

Respuesta del autor

Sr. Director: Quisiera agradecer la atención con la que el Dr. Monreal ha leído mi artículo sobre la evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación de los médicos de familia en diferentes países.

En relación con la inexactitud del número de unidades docentes (150) que mencionaba en mi artículo, creo efectivamente que se trata de una diferencia de interpretación, ya que el Ministerio de Sanidad y Consumo sigue anclado en las unidades docentes provinciales; en el BOE de 2 de noviembre de 2002 (convocatoria MIR 2002-2003) se publica una tabla en la que la casilla unidades docentes está ocupada solamente por las unidades docentes provinciales. Por tanto no serían 93, como afirma el Dr. Monreal, sino 50. Si se observa la relación de unidades docentes de Cataluña y Madrid de dicho BOE, se podrá comprobar que, para el ministerio, y no sé quién más, solamente existen 4 unidades en Cataluña y una sola en Madrid. Por otro lado, si se contabiliza la realidad, o sea las unidades docentes de «zona», suman exactamente 150, cifra que yo utilizaba en mi artículo. Creo sinceramente que no podemos seguir hablando a los compañeros de Madrid, de Cataluña o de otras partes del Estado de la estructura provincial de las unidades docentes.

También afirma el Dr. Monreal que el *Libro del residente* no lo instauró el Consejo de Especialidades Médicas, sino la «Orden Ministerial de 22 de junio de 1995». En este punto quiero hacer notar que mi conocimiento del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, del que tuve el honor de ser secretario entre los años 1985 y 1987, me autoriza a dar por supuesto que sé que las órdenes ministeriales no las redacta el propio Consejo, dado su carácter de órgano consultivo de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia (ahora Educación, Cultura y Deporte) pero que sí aconseja a dichos ministerios sobre sus contenidos y forma de utilización y que, en definitiva, fueron sus propuestas técnicas las que definieron este instrumento de evaluación.

El Dr. Monreal rebate mi afirmación de que «el residente puede ser calificado como apto, destacado o excelente», asegurando que la OM de 22 de junio de 1995 indica

que «si la calificación es de apto, ésta podrá ser de suficiente, destacado o excelente». No entraré a discutir tal disquisición semántica. Creo que con la clasificación que apuntaba en mi artículo nos entendíamos todos y no se generaba ninguna confusión al respecto.

También el Dr. Monreal me achaca «algunos importantes errores» al hablar de la prueba final realizada a la primera promoción de residentes afectada por la OM de 1995. Siguiendo la misma línea argumental de lo señalado en el párrafo en que hacía referencia al papel del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, reitero que ya sé que no es el Consejo (en este caso léase Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria) el que hace la prueba, pero sí es el que asesora sobre su contenido y otras características y, por ello, define los puntos esenciales del curso que convocó en su día el Ministerio de Sanidad y Consumo y ganó semFYC. La verdad es que no encuentro justificada la «alarmante» afirmación en relación con los «importantes errores» de mi artículo al hablar de la prueba final mencionada, a no ser que el Dr. Monreal se refiera a la clara diferencia de criterio que mantenemos sobre el hecho de que la prueba ECOE realizada no fue objeto de polémica y criticada negativamente por muchos residentes y docentes, ya que se diseñó con unos objetivos y en un contexto, a mi juicio, erróneos. La tozuda realidad se encargó de demostrar lo que personalmente tuve oportunidad de decir en una reunión celebrada en el Ministerio de Sanidad y Consumo unos cuantos meses antes de su realización: la necesidad de abordar la reforma de todo el proceso de evaluación en su conjunto, de acompasar nuestras propuestas a la del conjunto de especialidades y de evitar una prueba que solamente serviría para confirmar o desmentir una calificación de excelente realizada en cada unidad docente sin conocer, además, la trascendencia posterior concreta del hecho de superarla o no. Desde entonces hasta hoy (casi 3 años después) seguimos esperando la realización de nuevas ediciones de la prueba ECOE para confirmar la calificación de excelente de los MIR.

Se puede entender argumentos justificativos de estos hechos en la línea de la necesidad de impulsar una buena y nueva metodología de

evaluación, de ser los primeros en hacerlo, etc., pero lo que no se puede hacer es negar los problemas importantes y las agrias polémicas que se suscitaron en aquel entonces en el seno de los colectivos docentes y discentes de medicina de familia y comunitaria. El Centro de Evaluación de la Universidad Laval emitió, a instancias de parte, un informe que hacía referencia exclusivamente a los contenidos de las diferentes estaciones de la prueba, pero no a su contexto, incidencias de desarrollo, objetivos, etc.

Para finalizar esta nota de respuesta a la carta del amigo A. Monreal, quisiera hacerle llegar mi consideración al trabajo desarrollado por la Vocalía de Docencia de nuestra sociedad y, al mismo tiempo, asegurarle que siempre me tendrá a su disposición para hablar y trabajar sobre temas de verdadera trascendencia para el futuro de la docencia de la medicina de familia y comunitaria en nuestro país.

A. Martín Zurro

Coordinador General del Programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Catalunya.

Los metaanálisis no demuestran que la vacunación antineumocócica no sea eficaz para prevenir la neumonía neumocócica en los individuos mayores de 65 años

Sr. Director: La primera vacuna antineumocócica comercializada en 1977 en Estados Unidos contenía los polisacáridos capsulares frente a los 14 serotipos responsables del 80% de las neumonías neumocócicas. Actualmente se dispone en España de una vacuna antineumocócica que contiene los polisacáridos capsulares frente a los 23 serotipos responsables del 80-90% de las neumonías neumocócicas^{1,2}. Los ensayos clínicos han demostrado que la vacuna antineumocócica se asocia con una eficacia del 76-100% en adultos sanos, reduciéndose al 65-85% en pacientes con enfermedades crónicas y al 40-60% en individuos mayores de 65 años¹.