionar esa confianza en los servicios sanitarios y poner en tela de juicio el propio prestigio del conjunto del colectivo médico.

PONENTES

ÁNGELES AMADOR

Licenciada en Derecho.

Ministra de Sanidad y Consumo de 1993 a 1996.

Elegida diputada en 1996, ha sido portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados hasta marzo del 2000.

Actualmente es vicepresidenta primera de la Comisión Constitucional del Congreso.

La creación del Sistema Nacional de Salud en la Ley General de Sanidad de 1986 y su evolución histórica mediante la integración efectiva de los servicios sanitarios preexistentes bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas y la dirección en lo básico del Estado, ha dado lugar a una acumulación y a la coexistencia de diferentes situaciones, de hecho, no siempre bien resueltas.

Una de las más notorias es la relativa a la formación de los médicos, en toda su amplitud desde el pregrado hasta la especialidad. El crecimiento del propio sistema, el avance de la ciencia médica, el cambio en las necesidades sociales, el aumento de las especialidades, la integración de España en el ámbito europeo son factores tanto en lo que se refiere a la formación de especialistas como a su acceso al sistema sanitario público. También ha sido determinante la masificación de los años setenta y ochenta en el acceso a la Universidad y concretamente a las facultades de medicina que han funcionado en lo relativo a criterios de admisión ignorando las limitaciones para la formación de especialistas del sistema sanitario público.

Surge así el conflicto entre médicos internos residentes (MIR) y médicos especialistas sin título oficial (MESTO), en el que unos y otros tienen razón. La tienen los MESTO, contratados por el propio sistema como especialistas y ejerciendo como tales. Y la tienen los MIR cuando defienden su formación, homologada y de calidad que, por cierto, consiguen con enorme esfuerzo.

En los años setenta empezaban la carrera de medicina 23 000 alumnos. El sistema sanitario ofrecía entonces alrededor de 1800 plazas de formación MIR. Entre 1985 y 1991 se licenciaron en medicina 34 129 alumnos, mientras que las plazas MIR convocadas entre 1992 y 1997 fueron 25 473. El desfase supone que 8656 licenciados en medicina no han podido acceder a la formación especializada. El Grupo de Salud del Consejo de Universidades



propuso en 1997 una disminución del número de estudiantes admitidos por curso en las facultades de medicina españolas del 6 %. La respuesta de las universidades fue que en el curso académico 97/98 el número de alumnos admitidos aumentó un 4 %.

El sistema MIR ha de ser necesariamente limitado. En primer lugar, por las necesidades sociales. Hay que formar a los especialistas que la sociedad necesita. Además, hay que hacerlo en las mejores condiciones de calidad docente y, por tanto, adecuada a la capacidad de los servicios y a su función asistencial. La capacidad financiera es también, por definición, limitada. El sistema MIR no puede, ni debe, atender una demanda limitada y, sin embargo, las universidades, con 27 facultades de medicina, parece que siguen ignorando esa realidad.

En el año 2000, el número total de médicos en España se ha cifrado en 160 000, lo que representa un médico por cada 250 habitantes. La media en los países comunitarios es de uno por cada 303 habitantes, lo que supone que España supera esa media en un 21 %, o lo que es lo mismo, tenemos más de 33 000 médicos en activo por encima de la media europea. El último Real Decreto aprobado por el Gobierno Popular el 24 de setiembre de 1999, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de médico especialista hace referencia, de una parte, «al número inusualmente elevado de alumnos en las facultades de medicina durante la década de los años setenta» y, de otra, «a una capacidad formativa del sistema sanitario inicialmente limitado» para afirmar a continuación que «ambos aspectos han sido ya suficientemente corregidos».

Lamento no compartir esa rotunda apreciación y confío en que la aplicación de esta norma se lleve a cabo con el rigor y las garantías que merecen los médicos especialistas españoles y la protección de la salud de todos.

JOSÉ M. ROMAY BECCARÍA

Licenciado en Derecho.

Ministro de Sanidad y Consumo de 1996 a 2000, ha sido subsecretario de la Presidencia y del Ministerio de Gobernación, vicepresidente de la Xunta de Galicia, presidente de la Diputación de La Coruña, *conselleiro* de Agricultura y de Sanidad de la Xunta de Galicia.

Actualmente es presidente de la Comisión de Justicia e Interior del Congreso de los Diputados.



La situación de los MESTO ha trascendido de los ámbitos estrictamente docentes y sanitarios, de forma tal que tanto el Congreso de los Diputados, en proposición no de ley aprobada el 7 de octubre de 1997, como el Senado, en moción aprobada el 8 de abril de 1997, instaron al Gobierno para que, de modo excepcional, manteniendo y consolidando el sistema de residencia como la única vía ordinaria de acceso al título de médico especialista, articulara las medidas reglamentarias que resultaran procedentes para que el colectivo de médicos MESTO pudiera obtener dicho título, manteniendo los criterios de calidad alcanzados por el sistema de formación médica especializada regulado en el Real Decreto 127/84.

A partir de entonces se desarrolló un proceso largo y complejo durante el que el Ministerio de Sanidad, en estrecha colaboración con el de Educación y Cultura, mantuvo constantes encuentros de trabajo con las organizaciones y asociaciones que representan los diferentes intereses afectados (Consejo Nacional de Especialidades Médicas, MESTO, OMC, comunidades autónomas, Unión Europea, etc.). Fruto de estos trabajos fue un proyecto de decreto que inició su tramitación en diciembre de 1998.

Los MIR (colectivo hasta entonces no organizado, pero cuya opinión había sido recogida a través de sus representantes en las Comisiones Nacionales de Especialidad) se movilizaron y manifestaron una fuerte oposición a dicho proyecto, lo que llevó a convocatorias de huelga y manifestaciones callejeras en los meses de junio y julio. El proyecto fue profundamente revisado tras nuevos encuentros informales con los distintos colectivos, especialmente con la denominada Coordinadora de Médicos Internos Residentes (CEMIR) y, tras un nuevo período formal de audiencia al resto de implicados, se redactó un nuevo proyecto que fue informado favorablemente por el Consejo de Estado.

El texto del proyecto definitivo obedecía a un esfuerzo de equilibrio entre las distintas posturas manifestadas, correspondientes a distintos intereses afectados, sin perder nunca de vista el superior interés general de la población de disponer de especialistas médicos de mayor calidad. No puede afirmarse que su contenido responda a un consenso global, pero sí que establece un procedimiento que puede ser aceptado por todas las partes. Se ha diseñado un sistema de acceso al título más exigente que el previsto inicialmente (por ejemplo, con un mayor tiempo de ejercicio profesional en el campo de la especialidad y la existencia de una prueba previa para todos los aspirantes) y que resolverá de forma definitiva el problema de los médicos sin título de especialista al prever la evaluación, de forma conjunta, del resultado de la prueba teórico-práctica con la valoración del historial formativo y profesional de los candidatos.

De acuerdo con el Real Decreto 1497/1999 pueden acceder al título de especialista los médicos que acrediten su ejercicio profesional durante un tiempo no inferior al 170 % del período de residencia exigido para cada especialidad y que hayan obtenido una formación equiparable a la exigida por el sistema MIR. Los aspirantes deberán realizar una prueba teórica-práctica ante un Tribunal de Expertos, que también valorará el currículum profesional y formativo, atendiendo a criterios de evaluación comunes que fijará, para todas las especialidades, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Quienes sean favorablemente evaluados por el Tribunal, cuyos miembros serán propuestos por diferentes organizaciones profesionales, obtendrán el título de médico especialista. Por este Real Decreto sólo se podrá solicitar un único título de médico especialista, abriéndose un plazo de seis meses a partir de la publicación en el BOE (que fue el 26/9/99).

MIQUEL BRUGUERA

Doctor en Medicina.

Profesor titular de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Desde 1994 es presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.



Durante el debate que enfrentó a los MIR y los MESTO, en 1999, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) trató de mantener una posición de equilibrio entre los colectivos y en sus manifestaciones públicas se esforzó en aportar sugerencias que atenuaran el enfrentamiento.

En resumen, la posición del COMB queda definida en las siguientes afirmaciones:

1) La responsabilidad última del conflicto fue de las sucesivas Administraciones sanitarias que permitieron un desequilibrio entre el excesivo número de licenciados en medicina y la limitación de plazas para la formación de posgrado.

2) El Real Decreto 1497/1999 sobre un procedimiento excepcional de acceso al título de especialista puede resolver la inseguridad laboral de los MESTO que el propio sistema de salud hubo de incorporar para suplir la falta de especialistas titulados.

3) Este Decreto no debe abrir vías paralelas al sistema MIR para la formación especializada.

4) La prueba de acreditación a que deberán ser sometidos los MESTO para obtener el título de especialista debe constituir un método riguroso, pero no obligatoriamente restrictivo, de evaluar su competencia como especialistas.

5) Se han de arbitrar métodos para que el título de especialista obtenido por vía MIR comporte un mérito curricular en los concursos de provisión de plazas en el sistema sanitario público.

6) El conflicto MIR/MESTO ha puesto en evidencia la pérdida del sentido corporativo tradicional de los médicos y hace temer que ante otros conflictos de intereses que puedan surgir entre distintos sectores de la profesión, éstos traten de hacer públicas sus posiciones buscando un juicio social favorable.

7) La falta de líderes profesionales y la pérdida de credibilidad de las organizaciones médicas que puedan ejercer labores de arbitraje en los conflictos intraprofesionales es un grave hándicap para que la profesión médica pueda adaptarse a las nuevas exigencias y necesidades de la sociedad.

8) Es necesario introducir en los médicos la cultura de la evaluación, de modo que se acepte sin temores el principio de rendir cuentas de nuestro nivel de competencia, no tanto como un mecanismo de control sino como un método de mejora y demostración de responsabilidad social.

9) Urge la aplicación de criterios racionales, demográficos y de necesidades, para fijar el número de estudiantes que cada año pueden aceptar las facultades de medicina, y adecuar el número de plazas de formación especializada al número de licenciados en las sucesivas convocatorias.

MIQUEL VILARDELL

Licenciado y doctorado en Medicina y Cirugía.

Catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, en Barcelona.

Es director de la revista *Medicina Clínica*.



La práctica de la medicina en los países de la Unión Europea se rige por una normativa común que obliga a todos los licenciados en medicina a desarrollar una especialidad médica que asegure la futura calidad asistencial a la población. Las diferencias afectan al número de especialidades médicas, a la forma de acceso y a los programas formativos. Concretamente, en España, disponemos de una vía única, de ámbito estatal, el MIR, que se caracteriza por una única prueba, teórica y memorística, para el acceso a todas las especialidades, excepto la medicina familiar y comunitaria a la que se puede acceder también por una prueba de acceso específica.

El concepto de especialista vía MIR responde a la necesidad de definir un marco legal y, a la vez, asegurar, aunque hay excepciones, un nivel de conocimientos y capacidades adecuados, por lo menos los primeros años. Se ha de reconocer que el modelo MIR ha supuesto un salto cualitativo en el nivel de competencias de los licenciados en medicina que optan a la especialidad médica. Es un modelo de acceso democrático, fuertemente arraigado en los hospitales docentes y de mayoritario contenido práctico.

El contenido del programa MIR viene definido por las respectivas comisiones nacionales de cada especialidad, en las que se hallan incorporadas las sociedades científicas y los colegios profesionales, lo que debería garantizar la eficiencia del programa y la calidad de los diferentes hospitales docentes... Se puede decir que existen unos buenos sistemas de acreditación de unidades docentes y de valoración continuada de los médicos residentes, pero se aprecia un cierto relajamiento que podría ser debido a la creencia generalizada en la fortaleza del propio sistema MIR. Debería plantearse un análisis profundo respecto a la prueba de acceso, a las vías de alcanzar las especialidades, a los programas formativos, a las acreditaciones de las unidades docentes y los sistemas de evaluación

de las competencias de los especialistas durante la formación y al final de la misma con el objetivo de fortalecer el sistema MIR.

En España, la desproporción que hubo principalmente en la década de los setenta y ochenta entre las plazas MIR y el número de licenciados en medicina que salían cada año de las facultades generó una imposibilidad de acceder a la formación vía MIR de infinidad de licenciados, creándose la denominada *bolsa histórica* de licenciados sin título de especialista. Pero estos licenciados no abandonaron la práctica de la medicina, sino que accedieron al mercado laboral en un momento en que había un importante despliegue hospitalario en toda España, especialmente en Cataluña, y acabaron realizando funciones de especialistas sin título oficial. Es aquí donde nace el concepto de MESTO. Actualmente pasa lo contrario, se ofrecen más plazas MIR que licenciados acaban la licenciatura, con el objetivo de reducir la bolsa histórica, cuando el mercado de la mayoría de especialidades está saturado.

Los ministerios de Sanidad y de Educación, las universidades, las sociedades médicas científicas, los colegios profesionales y, en general, toda la sociedad debemos consensuar un difícil equilibrio entre las necesidades médicas de la población, la formación de médicos especialistas con dinero público y la libertad de las personas para acceder a aquellas profesiones para las que se sientan vocacionadas. Es de justicia intentar solucionar errores del pasado sufridos por unos médicos que se vieron expulsados de la formación oficial de la especialidad médica, pero que entraron en el mercado laboral y han conseguido un nivel de capacitación similar a los MIR. Lo que no es posible es solucionar la problemática de todos los médicos que se quedaron sin título oficial. Los errores siempre se acaban pagando y lo importante en estos momentos es adecuar el número de médicos y especialistas a las necesidades actuales.

JOSÉ MA SEGOVIA DE ARANA

Doctor en Medicina.

Ex secretario de Estado para la Sanidad.

Creador y director, hasta 1986, del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

De 1992 a 2000 ha sido el presidente del Consejo Asesor de Sanidad.



El conflicto MIR/MESTO tiene una explicación dentro del proceso de regularización e implantación del actual sistema de formación de especialistas: depende de la falta de coordinación entre los diversos factores que intervienen en el proceso formativo y en la asincronía de acción de los mismos. De manera objetiva se considera positiva la solución que el Gobierno ha dado a esta situación tras las consultas efectuadas a los colegios de médicos, asociaciones científicas y profesionales, y a los informes del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las posturas de las partes interesadas son lógicas en la defensa de sus intereses de grupo. Con esa solución (RD 1497/1999), coincidimos muchos de los que hemos vivido directamente el proceso histórico de la implantación en España del actual sistema de formación de especialistas médicos.

En favor de la concisión enumero sucintamente los puntos que considero más destacados:

1. El sistema MIR de formación de especialistas en nuestro país es de una gran calidad y eficacia, y constituye uno de los factores más valiosos en la transformación y modernización de la medicina española.
2. Su implantación se ha realizado dentro del proceso de diversificación y modernización de las especialidades médicas y quirúrgicas en los grandes hospitales del sistema asistencial español en los que la asistencia está unida a la docencia y en lo posible a la investigación.
3. La formación de especialistas se basa en el principio de *formación en servicio* con definición, programas y procedimientos dictados por una Comisión Nacional de cada especialidad constituida por representantes cualificados de organismos públicos. La existencia de médicos especialistas sin título oficial se debe a períodos de transición desde una situación previa descontrolada e irregular a un sistema exigente y plenamente regulado. En el pro-

ceso evolutivo hay que señalar: a) la transformación del profesional liberal, independiente y autosuficiente en el médico que trabaja en equipo con actitudes, obligaciones y procedimientos corporativos; b) la definición legal de los contenidos, retribuciones y límites de cada especialidad con paulatina disminución de las competencias profesionales del título de licenciado en medicina y cirugía, y c) el pago a los médicos por «terceros» con progresiva disminución de la relación económica directa entre médico y enfermo.

4. Como consecuencia hay que limitar el número de médicos en formación en las facultades de medicina, lo que no fue admitido por la gran mayoría de las universidades. Esto dio lugar a una gran sobreproducción de médicos que pasan a engrosar la «bolsa» de parados. El número de plazas convocadas y subvencionadas por la Seguridad Social para la formación oficial de especialistas por el MIR ha sido insuficiente en varias convocatorias, engrosando más la bolsa de médicos sin empleo.

5. Lentamente, el proceso se va ajustando con la limitación del número de estudiantes de medicina, la ampliación de las plazas MIR y la progresiva jubilación de los médicos.

6. Se estima que la regulación propuesta en el Real Decreto es adecuada pero coincidiendo con los criterios expuestos por el Colegio de Médicos de Barcelona hay que asegurar: a) que sea la última vez que se produce este tipo de regulación la cual debe solucionar definitivamente el conflicto de la transición en la formación de especialistas, y b) que, sin excepción alguna, quede el sistema MIR como única vía de formación de especialistas médicos, aunque introduciendo las matizaciones que se estime oportunas según la experiencia que se vaya adquiriendo.

7. Finalmente, debe estimarse la coordinación funcional entre tres etapas formativas del médico: la universitaria de pregrado, la posgraduada de formación de especialistas y la formación médica continuada como base adecuada para el desarrollo de la carrera profesional.

MARIO PÉREZ BLANCO

Licenciado en Medicina General y Cirugía.

Médico especialista sin título oficial, con más de 13 años en ejercicio práctico de su especialidad en el Instituto de Medicina Social (IMSSA).

Profesional liberal con consulta propia de obstetricia y ginecología, desde 1987 hasta la actualidad.

Vocal de la Coordinadora MESTO-Madrid y de la Sección Colegial MESTO.

En 1984, con la argumentación de adaptarse a las normas europeas, se publica un Real Decreto que consagra el sistema MIR como la vía única de acceso al título de especialista, sin preocuparse por solucionar las situaciones de transición que se prevían. La implantación cuadrículada de este sistema tiene implicaciones importantes y muy directas no sólo para el ejercicio profesional, sino para el estudio de lo que podríamos llamar *medicina*. Veamos algunas de esas consecuencias:

- El estudiante de medicina, desde el primer curso de carrera, tiene una meta primordial: pasar el examen MIR. Dedicar su energía vital a ser especialista sin ser médico. Ha sustituido el estudio del enfermo por toneladas de papel tipo test. Tenemos especialistas que no han aprendido a ser médicos.
- El acceso a una plaza de especialista se plantea como una oposición sin serlo, ya que este tipo de convocatoria no cumple las normativas legales de una oposición, ni tan siquiera existe un temario oficial. Psicológicamente, se crea el espejismo de estar accediendo a una plaza oficial, cuando en realidad se logra una plaza de formación con duración limitada. Ello provoca que los MIR, en sus reivindicaciones, planteen una segunda residencia, porque la formación acaba siendo una forma de empleo.
- La forma de acceso sólo está basada en aspectos memorísticos sin contemplar otras cualidades que son importantes para cualificar al médico.
- No es vocacional, ya que suele «tocar», en el sentido del más puro azar, una especialidad que generalmente no gusta. Hay casos de abandono por esta causa y esas estadísticas se desconocen. En cuanto a los contenidos de la especialidad, los propios MIR se quejan del deficiente sistema de tutela.



- Es un sistema que ha contribuido determinadamente a la proletarización del médico en el ámbito público y a la depreciación del trabajo médico en las sociedades e incluso en el ámbito privado.
- Dejó a un colectivo de miles de médicos que hasta entonces había ejercido su profesión sin problema alguno, al filo de la legalidad, incluso legislando de una manera ambigua el delito de intrusismo entre médicos.

En 1999, a raíz del denominado conflicto MIR/MESTO, el Congreso de los Diputados y el Senado aprueban una proposición no de ley para solucionar el problema MESTO (a propuesta de Convergència i Unió, Coalición Canaria y Partido Popular). La concreción del primer borrador, que ya proponía requisitos muy altos (entre otros, un examen de fin de especialidad que, por cierto, no aceptan los MIR), se vio contestado por la CEMIR que resucita virulentamente contra los MESTO con movilizaciones y descalificaciones. Tras múltiples avatares se llega a la publicación de un Real Decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista, con fecha 24 de setiembre de 1999, que todavía pone el listón más alto.

¿Realmente soluciona este decreto-ley el problema MESTO? En mi opinión, no. Y no estoy pensando en el colectivo actual, ya envejecido entre comillas, sino en las nuevas generaciones. El colectivo MESTO-Madrid, en general, no cuestiona la vía MIR en cuanto a sistema docente, pero sí su acceso y contenidos, cuya mejora sólo se conseguirá si se repiensa desde todos los estamentos implicados: los estudiantes que deben replantearse ser médicos al acabar su carrera, los que ya están, los docentes (catedráticos y profesores), que han sido excluidos todos estos años, y, por supuesto, la Administración.

DEBATE

En el coloquio que siguió a las exposiciones de los especialistas invitados a este séptimo Encuentro Quiral se debatió fundamentalmente en torno a tres aspectos: los orígenes y causas del conflicto que enfrentó a los dos colectivos de médicos (MIR y MESTO), las carencias o flaquezas de la formación médica, haciendo hincapié en la formación continuada y los problemas que pueden surgir en el futuro, así como sus consecuencias, si no hay un esfuerzo de planificación para responder a las necesidades del sistema sanitario público, que evolucionan paralelamente a la evolución/revolución de la medicina y a los cambios que experimenta la sociedad.

La asignatura pendiente de los estudios de medicina: los *numerus clausus*

Las causas subyacentes al origen del conflicto aparecieron muy pronto en el debate. En la primera parte del Encuentro los ponentes ya apuntaron que el desfase entre el número de alumnos que entraban en las facultades de medicina y el número de plazas MIR era el que había provocado la creación de la bolsa de médicos especialistas sin una titulación oficial. Fernández Rúa iniciaba el debate en este aspecto refiriéndose a la responsabilidad de la actuación, o no actuación, de los políticos sobre el asunto: «¿No creen ustedes que este problema trasciende de una mera situación social a un problema político? ¿No se tenía que haber abordado el tema de los *numerus clausus* desde los ministerios y haber llegado a un pacto de Estado con las administraciones autonómicas?». Ángeles Amador replicaba al planteamiento del periodista apelando a la complejidad de la cuestión, que ya había planteado muy claramente Miquel Vilardell en su exposición inicial, y animaba a no perder



una perspectiva global de la cuestión: «Esa oposición al *numerus clausus* tiene unas causas profundas relacionadas con todos los ámbitos de la sociedad, y no sólo con Sanidad o con Educación. Qué duda cabe que se ha producido una asintonía entre los responsables académicos y los responsables sanitarios que pagamos duramente, pero creo que tampoco podemos perder de vista que tenemos el MIR, que es un excelente sistema de formación, y un estupendo

es la sociedad la que te forma, la que te financia y, sobre todo, la que te necesita. (...). De manera que el problema no está resuelto, por lo que no podemos seguir mirando para otro lado sin hacer nada y luego pedirle cuentas al ministro de turno».

La evaluación a evaluación

Otro de los puntos extensamente tratados a lo largo de la reunión fue el de la evaluación de los profesionales de la medicina. El primer aspecto que surgió en el debate en referencia a este tema fue el de las características que debían tener las pruebas de capacitación exigidas por el Real Decreto del año 1999 para conseguir la titulación oficial de especialidad. Miquel Vilardell mostró su preocupación por el examen, considerándolo el elemento nuclear del conflicto y la pieza clave de su solución: «Me gustaría saber si el examen va a ser un filtro, y de este modo dar satisfacción a los MIR por que el número de especialistas se incrementaría en un número modesto, o si lo que se buscará es una garantía de que los que tengan el título estén capacitados para ejercer la profesión con dignidad y claridad. Sería muy conveniente que los criterios para la formulación del examen fuesen compartidos por todos los que tienen que intervenir». Mario Pérez Blanco, de acuerdo con Vilardell, expresaba su confianza en que las cosas irían por esos cauces: «Si el Ministerio se decide a promover una ley para solucionar

«¿No creen ustedes que este problema trasciende de una mera situación social a un problema político, que se tenía que haber abordado el tema de los *numerus clausus* desde los ministerios y haber llegado a un pacto de Estado con las administraciones autonómicas?»

JOSÉ M^a FERNÁNDEZ RÚA

sistema sanitario, y todo lo que eso representa para el conjunto de la sociedad. El problema mayor es que tenemos un exceso de médicos. El número de médicos por habitante que hay en España supera en un 30 % la media comunitaria. Y ser médico en esta sociedad ya no es tan sólo una decisión individual, resulta que es un problema social, por que

el problema, imagino que tiene la intención verdadera de solucionarlo y, por tanto, quiero pensar que el examen tendrá una lógica, y que será para ver si se sabe o no se sabe». Vilardell también quiso especificar cómo debería formularse esta prueba de capacitación: «Será un mal examen si es simplemente de conocimientos por que entonces se van a pedir cosas que no son necesarias para el desarrollo de la especialidad. Creo que el examen debe fundamentarse sobre todo en habilidad y actitud, y evidentemente en conocimientos, pero muy generales dentro de la especialidad. Sólo así el pro-

«Ser médico en esta sociedad ya no es tan sólo una decisión individual, sino que es un problema social: la sociedad le forma, le financia y, sobre todo, le necesita.»

ÁNGELES AMADOR

fesional con experiencia, que lleva años trabajando, demostrará realmente esa capacitación». Romay Beccaría quiso tranquilizar respecto a los recelos mostrados en este sentido afirmando que «en el tema de la configuración de las pruebas, que fue muy debatido, se llegó a un consenso de garantías, de criterios y de procedimientos para la estructuración del examen. (...) Se ha dado cabida en la designación de los tribunales a los colegios profesionales, al Consejo Nacional de Especialidades y a las sociedades científicas, de modo que hay realmente una entrada muy importante de las instituciones más relacionadas con esta materia».

La formación y evaluación de los médicos durante su carrera profesional también fue uno de los puntos tratados. Ya en las ponencias previas al coloquio, Miquel Bruguera se mostró absolutamente partidario de la introducción de la cultura de la evaluación entre el colectivo médico para poder identificar los puntos débiles y juzgar por dónde se debe

«El sistema MIR está esencialmente orientado hacia la medicina clínica y asistencial. ¿Por qué no se habilitan puentes hacia la investigación básica o hacia otras flaquezas del sistema sanitario, como podrían ser desempeños profesionales relacionados con la aplicación de las nuevas tecnologías?»

GONZALO CASINO

mejorar la preparación. Antoni Vila Casas quiso sumarse a esta opinión matizando el problema de la oposición con que topa este tema entre los profesionales: «La evaluación es contraria a la cultura de nuestro país, y esta inercia de la sociedad es muy difícil de cambiar. En mi opinión sólo hay un sistema para romperla: anunciar el problema y las medidas con tiempo. Si la gente viera que tiene tiempo para demostrar que está preparada, se perdería el miedo a la revalidación».

La necesidad de adaptarse a los cambios

José Luis de la Serna también alertó sobre la urgencia de incluir en la formación médica los nuevos avances en biología molecular, debido a la enorme relevancia que prometen conseguir en la nueva medicina que ya se vislumbra: «Se necesita crear un ambiente social que favorezca que los médicos españoles sean conscientes del cambio revolucionario que va a ocurrir en la medicina en los próximos años». De la Serna echó en falta la actuación de la Administración para ofrecer a los profesionales sanitarios unos planes de formación continuada en esta dirección: «Ahí es donde creo que se debería implementar la recertificación de los profesionales de una manera inteligente y sensata. No consiste en apretarles y examinarles cada año, pero sí en aportar créditos de





actualización que permitan a los médicos, con un poco de esfuerzo, seguir formándose y hacer una medicina de calidad».

Aunque hubo un consenso bastante general sobre las excelencias del sistema MIR, Gonzalo Casino también

«Las actuales administraciones educativas y sanitarias tienen conciencia de que éste es un tema importante y saben que deben afrontarlo.»

JOSÉ M. ROMAY BECCARÍA

reflexionó sobre la falta de acomodación de éste a las nuevas necesidades: «El sistema MIR está esencialmente orientado hacia la medicina clínica y asistencial. ¿Por qué no se habilitan puentes hacia la investigación básica, o hacia otras flaquezas del sistema sanitario como podrían ser desempeños profesionales relacionados con la aplicación de las nuevas tecnologías?». Segovia de Arana respondía a esta cuestión con cierto optimismo: «Esto ya está resuelto. Por ejemplo aquí en

Barcelona, el Hospital Clínic tiene un fondo común para que algunos especialistas que hayan terminado su formación MIR hagan investigación, y eso ha hecho que este hospital suba por las nubes en todas las publicaciones de referencia. Pero creo que tiene toda la razón, hay que inyectar la investigación también dentro de esa formación de médico». Hubo varias voces disconformes con este punto de vista, entre ellas las de Miquel Vilardell: «No se puede seguir haciendo demagogia. No se puede decir que un médico es docente, investigador y asistencial en un mundo competitivo en las tres vertientes. No sólo necesitamos *papers*, necesitamos patentes porque la sociedad pide moléculas nuevas, pide aplicación práctica. Las facultades de medicina deben producir gente con capacidad para dirigirse a la investigación básica, y luego tener un sistema profesionalizado igual que el MIR, por que ser básico y al mismo tiempo ser un buen médico y un buen docente es muy, muy difícil».

La importancia de la planificación

Àngels Gallardo puso sobre la mesa otro tema que desencadenó un nuevo debate: la necesidad de una planifica-

ción en la distribución de los médicos especialistas para cubrir las demandas asistenciales de la sociedad: «¿Cuáles son las especialidades médicas en las que sobran o faltan profesionales y en qué puede repercutir eso en los ciudadanos?». Miquel Bruguera admitía la existencia de ese problema, que ya había planteado en su exposición inicial: «Por ejemplo, en el caso de las listas de espera quirúrgicas uno de los factores limitantes es el número insuficiente de anestésistas. Creo que para evitar problemas asistenciales la formación especializada requiere un planteamiento que

«Se necesita crear un ambiente social que favorezca que los médicos españoles sean conscientes del cambio revolucionario que va a ocurrir en la medicina en los próximos años.»

JOSÉ LUIS DE LA SERNA

proporcione la flexibilidad necesaria para permitir la permeabilidad de una especialidad a otra, por ejemplo el paso de intensivistas a anestésistas». Vilardell

también apuntaba hacia esa línea y completaba la lista de requerimientos pidiendo «un estudio prospectivo en que intervengan profesionales de la salud, demógrafos, instituciones universitarias, administraciones, etc., y que pueda prever realmente cuáles serán las especialidades con déficit o con superávit». El ex ministro de Sanidad puntualizó que ya se elaboró un trabajo de estas características «realizado por la CENS para averiguar estas necesidades». Ángeles Amador quiso recalcar que «no es sólo un problema de titulación, sino también de vinculación laboral con el sistema. No se trata únicamente de permeabilidad entre especialidades, sino también entre puestos de trabajo, porque es muy difícil mover a los médicos cuando tienen una plaza de propiedad». Segovia de Arana no compartía estas opiniones: «No es adecuado hacer una planificación detallada del número de especialistas que se van a necesitar, sólo es necesario ver hacia dónde evoluciona el sistema. Lo importante para que la permeabilidad entre especialidades se haga con dinamismo es la calidad profesional, la calidad personal. Creo que la solución de la adaptación a los cambios es la llamada *habilitación externa*. Es decir, la habilitación de un grado de especialista (o de catedrático incluso o de médico de familia) y un contrato posterior, una

«Para evitar problemas asistenciales, la formación especializada requiere un planteamiento que proporcione la flexibilidad necesaria para permitir la permeabilidad de una especialidad a otra.»

Miquel Bruguera

vinculación laboral que puede ir cambiando de un momento a otro. Eso va a suceder indefectiblemente, lo queramos o no».

Ya finalizando la reunión, Óscar Vilarroya expresaba su preocupación por los diversos tipos de problemas que se habían dibujado en este debate: «En



el 78 ya se veían las consecuencias de admitir tantos alumnos en las facultades y no se hizo nada, y ahora lo criticamos. En la actualidad vemos los conflictos futuros y apuntamos soluciones como planificación, permeabilidad, flexibilidad, etc., pero no sé si se están aplicando las políticas necesarias para solucionarlos, y si no es así, es que no hemos aprendido nada del pasado». Romay Beccaría daba un mensaje esperanzador en este sentido: «Las actuales administraciones educativas y sanitarias tienen conciencia de que éste es un tema importante y saben que deben afrontarlo. Ciertamente, el panorama es más alentador: el tema de la adecuación de las plazas MIR con el de los alumnos de las facultades está más o menos controlado, la formación continuada está encarrilada con planteamientos muy serios y muy consensuados, y en cuanto al tema de la investigación, se está haciendo un esfuerzo con incrementos muy importantes de las aportaciones». Antoni Vila Casas quiso señalar, refiriéndose a la intervención de Vilarroya, que «precisamente eso es lo que pretendemos con estos *Cuadernos Quiral*: avisar de los problemas que como sociedad civil entendemos que pueden existir, y reflexionar sobre ellos».

**Fundación Privada Vila Casas
21 de febrero de 2001**

Ponentes

Ángeles Amador
José Manuel Romay Beccaría
Miquel Bruguera
Miquel Vilardell
José M^a Segovia de Arana
Mario Pérez Blanco
Antoni Vila Casas

Participantes

José M^a Fernández Rúa (*ABC*)
Marta Ciercoles (*Avui*)
Carmen Fernández (*Diario Médico*)
José Luis de la Serna (*El Mundo*)
Gonzalo Casino (*El País*)
Àngels Gallardo (*El Periódico*)
Óscar Vilarroya (*La Vanguardia*)
Gemma López Jornet
(Observatori de la Comunicació Científica)
Gemma Revuelta
(Observatori de la Comunicació Científica)
Vladimir de Semir
(Universitat Pompeu Fabra)
Ángeles Canals
(Fundación Privada Vila Casas)

CONCLUSIONES



La problemática generada por el conflicto entre los MIR y los MESTO, inevitablemente, ha causado una fractura en el colectivo médico que debería servirnos de lección para el futuro, un futuro que quizá no sea tan lejano como el que todos deseáramos. Tras el análisis de los ponentes invitados y el debate con representantes de algunos medios de comunicación sobre esta cuestión, podemos concluir que una de las principales causas del conflicto fue la necesidad que el propio Sistema Nacional de Salud español tuvo, en un determinado momento, de médicos especialistas para sus centros hospitalarios. No debemos olvidar que, desde hace años, el número de médicos por habitante es un parámetro importante en la valoración de los índices de desarrollo humano de los países, junto a los clásicos de esperanza de vida o las tasas de natalidad, mortalidad o alfabetización.

Por ello, contar con un adecuado sistema de formación de los profesionales médicos es ya un deber y una obligación de cualquier Estado que se precie del Bienestar. Y España ha demostrado tener un sistema, el popularmente denominado *MIR*, que ha situado a nuestra sanidad en un nivel eficiente y de calidad. También ha quedado patente que el Decreto de 24 de setiembre de 1999 es un instrumento que, bien aplicado, puede cerrar este conflicto.

No obstante, cabe destacar que el Estado, en su papel de principal «financiador» del Sistema Nacional de Salud, debería intentar que las universidades acompañaran la salida de sus aulas de los recién licenciados con el número de médicos previsiblemente requerido por el sistema sanitario, lo que evitaría en bastante medida estos hechos.

Podemos señalar, así, la existencia de un conflicto de intereses, por un lado, y de una falta de previsión, por el otro, que impidió encaminar a los ministerios de Sanidad y de Educación hacia un mismo objetivo, sólo justificable por motivos políticos y que, en momentos de máxima tensión, pudieron ser explicables. No obstante, de las historias antiguas se aprende...

Las ciencias de la salud avanzan con una extraordinaria rapidez. Es difícil predecir el futuro pero, de una u otra forma, es necesario preparar a la sociedad para que comprenda que el Sistema Nacional de Salud es un bien que debe ser sostenible.

En general, hay un concepto muy importante para toda sociedad: la capacidad de evaluar los objetivos que ella misma se plantea, y, en consecuencia, la valoración de si tales propósitos han cumplido las expectativas previstas y la valentía para corregirlos en caso necesario. El concepto de *Evaluación* es algo con lo que la sociedad debe convivir y que debería ser planteado como un objetivo de perfeccionamiento de la propia sociedad y en todos los terrenos.

El individuo, como ser independiente que convive en la pluralidad, no debe temer a la evaluación ni a sus mecanismos de corrección: hay que dar tiempo para el aprendizaje en esa nueva cultura de la evaluación y acomodarse a las exigencias del cambio.

Esperamos y deseamos que toda la sociedad, como la última beneficiaria que es y de la que todos formamos parte (ya sea desde la ciudadanía o desde la profesión médica), contribuya a la persistencia del Sistema Nacional de Salud. Para ello sólo nos resta, a partir de ahora mismo y con períodos de evaluación permanente, hacer que siga siendo posible.