

Educación Médica Internacional

Volumen 8, suplemento 2, Septiembre 2005

Fundación  Educación Médica



**Cursos de Verano de El Escorial.
Universidad Complutense. Madrid**

Jornada sobre:
**COMPETENCIAS MÉDICAS:
DESDE LA FACULTAD DE MEDICINA
HASTA LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA**
4 de julio de 2005

Coordinadores:
José Antonio Gutiérrez Fuentes
Jesús Millán Núñez-Cortés
José Luís Villanueva Marcos

Cursos de Verano de El Escorial. Universidad Complutense. Madrid

Jornada sobre:

**COMPETENCIAS MÉDICAS:
DESDE LA FACULTAD DE MEDICINA
HASTA LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA**



4 de julio de 2005



Agencia Lain Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios



Coordinadores

José Antonio Gutiérrez Fuentes
Jesús Millán Núñez-Cortés
José Luís Villanueva Marcos

Educación Médica Internacional

Editado por: Fundación  Educación Médica

Bajo los auspicios de:
WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME)
ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE (AMEE)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA (SEDEM)
ASSOCIACIÓ CATALANA D'EDUCACIÓ MÈDICA (ACEM)
CONFERENCIA NACIONAL DE DECANOS DE FACULTADES DE MEDICINA ESPAÑOLAS
CONFERENCIA NACIONAL DE DECANOS DE FACULTADES DE ODONTOLOGÍA ESPAÑOLAS
CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA ESTADIALES
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA (COMEB)

Director/Editor: Arcadi Gual Sala
Director Adjunto: Jordi Palés Argullós
Coordinación Europa: María Nolla Domenjó
América: Amanda Galli

Editores de Sección/Section Editors

Enfermería Carmen Caja López	Evaluación Carlos Brailovsky	Formación Continua Helios Pardell Alentá	Internacional Margarita Barón Maldonado
Medicina de Familia Amando Martín Zurro	Metodología Miguel Martínez Martín	Pregrado Josep Carreras Barnés	Postgrado Felipe Rodríguez de Castro

Comité Editorial/Editorial Board

Presidenta Margarita Barón Maldonado

Argemí Renom, Josep (Sabadell)	Esteller Pérez, Alejandro (Salamanca)	Peinado Herreros, José M ^a (Granada)
Bacchetta, Coral (Barcelona)	Fonseca Alfonso, Montserrat (Bilbao)	Pérez Sánchez, Jorge (Barcelona)
Barker, L. Randol (Valtimore, USA)	Fornells Vallés, José M ^a (Barcelona)	Prat Corominas, Joan (Lleida)
Blay Pueyo, Carles (Calldetenes)	García Barbero, Mila (Barcelona)	Pulido, Pablo (Caracas, Venezuela)
Borrell Carrió, Francesc (Barcelona)	Gasull Casanova, Xavier (Barcelona)	Pulpón Segura, Anna M. (Barcelona)
Branda, Luis (Barcelona)	Gomar Sancho, Carmen (Barcelona)	Pujol Farriols, Ramón (Barcelona)
Bruguera Cortada, Miquel (Barcelona)	Harden, Ron (Dundee, G.B.)	Sanz Carreras, Ferran (Barcelona)
Camí Morell, Jordi (Barcelona)	Icart Isern, Teresa (Barcelona)	Stensaas, Suzanne (New York, USA)
Campos Muñoz, Antonio (Granada)	Karle, Hans (Copenhague)	Tutosaus Gómez, Juan David (Sevilla)
Cravioto, Alejandro (México)	Manso Martínez, José M ^a (Valladolid)	Vallés Segalés, Antoni (Barcelona)
Dalmases Arnella, Martí (Sabadell)	Moreno González, Alfonso (Madrid)	Vilardell Tarrés, Miquel (Barcelona)
Durán Escribano, Marta (Alcalá de Henares)	Nadal Caparà, Juli de (Barcelona)	Veiga de Cabo, Jorge (Madrid)
Eitel, Florian (Munich, Alemania)	Pastor Aldeguer, Vicente (Madrid)	Viñas Salas, Joan (Lleida)
Escanero Marcén, Jesús (Zaragoza)	Paz Bouza, José Ignacio (Salamanca)	Vleuten, Cees van der (Maastrich, Países Bajos)
Epstein, Ronald (Rochester, USA)		Wojtczak, Andrzej (Varsovia, Polonia)

Fundación Privada Educación Médica
Gran Vía, 517
08015 Barcelona
educacionmedica@ub.edu

Publicación trimestral. Esta publicación se puede visitar on-line en SciELO.

© Copyright 2003 *Fundación Privada Educación Médica*

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

La Fundación Educación Médica no se hace responsable de los contenidos y las opiniones de sus colaboradores en los artículos publicados, ni se identifica forzosamente con la opinión de los mismos.

Educación Médica se distribuye exclusivamente entre los *Amigos de la Fundación Educación Médica*.

Protección de datos: Fundación Privada Educación Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Educación Médica online en SciELO-España (<http://scielo.isciii.es>)

Para contactar con *Amigos de la Fundación Educación Médica* o con la revista *Educación Médica*: educacionmedica@ub.edu

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional. Sección Ciencias de la Salud.

Realización: Infocable Editorial S.L. Impreso en España

Déposito legal: B-46714-2002 • ISSN: 1575-1813 • ISSN en internet: 1579-2099

Educación Médica Internacional

resumen de ponencias

- 03 Introducción
José Antonio Gutiérrez Fuentes
Jesús Millán Nuñez-Cortés
José Luis Villanueva Marcos
- 04 Competencias Médicas
José María Peinado Herreros
- 07 Adquisición de competencias en la Facultad de Medicina. Carencias
Teresa Campos García
- 09 El aprendizaje de la Medicina en la universidad de Castilla la Mancha. Una experiencia educativa basada en el aprendizaje de las competencias profesionales
Maria Teresa Alfonso-Roca
- 13 Las competencias clínicas
Jesús Millán Nuñez-Cortés
- 15 Sistemas de evaluación
Margarita Barón Maldonado
- 18 Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO-E)
José María Martínez Carretero
- 23 El programa común complementario
José María Fornells Vallés
- 25 Formación común complementaria de los especialistas en formación. La experiencia de Madrid
José Luis Villanueva Marcos
- 27 Formación común complementaria de los especialistas en formación. La experiencia de Andalucía
Antonio Torres Olivera
- 28 ¿Hacia dónde vamos en la formación de especialistas?
Emilia Sánchez Chamorro
- 30 La formación MIR como frontera de la licenciatura de medicina
Francisco Pérez Jiménez
- 32 Troncalidad
Luis Munuera Martínez
- 34 ¿Existe la medicina sin pacientes?
Albert J Jovell
- 36 Las prioridades del enfermo y su familia
Andrés Aberasturi
- 38 ¿Qué esperan los pacientes de su médico en el futuro? Reflexiones sobre nuestro sistema sanitario
Juan Siso Martín

Introducción

Un aspecto peculiar en la estructura de los estudios de Medicina es la necesaria y habitual relación entre la institución educativa y la sanitaria. Por un lado, una parte fundamental del proceso formativo de los futuros médicos se realiza en instituciones sanitarias públicas, hospitales y centros de salud. Por otra parte, un número significativo de los profesores de las Facultades de Medicina desempeña su labor en una plaza vinculada, teniendo una doble dependencia de la Universidad y la institución sanitaria. Además, otro grupo numeroso de profesores no funcionarios, los profesores asociados de ciencias de la salud, también participan en la formación práctica de los alumnos. Más aún, la formación médica de Grado (dependiente de las Facultades de Medicina y por tanto del Ministerio de Educación y Ciencia) es el primer paso en la formación médica, que necesita posteriormente de la Formación Especializada para acceder al mercado de trabajo, dependiendo esta del Ministerio de Sanidad y Consumo. En la actualidad ambas etapas formativas forman compartimentos estancos sin coordinación alguna entre sus programas y objetivos.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) indica que los programas de formación de las especialidades en Ciencias de la Salud deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se divide el programa formativo. La definición de unos objetivos y contenidos mínimos en el Grado debería facilitar la continuidad entre ambas etapas formativas. Si el proceso iniciado en Bolonia significa un acercamiento al mercado de trabajo y un cambio conceptual en el proceso enseñanza/aprendizaje, ninguno de los cambios que puedan postularse serán válidos sino se produce una modificación significativa en el proceso evaluativo, el cual parece que debería pasar de ser puramente conceptual, a valorar la formación practico-clínica.

El acceso a la formación especializada se realiza a través del examen MIR, el cual condiciona todo el proceso formativo que le precede. La LOPS prevé que

el acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través una convocatoria anual que consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que evaluará conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas. Actualmente el examen MIR se realiza mediante un cuestionario de respuesta múltiple, método en principio no apropiado para evaluar habilidades clínicas y de comunicación. Por lo anterior, quizás se modifique en el futuro.

Es necesario que puedan quedar claramente definidos los conocimientos, habilidades y actitudes que debe tener el médico recién graduado. Estamos ante una oportunidad histórica que supone, por un lado, la reforma de la titulación de Medicina para adaptarse al Espacio Europeo de Enseñanza Superior, que debe ir acompañada de un nuevo marco que facilite las relaciones entre el Sistema Sanitario y la Universidad y por otro lado, el desarrollo de las disposiciones establecidas sobre la prueba de acceso y los programas de la formación especializada y las evaluaciones posteriores.

Los artículos que se publican a continuación son resúmenes de las aportaciones de los participantes en la jornada celebrada en El Escorial el 4 de julio de 2005, en el marco de los Cursos de Verano de la Universidad Complutense. Con esta ocasión, se trataron cinco grandes temas. Tres de ellos fueron objeto de mesas seguidas de coloquio: La adquisición de competencias en la facultad de medicina; La evaluación de las competencias; y La formación común complementaria de los especialistas en formación. Otros dos temas se trataron en forma de mesas de debate: ¿Qué esperan los pacientes de su médico en el futuro?; y La formación MIR como “frontera”.

José Antonio Gutiérrez Fuentes
Médico, Director de la Fundación Lilly

Jesús Millán Núñez-Cortés
*Catedrático Medicina Interna
Universidad Complutense. Madrid*

José Luis Villanueva Marcos
*Médico, Agencia Laín Entralgo
Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid*

Competencias Médicas

José María Peinado Herreros

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Entendemos por competencias el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en que se desarrolla.

Uno de los elementos dinamizadores del debate sobre la formación en competencias es el proceso de convergencia europeo, el cual, junto a aspectos cognitivos (conocer y comprender), presta mayor atención a las habilidades psicomotoras (saber como actuar) y a la formación en valores y actitudes (saber como ser). Además centra el proceso educativo en el aprendizaje del alumno, mas que en la enseñanza, haciendo énfasis en los resultados finales.

Junto a la convergencia europea se han producido en nuestro país otros cambios normativos relevantes en la formación universitaria, entre los que destaca la Ley Orgánica de Universidades, (LOU), que ha introducido, entre otros aspectos, cambios en la carrera académica, y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) que propone como novedad en el acceso a la formación especializada, examen MIR, la evaluación de los “*conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas*”. Finalmente no podemos olvidar la reciente actualización de la directiva europea relativa al “*Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales (Directiva europea 2021 (1). 12 2004,13781/2/04 REV 2, DE 21 de Diciembre de 2004)*” (2), que considera la “*Formación básica del médico (al menos 6 años de estudios o 5500 horas de enseñanza teórica y práctica)*”, y las “*Condiciones Mínimas de Formación (Conocimientos y Competencias)*”.

En este contexto, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas, tomando como referencia la nueva normativa sobre convergencia Europea, e inspirándose en los *requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del Instituto Internacional para la Educación Médica*, ha propuesto las competencias

específicas ¹ que deben aprenderse y dominarse al concluir la formación básica del médico. Estas se ha clasificado en:

a. VALORES PROFESIONALES, ACTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y ÉTICA

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales.
2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional
3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional.
6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud.

b. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA MEDICINA

7. Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánico y de sistemas, en las distintas etapas de la vida.
8. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
9. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.
10. Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.
11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.
12. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible

1. El presente documento se basa ... Borrador disponible en www.aneca.es/librosblancos

2. Las competencias denominadas genéricas o transversales han sido tomadas del Proyecto Tuning.

c. HABILIDADES CLÍNICAS

13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.

14. Realizar un examen físico y una valoración mental.

15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.

16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata.

17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor información posible.

18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.

19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

d. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

20. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de esta información.

21. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.

22. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.

23. Establecer una buena comunicación interpersonal, que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

e. SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD

24. Reconocer los determinantes de la salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.

25. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.

26. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud,

como en las intervenciones para la promoción de la salud.

27. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.

28. Conocer las organizaciones internacionales de salud, y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.

f. MANEJO DE LA INFORMACIÓN

29. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.

30. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.

31. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

g. ANÁLISIS CRÍTICO E INVESTIGACIÓN

32. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.

33. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.

34. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

Una vez definidas las competencias se han sometido a la consideración, mediante encuesta, de 5 colectivos de médicos: Profesores permanentes y contratados, residentes, gestores y profesionales sin vinculación con la universidad. Se le pedía al encuestado, que puntuara del 1 al 4, cada una de las competencias de cada bloque, siendo 1 poco importante y 4 muy importante.

Es de destacar que el promedio del valor concedido a la totalidad de las competencias es de 3,44, un valor alto considerando que el máximo posible sería 4. Las competencias con un valor promedio más elevado son “Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata” así como “Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante”, ambas dentro del bloque de habilidades clínicas. En tercer lugar en relevancia

para todos los grupos encuestados se sitúa “*escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de esta información*”, dentro del bloque de habilidades de comunicación.

En el “Libro Blanco” se relacionan cada una de las competencias mencionadas con los bloques en los que se estructura la titulación. También este documento propone en el Anexo II el saber y saber hacer de la formación médica universitaria.

Universidades participantes en la elaboración del “Libro Blanco de la Titulación de Medicina”, y Profesores responsables.

1. Universidad de Alcalá: Prof. José Vicente Saz Pérez. Decano.
2. Universidad Autónoma de Barcelona: Prof. Alvar Net Castel. Decano.
3. Universidad Autónoma de Madrid: Prof. Valentín Cuervas-Mons. Decano
4. Universidad de Barcelona: Profa. M^a Teresa Estrach Panella. Decana.
5. Universidad de Cádiz: Prof. Antonio José Chover. Vicedecano.
6. Universidad de Cantabria: Prof. José Antonio Amado Señaris. Decano.
7. Universidad de Castilla-La Mancha: Prof. José Laborda Fernández. Decano. (Prof. José Juiz. Decano al inicio del proyecto).
8. Universidad Complutense de Madrid: Prof. Ángel Nogales Espert. Decano.
9. Universidad de Córdoba: Prof. Francisco Pérez Jiménez. Decano.
10. Universidad de Extremadura: Prof. Pedro Bureo Dacal. Decano. (Prof. Domingo Macías. Decano al inicio del proyecto).
11. Universidad de Granada: Prof. José M^a Peinado Herreros. Decano.
12. Universidad de La Laguna: Prof. Eduardo Domenech. Decano. (Prof. Luis Hernández Nieto. Decano al inicio del proyecto).
13. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria: Prof. Juan Cabrera Cabrera. Decano.
14. Universidad de Lleida: Prof. Ángel Rodríguez Pozo. Decano.
15. Universidad de Málaga: Prof. Salvador González Baron. Decano. (Prof. Ignacio Pérez de Varga. Decano al inicio del proyecto).
16. Universidad Miguel Hernández: Prof. Juan Caltura Such. Decano.
17. Universidad de Murcia: Prof. Fernando Sánchez Gascón. Decano. (Prof. Francisco Monserrat Bernal. Decano al inicio del proyecto).
18. Universidad de Navarra: Profa. M^a Pilar Civeira Murillo. Decana.
19. Universidad de Oviedo: Prof. Enrique Martínez Rodríguez. Decano.
20. Universidad del País Vasco: Prof. Agustín Martínez Ibargüen. Decano. (Profa. M^a Luisa Ugedo. Decana al inicio del proyecto).
21. Universidad Rovira i Virgili: Prof. Rodrigo Miralles Marrero. Decano.
22. Universidad de Salamanca: Prof. José I. Paz Bouza. Decano.
23. Universidad de Santiago de Compostela: Prof. José M^a Fraga Bermúdez. Decano.
24. Universidad de Sevilla: Profa. Carmen Osuna Fernández. Decana.
25. Universidad de Valencia: Prof. Esteban Morcillo Sánchez. Decano.
26. Universidad de Valladolid: Prof. Santiago Rodríguez. Decano.
27. Universidad de Zaragoza: Prof. Arturo Vera Gil. Decano.

Adquisición de competencias en la Facultad de Medicina. Carencia.

Teresa Campos García

Jefa de Sector de Desarrollo Profesional y Formación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Si seguimos las recomendaciones que ha realizado la *World Federation Medical Education* desde 1999 cuando se publicó en Copenhague el trabajo encargado a un grupo de expertos y que en el 2001 hicieron suyo, tras algunas modificaciones, todos sus miembros, la enseñanza de la Medicina en la Facultad necesita incorporar nuevos contenidos relacionados con las ciencias de la conducta, la sociología o la economía, imprescindibles para comprender los factores determinantes de la salud y las estrategias de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades. Otra de las recomendaciones hace referencia al imprescindible contacto que el alumno de medicina debe tener con los pacientes en el desarrollo de sus competencias, considerando necesario que se realice con la mayor prontitud desde los primeros años.

La Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 recogen la corresponsabilidad del Sistema Nacional de Salud y las Universidades en la formación de los profesionales. La primera etapa o formación pregrado y la forma de articular esta colaboración se desarrolla en el Real Decreto 1558/1986 mediante el cual se regula la forma de relación entre la Universidad y el Sistema Sanitario. La Consejería de Salud fue suscribiendo paulatinamente con todas las Universidades andaluzas que contaban con Facultad de Medicina o Escuela de Ciencias de la Salud convenios específicos en el desarrollo del Acuerdo de 3 de octubre de 1995, del Consejo de Gobierno, por el que se autorizaba la suscripción de un Convenio-Marco entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades andaluzas. Desde el momento en que los Hospitales Clínicos se integraron en las redes sanitarias públicas como un dispositivo más de las mismas, la formación pregrado de la Medicina incorpora la potencialidad de disponer de toda la red sanitaria y su variedad de centros y dispositivos para la realización de la docencia práctica.

Desde el año 2001 en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hemos puesto en marcha diver-

sos grupos de trabajo con el fin de analizar la calidad de la docencia práctica. Un grupo en el que participaron todos los decanos de las Facultades de Medicina, otro en el que figuraban una representación de los Directores de Escuelas de Ciencias de la Salud, y otros para el desarrollo específico de propuestas con algunas Universidades, en concreto, con la de Córdoba para la titulación de Medicina y la de Cádiz para la Titulación de Enfermería.

El Plan de Calidad que puso en marcha el Ministerio de Educación (RD 1947/1995 por el que se aprueba Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las Universidad y RD 408/2001 por el que se aprueba el II Plan de la Calidad de las Universidades) supuso que se emprendieran evaluaciones de algunas titulaciones sanitarias de Andalucía. En este sentido, quedó de manifiesto que la situación de la docencia práctica era el talón de Aquiles de este periodo formativo.

En el pasado año se celebró en Córdoba la I Conferencia Andaluza de la Organización Sanitaria y la Universidad en la que se publicó un Manifiesto por el que se expresa que ambas instituciones se comprometen a trabajar en la mejora de la formación de los profesionales sanitarios conjuntamente y se dibujan las líneas estratégicas a seguir.

Con el objetivo de colocarnos en una dinámica de trabajo de mejora continua en busca de la excelencia en la formación de profesionales, paso a relacionar algunas de las carencias detectadas:

- La Universidad demanda una mayor implicación de la organización sanitaria en la docencia, no sólo como responsabilidad de algunos profesionales, sino del conjunto de la organización. Para ello necesitamos un modelo de relación que no pivote en el nexo contractual de algunos profesionales sanitarios del sistema de salud con la Universidad. Entendemos que el compromiso debe realizarse con unidades asistenciales y que estas deben incorporarlo dentro de sus objetivos en el marco de sus acuerdos de gestión con la Institución Sanitaria.

- Otra carencia es la ausencia de información precisa y continuada sobre el desarrollo de este

periodo en cuanto a resultados obtenidos y niveles de satisfacción de las partes implicadas (profesores responsables de la asignatura, profesionales sanitarios tutores de prácticas, alumnos y Organización Sanitaria en cuanto a responsable de la seguridad y satisfacción de sus pacientes)

- La Organización Sanitaria debe dar a conocer la cartera de servicios y su capacidad docente a la Universidad, para que esta pueda identificar las competencias a desarrollar y los objetivos a alcanzar en los periodos de docencia práctica. Es muy importante la colaboración de los profesionales sanitarios para la elaboración de dichos objetivos.

- El Tutor de Prácticas debe tener objetivos definidos e identificadas las competencias a desarrollar en estos periodos de aprendizaje de los que será responsable. Debe estar establecido un modelo de evaluación en el que el tutor participe activamente.

- Debemos instaurar un modelo de evaluación bidireccional en el sentido arriba apuntado.

- Por último la Organización Sanitaria debe asumir adecuadamente esta línea de producto y arbitrar el reconocimiento de los objetivos docentes alcanzados por los profesionales implicados en el marco de su tarea habitual, incorporando la docencia en el modelo de incentivos de la Institución Sanitaria.

Todo ello será posible si la Universidad reconoce de forma adecuada la necesidad de desarrollar un trabajo colaborativo profundo con el Sistema Sanitario público que permita evidenciar la dimensión que esta tarea tiene y se potencie con las estrategias investigadoras en salud y de metodología docente para generar programas de I+D+i que permitan el avance y la mejora continua.

El aprendizaje de la Medicina en la universidad de Castilla la Mancha. Una experiencia educativa basada en el aprendizaje de las competencias profesionales.

Maria Teresa Alfonso-Roca

Directora Unidad de Educación Médica, Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina de la UCLM creada en 1998, es la Facultad de Medicina pública más joven de España. En su creación, se estableció el compromiso, tanto por parte de los Órganos Directivos de la Universidad como de los profesores y personal de la Facultad, de desarrollar un programa innovador que capacite a los nuevos profesionales de la Medicina para dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad del siglo XXI.

Para ello, se desarrolló un programa educativo basado fundamentalmente en el aprendizaje y evaluación de las competencias profesionales. En Junio del 2004, se graduó la primera promoción y el pasado mes de Junio la segunda promoción formada en esta metodología docente. En estos siete años de andadura, los miembros de esta Facultad están satisfechos del enorme esfuerzo desarrollado a lo largo de este proceso. Estamos convencidos que la aplicación de los estándares internacionales de calidad en la formación de pre-grado en Medicina es el camino a seguir para dar una respuesta adecuada a las exigencias en materia de salud de nuestra sociedad.

El desarrollo de un Centro de calidad en la docencia, implica una elevada inversión para cualquier Universidad. Sin embargo, también estamos convencidos que este, no es el problema fundamental para la aplicación de estos sistemas educativos. A lo largo de esta experiencia hemos podido comprobar que en nuestra comunidad universitaria existen otros problemas de más difícil solución que el pura-

mente económico. Un profesor universitario que dedica mucho tiempo a la educación o bien es un idealista o no tiene la capacidad suficiente para investigar. La promoción a puestos universitarios superiores se debe a una actuación excelente en la Investigación, y no gracias a la excelencia educativa. La actitud de los profesores frente a la educación resultará difícil de cambiar, y sobre todo de mantener, mientras persista el desequilibrio en los incentivos asociados a la educación y la investigación.

En esta ponencia describiremos el proceso seguido en la aplicación de este sistema educativo, los resultados obtenidos, así como las principales dificultades encontradas en la aplicación del mismo.

EL MODELO EDUCATIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UCLM

En la construcción del curriculum, la elección de los métodos didácticos y de su planificación raramente es considerada como un problema a tener en cuenta. La mayoría de los programas se caracterizan por un calendario de actividades docentes que normalmente no va más allá de las explicaciones orales del profesor y prácticas. Sin embargo, la planificación de los métodos educativos y de evaluación es el núcleo duro de cualquier sistema educativo. En nuestra experiencia, el diseño y planificación inicial del modelo educativo nos llevó todo el curso académico 1998/99.

El modelo educativo actual se diseña a partir del plan de estudios¹, y se implanta en el curso académ-

1. El plan de estudios de la licenciatura en Medicina de la UCLM (*Plan homologado por la Comisión Académica del Consejo de Universidades en su reunión del 14 de Julio de 1998; publicado en el BOE no 239 del Martes 6 de Octubre de 1998, página 33308 y siguientes*) tiene una duración de seis años y una carga lectiva total de 500 créditos de los que 185,s corresponden a créditos teóricos, 244,s a créditos prácticos/clínicos, 20 a asignaturas optativas (5 en el primer ciclo y 15 en el segundo ciclo) y 50 a libre configuración (25 en cada ciclo). El primer ciclo abarca las asignaturas básicas y preclínicas y el segundo ciclo se centra en las asignaturas clínicas.

2. Respecto a nuestro actual plan de estudios, las principales dificultades se centran en la excesiva carga de contenidos para el tiempo disponible en cada curso académico, y la división en algunos cursos por asignaturas. A la espera de poder llevar a cabo una modificación más profunda de nuestro actual plan de estudios, desde el curso 2002/2003, se está aplicando un sistema de incompatibilidad entre asignaturas de un curso a otro. Esto implica que un estudiante no puede superar una asignatura troncal de un curso si no tiene aprobadas las troncales del curso anterior.

mico 1999/2000. Las necesidades para llevarlo a cabo (espacios, aulas, seminarios, recursos etc.) se van cubriendo progresivamente curso a curso.

El plan de estudios de la Licenciatura de Medicina de la UCLM se desarrolla en un modelo mixto basado en la coordinación y en algunos casos, la integración de las disciplinas, en el aprendizaje por Módulos de Objetivos y en aprendizaje por problemas, concediendo gran relevancia al desarrollo de las competencias prácticas, este programa presenta las siguientes características:

- Un aprendizaje centrado en las necesidades educativas del estudiante. El alumno participa activamente en el proceso de aprendizaje y consigue un mayor desarrollo de sus capacidades de razonamiento, de autoaprendizaje y de evaluación.

- Un aprendizaje basado en la práctica, que permite al estudiante la adquisición de las competencias clínicas y sociales que requiere el ejercicio de la profesión médica.

- Un aprendizaje multidisciplinar, que integra las ciencias básicas, clínicas y psicosociales. Durante el primer ciclo, el aprendizaje se desarrolla fundamentalmente en módulos de aprendizaje por objetivos.

Módulo de Aprendizaje por Objetivos

Un Módulo de Aprendizaje por Objetivos está formado por:

- Un máximo de SEIS asignaturas en simultáneo. Cada asignatura conlleva, a su vez, un mínimo de cuatro objetivos docentes (esta cifra es aproximada, dependiendo de la magnitud y el grado de dificultad de los objetivos que se desea alcanzar).

- Métodos específicos de aprendizaje. En función de cada uno de los distintos objetivos, se facilitan al alumno el método o métodos más adecuados para alcanzarlos, con sus procedimientos correspondientes.

- Recursos (humanos y materiales).

- Síntesis global del Módulo por objetivos y materias.

- Evaluación al finalizar cada Módulo de Aprendizaje.

Estructuración pedagógica de los módulos de aprendizaje por objetivos

Cada Módulo está formado por CINCO fases y se desarrolla a lo largo de dos o tres semanas. Cada fase presenta una metodología específica de aprendizaje.

FASE 1

Presentación y análisis de objetivos docentes

La finalidad de esta primera fase, de una dura-

ción de diez a doce horas, dos horas por cada una de las asignaturas implicadas, es ayudar al alumno en el análisis y proceso que debe seguir para alcanzar el grupo de objetivos propuesto en cada una de las diferentes materias.

Esta fase presenta las siguientes ETAPAS:

1. Clarificar la problemática y cada uno de los términos enunciados en los objetivos propuestos.
2. Elaborar la lista de los distintos fenómenos o elementos a explicar.
3. Debatar y concretar los recursos de aprendizaje que se han de utilizar para cada uno de los distintos objetivos.

FASE 2

Período de autoaprendizaje

En esta fase, el alumno trabaja, de forma individual o en grupo, cada uno de los distintos objetivos propuestos en cada asignatura, siguiendo las especificaciones propuestas en la fase 1.

Se completan además en esta fase las actividades prácticas.

FASE 3

Síntesis y actividades complementarias

En esta fase, que tiene una duración de una a tres horas por materia, los alumnos trabajan en grupos de diez o veinte alumnos, junto con el profesor de la materia. Las ETAPAS de esta fase son:

1. Puesta en común de los conocimientos adquiridos por el alumno para alcanzar cada uno de los distintos objetivos propuestos en cada bloque de las distintas materias.
2. Debatar y organizar las explicaciones propuestas, con el fin de producir una descripción coherente de los mecanismos que originan los distintos fenómenos y avanzar en su comprensión.
3. Realizar las distintas actividades complementarias de los distintos objetivos (prácticas, resolución de problemas, cuestiones ...).

FASE 4

Autoaprendizajes tutelados

Nuevo período de autoaprendizaje. En este período, el alumno tiene a su disposición al profesorado y puede solicitar cuantas tutorías o actividades complementarias considere necesarias para la total comprensión de los objetivos fijados en cada Módulo.

FASE 5

Evaluación

Al finalizar cada Módulo de objetivos, y de forma

sistemática, se lleva a cabo una evaluación conjunta del mismo.

En cada Módulo, el alumno dispone de los recursos que se consideran básicos para alcanzar los distintos objetivos. Además, dispone de una oferta de actividades prácticas complementarias con tutela del profesor.

Metodologías pedagógicas de aprendizaje en las materias básicas.

La docencia en grupos pequeños (20 estudiantes en las preclínicas) y por Módulos de Objetivos permite una mayor proximidad profesor-alumno en cada una de las fases de aprendizaje. Esta mayor proximidad facilita en principio una participación más intensa del estudiante. Sin embargo, éste se muestra en muchas ocasiones reticente a participar y a compartir con sus compañeros los análisis que pueda haber efectuado o las cuestiones que pueda tener. Por esta razón, la Facultad de Medicina de la UCLM, mediante la Unidad de Educación Médica, organiza seminarios para el profesorado encaminados a desarrollar y poner en práctica técnicas de intervención pedagógica para incrementar la participación del estudiante en su autoaprendizaje.

La experiencia acumulada estos años por los profesores de las diversas materias nos permite hoy obtener el mayor provecho de cada una de las fases de aprendizaje y conseguir que los estudiantes sean capaces de perder sus miedos a la participación en grupo y al trabajo en equipo, que tan importante y necesario será en la práctica de su profesión.

Metodologías pedagógicas de aprendizaje en el medio clínico.

En el mes de febrero del 2001, se inició el aprendizaje en el medio clínico. La planificación desarrollada para el aprendizaje de las materias clínicas introduce el aprendizaje por problemas (APP), talleres de habilidades clínicas, seminarios, aprendizaje con pacientes simulados y la evaluación de las competencias clínicas a través de la OSCE (Objective Structured Clinical Examination). La estructura del aprendizaje en el medio clínico presenta diferencias respecto al aprendizaje por módulos de objetivos: La estructuración del aprendizaje es por rotación, (cada grupo está formado por un máximo de 10 estudiantes) en los distintos servicios clínicos implicados, y por semanas. Las rotaciones tienen una duración de entre cuatro y doce semanas, dependiendo de los objetivos del aprendizaje especificados en cada una de ellas. Al finalizar cada rotación, se lleva

a cabo una evaluación de la misma. En las rotaciones de mayor duración, se llevan a cabo varias evaluaciones. Cada una de estas evaluaciones comprende una parte cognitiva y una parte de habilidades y actitudes.

Cada semana comprende un total de treinta y cinco horas de actividades distribuidas de la siguiente forma:

Veinticinco horas de aprendizaje práctico en los distintos servicios especificados en la rotación.

Diez horas de actividades en aula. Estas actividades comprenden:

Cuatro horas de seminarios APP

Cuatro horas de talleres

Dos horas de seminarios de síntesis.

Al finalizar la rotación, se llevan a cabo los exámenes que tiene una duración aproximada de entre dos y seis horas, dependiendo del tipo de pruebas. Al finalizar el curso, se lleva a cabo una evaluación final de las competencias clínicas. La superación de esta prueba es imprescindible para aprobar el curso académico.

Evaluación de Las Competencias Clínicas

La Facultad de Medicina de la UCLM, es la primera Facultad de Medicina en España en llevar a cabo de forma sistemática, al finalizar cada curso del segundo ciclo de formación, un examen clínico objetivo estructurado sobre las competencias clínicas que el estudiante ha alcanzado durante ese año. La evaluación de las competencias profesionales constituye el elemento central en el desarrollo de las profesiones, siendo la clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios.

La mayor parte de las pruebas de evaluación de estudiantes de Medicina utilizadas en las universidades españolas exploran aspectos predominantemente cognoscitivos, dejando a un lado la valoración de la competencia clínica. El resultado de este modo de evaluar es que, tras la licenciatura, muchos estudiantes son incapaces de identificar los problemas de salud relevantes en los pacientes, tomar decisiones (propuestas de acción) y ejecutarlas adecuadamente. La competencia profesional de un médico y la buena práctica médica no se vinculan sólo a la memorización, sino sobre todo al razonamiento clínico, a la toma de decisiones, a la resolución de problemas y a las habilidades en las relaciones interpersonales. Es en este sentido en el que la Facultad de Medicina de la UCLM ha introducido nuevas técnicas de evaluación que exploran objeti-

vamente todas estas áreas de competencia que un médico debe adquirir en cada nivel de su formación.

La técnica de evaluación utilizada en esta Facultad de Medicina es el examen clínico objetivo estructurado, OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Este es un sistema para la evaluación de competencias clínicas en el que dichas competencias, especialmente las actitudes y las habilidades, se evalúan de forma planificada y estructurada, con especial atención dedicada a la objetividad del examen.

Este tipo de pruebas tiene el potencial de evaluar un amplio rango de conocimientos y habilidades clínicas en un número determinado de estudiantes durante un solo período de examen. Su estructura básica es un circuito de estaciones de evaluación. En cada estación, el estudiante se enfrenta a una situación diseñada para evaluar competencias clínicas y conocimientos médicos específicos. Los estudiantes rotan en forma sucesiva y simultánea a través de las estaciones con intervalos de igual duración.

La objetividad de este método de evaluación es alta, ya que cada estudiante es expuesto a la misma situación simulada, con o sin pacientes estandarizados, y es examinado por el mismo evaluador, quien aplica criterios estándares prediseñados (plantillas de observación) iguales para todos los estudiantes.

RESULTADOS

Durante el curso académico 2000/2001, se inicia el proceso de elaboración de este tipo de exámenes. En esta primera ocasión solo se desarrolla una evaluación de las competencias clínicas en la asignatura de Semiología y Propedéutica. Este examen fue realizado por 78 estudiantes al finalizar su tercer curso de formación.

La OSCE de 4º curso consta de:

El primer examen OSCE, se desarrolla al finalizar el curso académico 2001/2002 a los estudiantes de 4º curso. Un total de 75 estudiantes realizaron durante 3 días dichas pruebas.

Un total de 25 estaciones configuraron esta OSCE, distribuidas de la siguiente forma:

- 8 casos clínicos con pacientes estandarizados (simulados)
- 3 estaciones clínicas de dermatología.

- 4 estaciones de casos de psiquiatría
- 8 estaciones de ginecología
- 2 estaciones de hematología.

A partir de este curso académico (2001/2002), los exámenes OSCE, se sistematizan y se llevan a cabo al finalizar todos los cursos clínicos.

La OSCE de 3er curso consta de:

- 8 estaciones de Pacientes Estandarizados (simulados)
- 1 estación de Radiología
- 1 estación de Microbiología
- 1 Estación de Anatomía Patológica
- 1 Estación de habilidades quirúrgicas.

La OSCE de 5º consta de:

- 8 casos clínicos con pacientes simulados
- 1 estación de oftalmología
- 2 estaciones de pediatría

La OSCE de 6º consta de:

- 8 casos clínicos con pacientes estandarizados
- 1 estación de reanimación (soporte vital básico/avanzado).

OTROS DATOS

Para cada uno de los cursos se invierte una media de 250 horas de preparación (incluido el tiempo de entrenamiento de los pacientes estandarizados)

Actualmente disponemos de 60 pacientes simulados que participan en el conjunto de todas las pruebas OSCE que se realizan de 30/30 a 60/60 en la facultad de medicina.

En cada curso los estudiantes realizan dicha prueba a lo largo de 3 días. El tiempo medio de realización de la prueba es de 3 horas por estudiante.

Los resultados obtenidos por los estudiantes en estas pruebas suelen coincidir con las calificaciones obtenidas en las evaluaciones de las competencias clínicas que realizan en cada rotación. Sin embargo, no se observa una correlación igual con los resultados obtenidos en los exámenes test de conocimientos. Es decir los estudiantes que obtienen una mayor puntuación en los exámenes test, suelen obtener una puntuación menor en este examen de competencias clínicas.

Las competencias clínicas

Jesús Millán Nuñez-Cortés

*Catedrático de Medicina. Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Facultad de Medicina, Universidad Complutense*

Las nuevas tendencias en educación médica nos permiten vislumbrar un panorama educativo en el que van a adquirir protagonismo aspectos relacionados con los estándares de calidad de la enseñanza, con nuevas metodologías educativas, o con los avances en la evaluación del conocimiento y de las competencias adquiridas.

En este sentido es preciso hacer énfasis en la definición de las competencias que estimamos que deberían alcanzar los alumnos, así como en los métodos para evaluarlas. No es fácil dar una respuesta uniforme a la definición de competencias. No obstante será preciso realizar un esfuerzo al objeto de definir bien aquello que entendemos que todos los alumnos deben conocer y saber hacer a su paso por las Facultades de medicina.

En efecto, será preciso definir bien aquello para lo que el alumno debe alcanzar competencia profesional. En el mundo de la educación médica tan importante es conocer lo que se tiene que hacer, cómo conocer cómo se tiene que hacer, y por quien ha de ser hecho. Desafortunadamente tenemos amplia experiencia en la que se demuestra que participar en las diferentes actividades o proyectar mejoras en las actividades prácticas clínicas no es sinónimo de adquirir una cierta competencia clínica. En este sentido cobra especial trascendencia la definición de las competencias clínicas que el alumno debe alcanzar, y ello debe servir de guía tanto para el alumno como para el profesor.

Se trata, en suma, de armonizar los conocimientos con las habilidades y con las actitudes para llegar a ser habilitado y reconocido como un buen profesional. Sólo el que ha adquirido las competencias clínicas apropiadas junto a los conocimientos precisos pueden ser considerados profesionales capacitados para ejercer su profesión. Y este es un criterio de calidad tanto para los centros de enseñanza (facultades) como para la propia sociedad que exige un profesional competente.

LA DEFINICIÓN DE LAS COMPETENCIAS

En las Facultades de Medicina, aproximadamente una tercera parte de las competencias que el alumno debe alcanzar se han de relacionar con la

posibilidad de realizar una correcta historia clínica y exploración clínica estableciendo también una correcta comunicación con el enfermo y/o sus familiares. Se trata, por tanto, de adquirir un método clínico, propio del acto médico, con el que el alumno pueda combinar sus conocimientos teóricos. Otra tercera parte de las competencias que deberían alcanzar se relacionan, precisamente, con la capacidad de integrar los conocimientos teóricos para realizar el trabajo intelectual de emitir un juicio clínico, con una aproximación diagnóstica, un diagnóstico diferencial, una evaluación pronóstica (al menos teórica) y una estrategia terapéutica. El tercio restante de competencias podría, en la práctica, englobar a todas las demás competencias que los alumnos deberían alcanzar en sus estudios de medicina.

Por lo tanto, parece muy apropiada la aproximación de la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina, en la que se definen competencias en el ámbito del “saber” (conocimiento puro, o aspectos de diagnóstico y manejo de los problemas médicos), y en el ámbito del “saber hacer” (ya sea porque lo haya visto realizar, lo haya realizado de forma tutelada, o deba ser capaz de hacerlo de forma autónoma). Este enfoque es, asimismo, compatible con las líneas estratégicas planteadas por la Sociedad Española de Educación Médica, y que no son otras que:

- Definición del producto a formar
- Definición de las competencias
- Definición del modelo curricular
- La estructura y composición del currículo
- La gestión del programa educativo
- La evaluación
- Los recursos humanos y materiales

En el ya citado trabajo-propuesta de la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina, el bloque correspondiente a “Patología Humana” representa más del 50% de las competencias que el alumno debería alcanzar. Este “protagonismo” de las competencias clínicas se encuentra plenamente justificado si consideramos lo que ha de exigirse a un futuro médico.

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Parece claro que las prácticas clínicas cada vez son mejores y más abundantes pero que este fenómeno no se acompaña de forma definitiva de una mejora en la adquisición de las competencias clínicas del alumno. Probablemente este hecho se debe a factores de origen muy diverso, pero entre los que sería preciso señalar la inexistencia de objetivos concretos y de definición previa de las competencias que se deben alcanzar.

De una encuesta realizada por nosotros a los alumnos de prácticas de clínica médica cabe desprender que el “modelo” de prácticas (que debe ser bastante generalizado) es el siguiente:

- Paso por una media de dos unidades clínicas/año
- Periodos de prácticas en la zona de hospitalización (100%), y con menor frecuencia en unidades de exploraciones especiales, consultas o urgencias
- Las dos terceras partes de su tiempo se encuentran acompañados, y la tercera parte realizan actividades “en solitario”
- Las actividades que realizan más frecuentemente se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. Perfil de las prácticas de clínica médica (% de alumnos) (encuesta personal)

Actividad realizada	Muy Frecuente	Nunca
Comentarios sobre Historia Clínica	45,2 %	0 %
Realización de Historia Clínica	9,8 %	1,6 %
Comentarios sobre Exploración Clínica	19,4 %	0 %
Realización Exploración Clínica	14,5 %	3,2 %
Comentarios sobre exploración complementaria	12,9 %	3,2 %
Realización de exploración complementaria	1,6 %	64,5 %
Comentarios sobre evolución y seguimiento	9,4 %	3,2 %

Asimismo, nos ha interesado conocer qué tipo y en qué grado los alumnos consideran que han alcanzado determinadas competencias. A este respecto se ha realizado una autoevaluación de los alumnos sobre la base de un cuestionario previamente utilizado en las Facultades de Barcelona y de Córdoba

(con alguna modificación). Dicho cuestionario hace referencia a una serie de habilidades de exploración clínica por apartados (un total de 93 habilidades), y a una serie de procedimientos clínicos (total 47 procedimientos). La respuesta depende de una graduación: “me lo han explicado”, “lo he visto hacer”, “lo he hecho”, “soy capaz de hacerlo”. La muestra ha sido de 66 alumnos pertenecientes al quinto curso de la licenciatura.

Sobre la base de las respuestas obtenidas entre los alumnos, las diez habilidades de exploración clínica que más frecuentemente los alumnos han realizado y/o consideran que están capacitados son:

- Tomar el pulso arterial periférico (98%)
- Hacer una anamnesis completa centrada en el enfermo (98 %)
- Reconocer una palidez (97 %)
- Localizar los focos de auscultación cardiaca (97 %)
- Auscultar los ruidos cardiacos anormales (97 %)
- Tomar la opresión arterial (95 %)
- Reconocer una ictericia (95 %)
- Reconocer unas sibilancias (94 %)
- Valorar unos edemas (92 %)
- Reconocer una cianosis (91 %)

Paralelamente se obtuvieron los procedimientos clínicos que los alumnos consideran que son capaces de realizar y que, señalando sólo los cinco mejores, fueron:

- Tomar la presión arterial (98 %)
- Interpretar un electrocardiograma (94 %)
- Interpretar la radiografía simple de tórax (93 %)
- Interpretar la radiografía simple de abdomen (83 %)
- Interpretar los resultados de los exámenes analíticos básicos de sangre (82 %)

Con una metodología similar es posible detectar las áreas de mejora como aquellas en las que el alumno considera que se encuentra peor formado y peor capacitado para realizarlas. Pero al mismo tiempo estas experiencias son una muestra de que sólo definiendo las competencias clínicas que el alumno debe tener, y diseñando un método para evaluarlas, estaremos en disposición de garantizar una formación nuclear sobre los aspectos más relevantes de la formación médica.

Sistemas de evaluación

Margarita Barón Maldonado

Universidad de Alcalá de Henares. Presidenta Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Se acepta que la profesión y la práctica médicas sean frecuentemente calificadas como de “alto riesgo” por la propia naturaleza de su objetivo profesional: el cuidado y la promoción de la salud del ser humano. Parece evidente que una alta calidad de los profesionales se manifestará en una práctica médica excelente, lo cual mitigaría el riesgo y la incertidumbre hasta los límites de lo aceptable. Esta calidad se busca a través de un proceso de formación extenso, riguroso, específico y continuo que no termina sino con el cese del ejercicio profesional.

Sin embargo, no es suficiente diseñar programas y procesos de formación excelentes, sino que es preciso demostrar que su aplicación produce el impacto positivo que se desea. Es imprescindible pues, la evaluación continua, rigurosa y específica del profesional de la Medicina en sus distintas etapas de desarrollo: desde el profesional en proyecto como estudiante de la titulación de Medicina en la Facultad, hasta el profesional en el ejercicio pleno de su práctica médica, pasando por el residente en fase de especialización.

Como *marco conceptual para la evaluación* es preciso considerar lo siguiente:

a) la evaluación forma parte intrínseca del *currículum*; b) el impacto retroactivo que los sistemas de evaluación tienen sobre el aprendizaje o, lo que es lo mismo, los objetivos de aprendizaje, podrán facilitarse aplicando un sistema de evaluación coherente y consistente con ellos, o en caso contrario constituirán un obstáculo; c) el valor formativo de la evaluación y el impacto positivo que la información transparente de los resultados de la evaluación tiene sobre el aprendizaje; d) la valoración de la operatividad de la evaluación y... otros aspectos (fig. 1 y fig.2).

Por lo tanto, los sistemas y la técnica de evaluación deberán seleccionarse en función de los objetivos de aprendizaje, orientarlos a su consecución y formarán parte inseparable del diseño curricular y de las estrategias para el desarrollo personal de los profesionales.

La selección de un tipo u otro de evaluación, ya sea sumativa o formativa, debe ser congruente con el objetivo de la evaluación y capaz de medir los parámetros que desean valorarse. Es imprescindible pues, previamente al diseño de la prueba, tener en cuenta las características que deben presidir su selección y diseño. Consecuentemente, la *selección y el diseño* de la prueba debe basarse en determinadas características ¹: 1) Enfocada al ejercicio profesional específico 2) Centrada en el propósito. 3) Válida y reproducible. 4) Sus resultados deben poderse comparar con estándares determinados previamente y sus consecuencias deben haberse preestablecido con transparencia. 5) Ser aplicable

La selección de un tipo u otro de evaluación, ya sea sumativa o formativa, debe ser congruente con el objetivo de la evaluación y capaz de medir los parámetros que desean valorarse. Es imprescindible pues, previamente al diseño de la prueba, tener en cuenta las características que deben presidir su selección y diseño. Consecuentemente, la *selección y el diseño* de la prueba debe basarse en determinadas características ¹: 1) Enfocada al ejercicio profesional específico 2) Centrada en el propósito. 3) Válida y reproducible. 4) Sus resultados deben poderse comparar con estándares determinados previamente y sus consecuencias deben haberse preestablecido con transparencia. 5) Ser aplicable

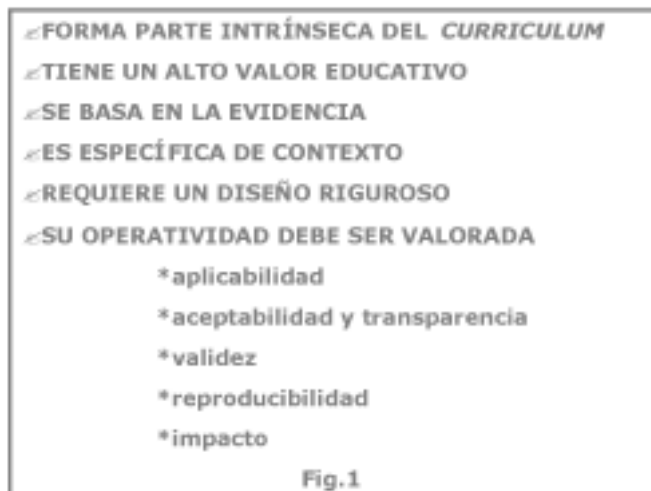




Fig. 3

(fig. 3). La complejidad de la ciencia médica y la de la formación de sus profesionales es ampliamente conocida por todos los educadores y por ello la característica primera es fundamental y constituye el punto de partida de la selección y diseño de la prueba; la evaluación pretende determinar el valor de un individuo o población como poseedor/a de un conjunto de conocimientos y capacidades que se corresponden con su nivel de desarrollo profesional, su orientación específica a una determinada práctica médica, el ámbito en el que tiene lugar su actividad etc.; coherentemente pues, la prueba debe enfocarse específicamente en la/s actividad/es concreta/s que ocurren en las circunstancias identificadas como definidoras de la misma.

Todavía más, es necesario *categorizar los componentes del ejercicio profesional* que pueden ser evaluados y que relacionan las esferas cognitiva, emocional y de la conducta. Para unos, la categorización desagregada, cuyos componentes forman el todo a evaluar, está constituida por los conocimientos, las habilidades y las actitudes. Miller, 1990, expresa en su muy conocida, afamada y citada pirámide su categorización en cuatro estratos que constituyen los componentes a evaluar. La base amplia y extensa compuesta por los conocimientos, esfera cognitiva, que evolucionan hacia la esfera conductual mediante la superposición más sofisticada del manejo de los conocimientos: saber lo que se puede hacer con ellos, demostrar que se hace y hacer. Todo ello referido específicamente al profesional de la ciencia médica y a su ejercicio. El concepto de Miller, ha resultado ser extraordinariamente productivo en cuanto que ha generado un buen número de pruebas específicas cuyo propósito se centra en evaluar los dos estratos superiores de su categorización, esto es, el demostrar que se sabe hacer y el hacerlo. Pocas veces un aporte conceptual ha tenido como consecuencia mayor aplicación práctica.

El nuevo paradigma del aprendizaje basado en *competencias de salida*, traducción libre de *outcomes-learning*, considera que el demostrar que se sabe hacer y el hacerlo son la expresión máxima de la competencia del profesional en su ejercicio en el nivel que corresponda. La planificación curricular en este tipo de aprendizaje sigue un camino inverso al tradicional; comienza con la determinación de las competencias de salida que ha de exhibir el graduado, el especialista o determinado profesional y termina en la evaluación del mismo, (fig. 4) mediante instrumentos diseñados específicamente para detectar que sabe hacer y hace determinadas prácticas utilizando y aplicando adecuadamente sus conocimientos. A este nivel pues, se está evaluando e intentando cuantificar la conducta. Diversas instituciones académicas han establecido un listado de competencias de salida acorde con el graduado, por ejemplo, que se proponen obtener. Gran aceptación ha tenido el modelo diseñado por el Institute for International Medical Education (IIME)² que propone siete dominios amplios conteniendo cada uno de ellos una serie de competencias específicas que deben ser evaluadas: en total 60. Este proyecto ya ha superado la fase de “estudio piloto” mediante el diseño de pruebas adecuadas e implementadas en determinadas Facultades de diversos países. Otro modelo en fase de ejecución corresponde al proyecto ideado por las Facultades de Medicina de Escocia y conocido con el nombre de el “*Scottish doctor*”³ que se basa en una propuesta de Harden⁴ de la enseñanza basada en competencias de salidas. En general, las instituciones que se ocupan de la formación de los médicos y de su desarrollo profesional proponen listados de competencias aparentemente diferentes por su denominación; sin embargo todas ellas pueden incluirse dentro de una u otra dimensión



Fig. 4

amplia, o dominio, que se encuentran implícita o explícitamente en todos los listados.

Las pruebas orientadas a la evaluación de competencias son de diversa naturaleza y, debido a la dificultad de la cuantificación de la conducta, han sido sometidos a riguroso escrutinio e investigación, habiendo dado lugar a una literatura científica muy extensa. Su refinamiento y sofisticación persigue eliminar el sesgo y la subjetividad como rasgos principales de la medición de conducta, por lo que su validez y reproducibilidad han sido objeto de estudio intenso. La determinación de estándares previos, tarea de dificultad y complejidad enormes, pero necesaria, ha sido también exhaustivamente trabajada⁵.

Como pruebas de *evaluación de competencias* se pueden citar desde la Prueba de Progreso al Portafolios, pasando por las Escalas Globales o la OSCE. Cada una de ellas presenta caracteres diferenciales en cuanto a propósito de aplicación, validez y fiabilidad⁶. Muy utilizada en el momento actual es la OSCE, "*Objective Structured Clinical Examination*" propuesta por Harden y Gleeson en 1979. La elaboración en su diseño y forma de aplicación, representa lo más cercano a la verdadera y fiable valoración de los estratos superiores de la

pirámide de Miller. Este instrumento será ampliamente tratado en el capítulo siguiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crossley J, Humphris G & Jolly B. Assessing health professionals. *Medical Education* 2002; 36:800-804.
2. Core Committee Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Medical Teacher* 2002; 24:130-135.
3. Simpson JC, Furnace J, Crosby J et al. 2002. The scottish doctor –learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*. 2002; 24: 136-143.
4. Harden RM, Crosby JR, Davis MH & Friedman M. AMEE guide N°1: Outcome-based education: Part- From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher* 1999; 21:546-552.
5. Norcini JJ. Setting standards on education tests. *Medical Education* 2003; 37:464-469.
6. Friedman Ben-david M. Principles of Assessment. In: A Practical Guide for Medical Teachers. John A. Dent & Ronald M. Harden eds. Elsevier Churchill Livingstone, 2nd ed. 2005, pp. 282-292.

Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO-E)

José María Martínez Carretero

Unidad de Evaluación de las Competencias Clínicas. Institut d'Estudis de la Salut (IES). Generalitat de Catalunya.

Los sistemas sanitarios, como empresas que prestan servicios a la población, hacen un uso intensivo de recursos humanos altamente cualificados. Si pretendemos que estos servicios sean de calidad, habrá que asegurar la competencia de los profesionales. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un objetivo de las instituciones involucradas en la formación y utilización de los profesionales sanitarios.

Desde hace más de tres décadas diversas instituciones están utilizando métodos docentes y evaluativos de la práctica clínica, por lo cual, disponemos en la actualidad de instrumentos válidos, fiables, aceptables tanto para los candidatos como para las instituciones, factibles y cuyo impacto educativo está demostrado.

La cultura evaluativa de nuestro país ha estado basada fundamentalmente en los métodos tradicionales y muy pocos expertos se han atrevido a valorar, de forma objetiva, la práctica clínica. Desde principios de 1994 se vienen realizando proyectos de evaluación que nos permiten valorar las competencias clínicas a diversos niveles (pregrado, postgrado y en el ejercicio profesional) y de distintos profesionales.

Es necesario considerar la evaluación como un instrumento diagnóstico de los déficits competenciales, y por lo tanto útil para modificar o mejorar la formación previa y posterior, para la selección de los profesionales, para la certificación y recertificación y para cualquier sistema de incentivación y promoción profesional (carrera) que se desee diseñar.

La *definición de las competencias* de las profesiones es una necesidad obvia, tanto desde el punto de vista de su utilidad docente, de planificación y gestión de los servicios sanitarios, como de la regulación del derecho al ejercicio de la profesión.

Se puede definir competencia como un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo, por el cual una persona utiliza los conocimientos, habilidades,

actitudes y buen juicio, asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica. Representa, por tanto, un estado de su praxis profesional.

Las competencias de los profesionales, se pueden clasificar en las siguientes: Asistenciales, las de la Medicina Preventiva y Comunitaria, de investigación y docencia, las habilidades necesarias para relacionarse con otros niveles asistenciales y trabajar en equipo, las éticas y deontológicas y las relacionadas con los conocimientos del entorno socio-cultural.

A su vez, las competencias o habilidades asistenciales, se pueden subdividir en: la capacidad para *obtener información del paciente*, mediante la Historia Clínica y la exploración física, elaborar un informe clínico y comunicarse eficazmente con el paciente y sus familiares, el *conocimiento y comprensión de las patologías* (conocimientos biomédicos y la interpretación de pruebas complementarias), el *juicio clínico y la capacidad para resolver problemas clínicos* (priorización de problemas de salud, elaboración de diagnósticos diferenciales y el diseño de planes diagnósticos y terapéuticos), y las *habilidades técnicas* necesarias para el diagnóstico y el tratamiento (por ejemplo, ser capaz de tomar la tensión arterial o ser capaz de suturar una herida).

La importancia o el peso relativo de cada una de estas capacidades dependerá obviamente de la profesión sanitaria e incluso de la especialización de cada profesión. Numerosas instituciones internacionales y actualmente en nuestro país, relacionadas con la formación y la gestión de los profesionales sanitarios están definiendo estas competencias.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Para evaluar cada una de estas competencias, los instrumentos tienen que ser necesariamente diferentes, dado que no hay ningún método de evaluación que por sí solo pueda proporcionar toda la información necesaria para juzgar la competencia de un profesional. Es necesario por tanto, una combinación de los diferentes métodos para evaluar las habilidades cognitivas y las complejas habilidades que componen el concepto de competencia profesional.

De acuerdo con la *pirámide de Miller* hay cuatro niveles de formación por orden de complejidad. En la base de la pirámide están los conocimientos que un profesional necesita saber para desarrollar sus tareas profesionales con eficacia, en el nivel superior estará la capacidad para saber como utilizar estos conocimientos para analizar e interpretar los datos obtenidos. Esta capacidad se define como competencia. No tan solo es preciso conocer o saber como utilizar sino también es necesario demostrar como se utilizan. Es decir, es necesario conocer la actuación de un profesional frente a una situación clínica específica. Finalmente, no obstante, es preciso conocer lo que un profesional hace realmente en su práctica laboral. (Figura 1)



Pirámide de Miller

Fig. 1

Métodos para evaluar los conocimientos

Las preguntas escritas y especialmente las preguntas de elección múltiple, han sido las más empleadas porque son más válidas, fiables y fáciles de elaborar, que otros métodos y pueden proporcionar un amplio abanico de información, sobre las habilidades cognitivas, incluidas las habilidades para interpretar pruebas complementarias.

Métodos para evaluar la competencia

Los métodos empleados para evaluar competencia incluyen los clásicos exámenes orales y las pruebas escritas cortas o largas. Con estos métodos se puede evaluar la capacidad teórica para resolver problemas clínicos de los pacientes, así, la simulación escrita de un caso clínico es un buen instrumento para evaluar esta habilidad.

Métodos para evaluar la actuación

Los métodos utilizados para evaluar este nivel de la pirámide de Miller, se basan fundamentalmente en las simulaciones, que intentan reproducir situaciones similares de la vida real en condiciones estandarizadas, que permiten que los observadores puedan analizar las actuaciones específicas que se pretenden evaluar.

Estos métodos incluyen, las simulaciones por ordenador y los enfermos simulados estandarizados. El paciente simulado estandarizado constituye uno de los instrumentos educativos y evaluativos más importantes para garantizar que se dispone de las competencias clínicas necesarias en el encuentro médico-paciente. Los pacientes simulados son individuos especialmente entrenados para cumplir dos funciones: representar una situación clínica determinada de acuerdo a una patología previamente establecida y evaluar la capacidad del profesional en la obtención de una anamnesis adecuada, en la exploración física y en los patrones de comunicación con el paciente. Dado que todos estos pacientes son entrenados, se comportan, responden y evalúan de una manera uniforme con todos los evaluados, se les considera estandarizados.

A pesar de la importancia y utilidad del paciente simulado estandarizado, con propósitos ya sea docentes o evaluativos de unas áreas específicas de competencias clínicas, es imprescindible la combinación con otros instrumentos que nos permitan evaluar otras competencias clínicas.

Una mención especial merece la prueba conocida como OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) o *Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada* (ECOE).

La ECOE es un formato de prueba en el que se pueden incluir diferentes métodos evaluativos. El formato básico consiste en que los candidatos roten por un circuito de estaciones secuenciales en el que se les solicita que realicen una variedad de diferentes habilidades. En muchas de estas estaciones se utilizan Pacientes Simulados estandarizados, casos por ordenador, maniqués, pruebas complementarias.



Fig. 2



Fig. 3

rias (ECG, RX, analítica, etc), preguntas de respuesta múltiple o corta relacionadas con los casos, entre otras. (Figuras 2 y 3).

Para que la ECOE sea válida y fiable debe reunir, de acuerdo con la literatura científica, una serie de condiciones o características: La duración debe ser entre 3 y 4 horas, tener 8 o más pacientes simulados, cada estación debe durar 10 minutos, tener un máximo de 30 ítems de evaluación por caso, no más de 20 candidatos a evaluar en cada sesión y combinar, de acuerdo con las competencias a evaluar, varios instrumentos evaluativos como los mencionados, entre otras.

Métodos para evaluar la práctica profesional

Es obvio que este nivel de evaluación es el más importante y completo, ya que nos proporciona información sobre lo que el profesional realmente hace en su práctica profesional. No obstante, es preciso señalar, que desde el punto de vista metodológico es el más difícil ya que intervienen no solamente problemas técnicos (de factibilidad y fiabilidad) sino también otros factores no relacionados con lo que el profesional es capaz de hacer y que pueden modificar su práctica, como por ejemplo, el tipo de organización de la institución en la que trabaja, los recursos disponibles, la competencia de otros profesionales que intervienen en la práctica que se pretende evaluar, la masificación asistencial y la motivación del propio profesional, entre otras.

A pesar de todo, existen instrumentos que pretenden evaluar este nivel y nos pueden dar información bastante relevante de la práctica real del profesional como: las escalas de evaluación global, la revisión de las historias clínicas (audit), la revisión de las decisiones clínicas (chart stimulated recall), las observaciones de la práctica por colegas o mediante videos, las encuestas de satisfacción de enfermos y familiares, cuadernos de autoaprendizaje o portafolio, la opinión de otros miembros del equipo, los indicadores de problemas en la práctica, o la calidad de las prescripciones terapéuticas, entre otras.

La valoración formativa

Los métodos antes señalados pueden ser utilizados como instrumentos de evaluación del progreso competencial durante el proceso de formación con fines fundamentalmente formativos y no exclusivamente sumativos tanto en el pregrado como en el postgrado. La información obtenida, a nivel individual o grupal, permite mejorar y adaptar los métodos de aprendizaje así como los contenidos al progreso de los estudiantes. La valoración formativa es un instrumento imprescindible en las entrevistas tutor-estudiante/residente (feed back) de la formación basada en la tutorización activa continua.

NIVELES DE EVALUACIÓN

Al menos se pueden distinguir tres niveles diferentes de evaluación en el *desarrollo profesional continuo individual*: Al final de la formación pregraduada, al finalizar la formación postgraduada con propósitos de certificación de la especialidad y



Fig. 4

durante el trabajo independiente de los profesionales con el propósito de recertificación y carrera profesional. (Figura 4)

Será necesario por tanto dirigir acciones evaluadoras a estos tres niveles, que serán necesariamente diferentes, no tan solo en cuanto a contenidos sino a los métodos a utilizar. Además, será necesario utilizar los métodos de evaluación objetiva para la selección de los profesionales para adecuarlos a sus lugares de trabajo.

Por lo que respecta a las instituciones responsables que tendrían que utilizar los métodos de evaluación en los niveles antes mencionados tendrían, a nuestro entender, de ser en el pregrado, las Facultades de Medicina y Escuelas Universitarias de Enfermería conjuntamente con los colegios profesionales, que son los organismos responsables de garantizar a la sociedad la competencia de sus profesionales. En el nivel de especialización serían las sociedades científicas como organismos que agrupan a los diferentes especialistas. En la selección de los profesionales, de acuerdo con las necesidades explicitadas por la definición de las competencias para un lugar de trabajo determinado, los centros sanitarios (proveedores sanitarios). Finalmente, la recertificación sería responsabilidad de las sociedades científicas y/o de los colegios profesionales y la carrera profesional o sistema de incentivación y promoción profesional correspondería a cada centro sanitario donde el profesional ejerce.

En un país como el nuestro, en el cual no hay tradición de evaluación de los profesionales al finalizar la formación postgraduada (certificación de la especialización) y/o durante el ejercicio profesional (recertificación), con frecuencia se confunden, los objetivos, contenidos y métodos de eva-

luación de estos con los de un sistema de desarrollo profesional.

De acuerdo con las experiencias internacionales, a menudo representada por los países anglosajones (USA, Australia y Canadá), la certificación es necesario entenderla como la evaluación que se realiza al finalizar una formación especializada, con el objetivo de garantizar que se han adquirido aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que conforman la especialidad. Se trata por tanto de evaluar un abanico amplio de competencias de la especialidad y los métodos de evaluación, cada vez más, se basan en simulaciones tipo OSCE. Las instituciones responsables de garantizar estas competencias son las sociedades científicas (Boards).

Sobre la *recertificación*, se trataría de evaluar las competencias comunes a todos los profesionales de una especialidad determinada, independientemente de la subespecialidad o expertise que esté desarrollando actualmente, se le evaluaría periódicamente sobre las competencias "nucleares" de la especialidad. Los instrumentos de evaluación empleados conjugan las baremaciones de actividades formativas, las evaluaciones tipo OSCE y otros métodos de evaluación de la práctica real.

Por tanto, el concepto de carrera / promoción-desarrollo profesional no está relacionado ni con la certificación ni con la recertificación profesional. En todo caso, estas últimas serían requisitos previos a partir de los cuales sería preciso evaluar la expertise y/o el *cumplimiento de los objetivos asistenciales* que constituyen el contenido de cualquier sistema de desarrollo profesional.


Cualquier sistema de incentivación y promoción profesional ha de contemplar estos contenidos y los métodos de evaluación se deben basar en las tareas reales de los profesionales.

En las dos últimas conferencias de Educación Médica, la 11th International Ottawa Conference on Medical Education (Barcelona 6-8 de Julio de 2004) y en el Congreso de la AMEE (Association for Medical Education in Europe, Edimburgo 5-8 de Septiembre de 2004) se han tratado ampliamente los aspectos conceptuales, los métodos e instrumentos para la evaluación del desarrollo profesional continuado individual.

EXPERIENCIAS EN CATALUÑA SOBRE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

En Cataluña, el Institut d'Estudis de la Salut inició en 1994, de acuerdo con estas directrices y orien-

**PROYECTOS SOBRE EVALUACIÓN DE LAS
COMPETENCIAS PROFESIONALES
1994-2005**



Pregrado	Nº Proyectos	Total alumnos Evaluados
Medicina (ECC)	16	897
Medicina (ECOЕ)	47	2.985
Enfermería (ECC)	4	255
Enfermería (ECOЕ)	22	1.262
Seminarios Paciente Monitor	21	1.471
Postgrado		
Valoración formativa residentes de MFyC		
Certificación y acreditación profesional		
ECOEs de MI, Mfyc, Pediatría, Geriatria, Neonatología, Matronas y Análisis Clínicos	40	918
Técnico en Transporte Sanitario	6	4.670
Sistema de Incentivación y Promoción profesional Elaboración documento 1997		
TOTAL	156	12.458

Datos actualizados 31-01-2005

Fig. 5

taciones internacionales, diferentes proyectos de evaluación al final de la formación de pregrado de médicos y enfermeras, en el postgrado con la valoración formativa de los residentes de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria, para la certificación profesional con diversas sociedades científicas y colaboró en la elaboración de un documento, finalizado en 1997, sobre las bases conceptuales para un sistema de incentivación y promoción profesional que ha servido de guía para los convenios y acuerdos de las mesas de negociación de las patronales sanitarias y los sindicatos (Convenio de la Red Hospitalaria de utilización pública. RHUP 2001-

2004 y Acuerdo de la mesa sectorial del Instituto Catalán de la Salud. ICS 2002-2006). (Figura 5)

El Libro Blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña, publicado el año pasado, contempla muchos de los aspectos básicos mencionados sobre el desarrollo profesional continuo individual y ahora se está procediendo al desarrollo operativo con diferentes grupos de trabajo, uno de ellos vinculado específicamente a la evaluación y reconocimiento profesional.

Cabe señalar que, a partir de 1998 estos proyectos evaluativos adoptaron el formato evaluativo tipo ECOE (Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada), que permitía explorar todas las Competencias Clínicas.

El programa común complementario

Josep M^a Fornells, M^a Antonia Sans, M^a Josep Cerqueira, Salvador Hernández

Red de Comisiones de Docencia y Asesoras de Cataluña

JUSTIFICACIÓN

La formación formal de los actuales especialistas tiene unos déficits en sus contenidos que vienen determinados por no tener en cuenta como debe ser y que debe saber el médico que necesita la sociedad del siglo XXI. Así, nos encontramos con déficits importantes en aspectos humanísticos, éticos, técnicas de comunicación, investigación médica y la gestión clínica.

Todos estos aspectos formativos aun no siendo elementos técnicos, no dejan de ser importantes para la formación de buenos especialistas desde una visión más amplia. Los argumentos para la incorporación de estas materias en la formación de especialistas los encontramos en los siguientes hechos:

1.- Cambios en el rol médico-paciente de los que se deriva que se primó, en primer lugar, la defensa de los derechos y la autonomía del paciente (carta de derechos y deberes del enfermo), y por otro lado el aumento del nivel cultural de la población al tener ésta mayor acceso y comprensión de la información médica.

2.- Cambios demográficos que comportan cierto desconocimiento de la realidad social de la población inmigrada (cultura, idioma, religión, etc..) Este hecho hace más vulnerable al especialista y se ponen más en evidencia los déficits en habilidades comunicativas.

3.- La ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que en su artículo 5 apartado 1,c resalta el deber del profesional de respetar, la personalidad dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso deben ofrecer una información adecuada y suficiente para que aquéllos puedan ejercer su derecho sobre el consentimiento a dichas decisiones.

En el apartado 1,b del mismo artículo hace referencia al deber que tiene el profesional de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos. En definitiva ha de conocer la dimensión económica de la infra o supra utilización o de la utilización inadecuada de los recursos que se tienen al alcance.

4.- La opinión de los propios profesionales sobre la formación recibida en aspectos que consideran de máxima relevancia. (1)

ANTECEDENTES

El plenario de las Comisiones de Docencia y

Asesoras de Cataluña debatió en 1995 la necesidad de formación de los residentes en ámbitos genéricos que no estaban contemplados en los programas establecidos por las correspondientes Comisiones Nacionales de la especialidad. Nació así el Programa Común Complementario (PCC), que se inició en 1996 con un plan piloto en cuatro centros hospitalarios y dos Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Con posterioridad otros centros y unidades docentes adoptaron el PCC.

El nombre mismo del programa nos señala las dos características básicas del mismo. Por una parte es común a los residentes de todas las especialidades y está pensado para que sea válido para todas ellas; ya sean médicas, quirúrgicas o las que corresponden a servicios centrales. Por otra parte es complementario al programa específico oficial de cada especialidad con el objetivo de proporcionar una formación más integral, que facilite al futuro especialista una mejor respuesta a nuevas necesidades.

Los centros continúan teniendo total autonomía para organizar las actividades formativas que crean más oportunas. El PCC no pretende más que dar una formación de mínimos, de calidad para todos los residentes de Cataluña.

ESTRUCTURA

El PCC se estructuró en cinco módulos formativos distribuidos en tres años con un total de 154 horas, sin contar los trabajos individuales tutorizados. Las materias que se priorizaron fueron las siguientes:

1r año de residencia:

- Metodología científica I	20 horas
- Introducción a la investigación	
- Habilidades comunicativas	30 horas
- Resucitación cardiopulmonar	4 horas

2n año de residencia:

- Metodología Científica II	20 horas
- Bioestadística	
- Bioética	30 horas

3r año de residencia:

- Metodología científica III	20 horas
- Comunicación científica	
- Gestión asistencial	30 horas

Se puso especial énfasis en los aspectos metodológicos ya que se quería evitar una formación excesivamente teórica y por contra se intentó un aprendizaje

que estuviera cerca del modelo de formación basado en la experiencia que ya seguían los residentes.

PUESTA EN MARCHA

El Instituto de Estudios de la Salud se responsabilizó de acreditar a los centros que querían poner en marcha el PCC valorando el programa presentado por los centros y haciendo el seguimiento de los mismos.

La presentación del programa antes mencionado debía incluir los siguientes apartados para cada módulo.

- Objetivos de aprendizaje
- Contenidos
- Metodología
- Evaluación de los residentes
- Relación de profesores con un breve currículum

VALORACIÓN DEL PCC

La implementación del PCC tuvo un alcance limitado puesto que fue adoptado de manera minoritaria por los centros acreditados para la formación especializada. No obstante sirvió para poner en el orden del día la necesidad de formación en materias transversales y muchos centros si bien no adoptaron el PCC en su integridad sí que pusieron en marcha varios de los módulos que configuraban el PCC. Aparte tuvo un carácter pionero en el resto del estado siendo el precursor de experiencias similares desarrolladas en otras comunidades autónomas.

En el apartado de aspectos a mejorar habría de señalar las resistencias que se han observado por parte de ciertos sectores del staff y de algunos jefes de servicio y que en ocasiones han actuado no favoreciendo la participación de los residentes en el PCC. En parte se puede explicar por problemas de "comunicación" tanto vertical como horizontal y por un conflicto de "modelos".

Una crítica generalizada de los residentes es la falta de compatibilidad entre el PCC y su actividad asistencial así como los horarios, total o parcialmente extralaborales.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

La Red de Comisiones de Docencia y Asesoras de Cataluña encargó a un grupo de trabajo la elaboración de una propuesta para la dinamización del PCC. A falta de la presentación formal de las recomendaciones de este Grupo y de su aprobación por la Comisión Permanente de la Red podemos avan-

zar lo que serían conclusiones preliminares y que constituirán los ejes de su posterior desarrollo.

ESTRUCTURA DEL PCC

- Se define una nueva estructura del PCC que pasa de las 154 horas iniciales a 85 horas a desarrollar en 2 años:

· Habilidades comunicativas	20 horas
· Bioética	20 horas
· Lectura crítica de artículos y búsqueda bibliográfica	25 horas
· Salud Pública	10 horas
· Gestión Clínica	10 horas

- La reducción global de horas tiene que enmarcarse en una estrategia de mínimos para facilitar su cumplimiento en todos los centros acreditados. Por otra parte la reducción más significativa corresponde al módulo de metodología científica para el que se considera que existe suficiente oferta en nuestro medio.

PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO

- Se consideran plenamente vigentes los principios que inspiraron la creación del PCC hace ya 10 años.

- La puesta en marcha del PCC debe seguir criterios de flexibilidad y descentralización. Se favorecerá una política de formación de formadores para permitir la máxima autonomía posible por parte de los centros en la formación de sus residentes en temas transversales.

- Deben determinarse los criterios de acreditación de los programas así como los de evaluación de los residentes, con el objetivo de garantizar una adecuada calidad.

- El PCC pretende marcar unos objetivos mínimos y en ningún caso debe ser un obstáculo para centros que quieran plantearse objetivos de formación más ambiciosos.

- La realización del PCC por parte de los residentes debe tener una valoración trascendente que estimule su realización. Se debe contemplar su valoración curricular.

- Se debe contemplar el sistema de financiación del mismo.

- Los centros con pocos residentes deberán establecer alianzas con otros centros de su área geográfica. El Instituto de Estudios de la Salud facilitará la organización a demanda de los diferentes módulos.

Formación común complementaria de los especialistas en formación. La experiencia de Madrid.

José Luis Villanueva Marcos

Médico. Agencia Pedro Laín Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid

Cuando uno revisa la Guía para la Formación de Especialistas, donde se recogen los programas de formación de cada especialidad, se aprecia una heterogeneidad en la manera de expresar lo que deben saber los especialistas en formación. Algunas recomendaciones son universales y entre ellas, todos están de acuerdo en que la formación se debe adquirir de manera progresiva y tutorizada, con asunción también progresiva de la responsabilidad. En cuanto a los contenidos teóricos de cada especialidad, que no se describen en todas de igual modo, se comparte que se adquieran mediante seminarios, sesiones clínicas, sesiones bibliográficas y no se aconseja el formato de clase magistral. Por otro lado, las competencias que deben adquirir los especialistas al finalizar su periodo de formación no están bien descritas y no se especifica el modo de evaluarlas.

Es muy importante la continuidad entre las competencias adquiridas en el Grado y las que se adquieren durante el periodo de formación por el sistema de Residencia que tenemos establecido en nuestro país. Las distintas Comisiones Nacionales de Especialidades se hallan inmersas en la redacción de unos nuevos planes de formación más acordes con las necesidades actuales. También las Universidades están en vías de elaborar sus futuros planes de estudio, con el horizonte de la armonización europea en 2010. Entre tanto esto ocurre, parece de interés facilitar el acceso a una serie de contenidos a los especialistas en formación en algunas áreas que, siendo necesario conocerlas para el ejercicio profesional en el momento actual y en el futuro, se han descubierto como deficitarias en los planes de formación de las especialidades y que tampoco se han analizado en la formación universitaria previa. El hallazgo de estas lagunas formativas ha sido descrito por los propios especialistas en formación, por la mayoría de los tutores y además constituye un tema de debate en casi todas las comunidades autónomas, a cargo de las cuales se encuentra la formación especializada.

Durante una Jornada de la Red de Comisiones Docentes y Asesoras que tuvo lugar en Madrid en junio de 2004, se debatió sobre este tema. Se llegó al acuerdo de que era necesaria una Formación Común

Complementaria distinta a la formación que se recibe por los procedimientos habituales. También existía acuerdo en los contenidos que se tendrían que impartir. Se trataron las diferentes maneras de llevarlo a la práctica, la obligatoriedad, la financiación, y en estos temas no quedó aclarado como se iba a afrontar el asunto. En Noviembre de 2004 creamos un grupo de trabajo en el seno de la Agencia Laín Entralgo que es la institución responsable de los temas de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Presidida por el Director Técnico de la Agencia y con la participación de una persona de formación de Pregrado, otra de Formación de Especialistas, una de Formación Continuada, un catedrático de Medicina Interna y Jefe de Servicio de uno de los hospitales universitarios de Madrid, el presidente de la Red de Comisiones Docentes y Asesoras de La Comunidad de Madrid, dos Presidentes de Comisiones de Docencia de Hospitales y otros dos de Comisiones asesoras de Medicina Familiar y Comunitaria. Con la elaboración e diferentes propuestas que eran sometidas a valoración, se llegó a la conclusión de organizar la Formación Común Complementaria como un plan piloto experimental, fuera del horario laboral, de modo optativo, centralizado en la Agencia Laín Entralgo, en tres áreas de formación coordinada cada una de ellas por una persona de prestigio que se encargaría de seleccionar el profesorado, con 11 ediciones de cada uno de los temas (1 edición en cada una de las 11 áreas de salud). La financiación se realiza a través de la Agencia Laín Entralgo, con presupuesto independiente de la Formación Continuada.

A continuación se exponen de manera más detallada cada uno de los tres cursos:

ORGANIZACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA.

Se trata de que conocer los diferentes modelos de Servicios de Salud que existen en el mundo, las ventajas e inconvenientes que cada uno tiene y entre ellos el modelo español. Se estudia la evolución que la Sanidad ha tenido en España y en qué posicionamiento se encuentra nuestro país comparándose con otros. Se

estudian por otra parte los distintos modos de organización de la atención de pacientes: Hospitales de Día, Cirugía Mayor ambulatoria, Hospitales de Corta Estancia y Hospitalización a Domicilio. Finalmente se describen los conceptos más importantes que conviene conocer sobre la Gestión Clínica y posteriormente se muestran dos ejemplos prácticos: Un Servicio de Oncología y un Instituto Cardiovascular.

COMUNICACIÓN, RELACIONES PROFESIONALES, BIOÉTICA Y DERECHO SANITARIO.

Con este curso se trata de que conocer algunas nociones básicas de bioética como el derecho a la intimidad, la confidencialidad, el derecho a la información de los pacientes, el consentimiento, las últimas voluntades. Por otra parte se analizan aspectos de derecho sanitario con implicaciones en las guardias, en el trato con los pacientes, los familiares, la policía

y los jueces. En la parte de comunicación se describen aspectos que es necesario manejar bien en las relaciones profesionales con los pacientes y sus familias, como son la comunicación verbal y no verbal, las habilidades básicas para obtener datos de calidad en las entrevistas, las habilidades dirigidas a manejar situaciones difíciles y como dar malas noticias.

METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Se trata de que adquirir los conocimientos y la metodología suficientes para poder leer y entender con soltura y espíritu crítico la bibliografía médica y poder así aplicarla en la toma de decisiones clínicas. Por otra parte, conocer las bases del método científico, los tipos de estudios epidemiológicos, los índices de evaluación de las pruebas diagnósticas, las etapas de la elaboración de un proyecto de investigación y las bases de la estadística descriptiva.

Tabla I. Número de horas y destinatarios

Título	Horario	Dirigido a
ORGANIZACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA	16	R3,R4,R5
COMUNICACIÓN, RELACIONES PROFESIONALES, BIOÉTICA Y DERECHO SANITARIO	10	R1
METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA	16	R2

Tablas II, III y IV. Distribución horaria de temas en cada curso

ORGANIZACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
Sistemas Sanitarios: 2 horas.
Organización Sanitaria: 1 hora.
Nuevos modelos de gestión asistencial: 2 horas.
Gestión Clínica (concepto, desarrollo y futuro): 2 horas.
Gestión Clínica práctica I. Oncología: 2 horas.
Gestión Clínica práctica II. Instituto Cardiovascular: 2 horas.
COMUNICACIÓN, RELACIONES PROFESIONALES, BIOÉTICA Y DERECHO SANITARIO
Bioética y Derecho Sanitario: 6 horas.
Investigación y bioética: 2 horas.
Asistencia al paciente y su familia (la comunicación en el encuentro clínico): 6 horas. Relaciones profesionales: 2 horas.
METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA
Bases del método científico. Diseño de estudios epidemiológicos: 4 horas.
Validez de pruebas diagnósticas: 4 horas.
Elaboración de un proyecto de investigación: 4 horas.
Estadística descriptiva e inferencia estadística: 4 horas.

Formación común complementaria de los especialistas en formación. La experiencia de Andalucía.

Antonio Torres Olivera

Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

La experiencia en Andalucía nace en el año 2001, tras el inicio de los trabajos que nos llevaron a la elaboración del I Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este I Plan fue la respuesta al convencimiento de que la gestión de la cultura organizativa es la palanca de cambio para la mejora de los cuidados para la salud y la atención sanitaria.

La elaboración de los mapas de competencias de los profesionales sanitarios que debían dar respuesta a los estándares de calidad recogidos en los mapas de procesos asistenciales integrados, nos iluminan una perspectiva global, facilitando la identificación de las fortalezas en cuanto a competencias de los profesionales del sistema, detectando así mismo, las áreas de mejora como potencial de crecimiento. Es necesario tener en cuenta que como metodología principal, la elaboración de los estándares de calidad de estos procesos, partía del análisis de las necesidades y expectativas de los pacientes frente a la organización, análisis que sustentará el hilo conductor de todo el desarrollo.

Trabajamos por tanto, tras la elaboración de los mapas de procesos asistenciales integrados, en la identificación de las competencias clave del éxito en nuestra tarea. Se ha trabajado especialmente con especialidades en las que recaían los procesos más prevalentes y aquellas que se veían comprometidas con un número mayor de procesos (medicina familiar y comunitaria, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, pediatría). Trabajamos con la finalidad de identificar el perfil que debía tener el especialista al finalizar su periodo de residencia. Posteriormente identificamos aquellos elementos comunes a todas ellas y que no se recogían en los programas de formación de la especialidad.

Se diseñó un Programa de Formación Común para los Especialistas en Ciencias de la Salud en Formación de todas las instituciones sanitarias de Andalucía. El programa consta de cinco módulos: I Organización Sanitaria y Bioética, II Entrevista Clínica y Relación Médico-Paciente, III Investigación I. Estadística y Epidemiología. Manejo de la Bibliografía Médica. Medicina Basada en la Evidencia, IV Metodología de Investigación y V Gestión de Calidad: Gestión Clínica y Gestión por Procesos.

Cada año tenemos una población diana de algo

menos de 3.000 residentes (entre primero, segundo y tercer año del programa), incorporándose anualmente cerca de 1.000.

La evaluación continua nos está permitiendo incorporar las sugerencias de los residentes en cuanto a peso de los contenidos (como el aumento de los contenidos sobre bioética) o intentar adaptarnos en cuanto a horarios, etc. A la implicación inicial de los presidentes de las Comisiones de Docencia y Asesoras de todo el sistema (cerca de 40 personas) se ha añadido la incorporación de un responsable por provincia que desde las Delegaciones Provinciales de la Consejería realizan labores de soporte administrativo, coordinación, etc... lo cual, ha supuesto un importante esfuerzo organizativo.

Nos encontramos en una segunda fase del proyecto en la que hemos podido incorporar algunas novedades: Mejora del sistema de información para la evaluación y la gestión; desarrollo de un modelo común de acreditación de tutores; programación de un curso de formación de gestores dirigido a los Presidentes de las Comisiones de Docencia y asesoras; comienzo del diseño de los módulos formativos en la modalidad semipresencial; refuerzo de los programas de acogida institucional anuales; desarrollo de una página web para los residentes

La promoción de las competencias de carácter transversal en los especialistas, se manifiesta como un gran potencial de mejora en la búsqueda de la excelencia en la atención al ciudadano; pero debe ir acompañada de la generación de una cultura de la organización, en la que la formación de los nuevos profesionales se viva como uno de los objetivos más importantes para la organización sanitaria y sea compartida por todos.

De igual modo la promoción de los valores del Sistema Sanitario Público de Andalucía debe impregnar toda la tarea, pues las primeras etapas de la vida de los profesionales, son un momento clave en el desarrollo de estos. Para conseguir la mayor eficacia en nuestros objetivos, debemos considerar este programa de forma dinámica y absolutamente en línea con los objetivos que se desarrollen en la etapa pregrado y en la formación continuada de los profesionales que permanezcan con nosotros, que en un gran porcentaje procederán de estos especialistas formados en nuestro ámbito competencial.

¿Hacia dónde vamos en la formación de especialistas?

Emilia Sánchez Chamorro

Subdirectora General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia.

La entrada en vigor de la LOPS aborda una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, y determina la necesidad de proceder a una actualización de las especialidades sanitarias y de los órganos de apoyo a la formación especializada; a ello debemos unir y tener en cuenta las recomendaciones que, en ese ámbito se están produciendo en la Unión Europea, sin obviar las competencias que, en materia sanitaria, tienen atribuidas las comunidades autónomas.

Todo ello nos lleva al establecimiento de un sistema de especialización cuyo desarrollo ha de producirse dentro del modelo del Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, y las especialidades en Ciencias de la Salud han de responder al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos, contemplar las lógicas aspiraciones de desarrollo profesional y facilitar la libre movilidad y circulación de los profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud sin olvidar las competencias de las comunidades autónomas en la organización y gestión de sus servicios de salud.

Para la necesaria y tantas veces pedida coordinación entre el sistema sanitario y el educativo, en todas las acciones actividades y propuestas encaminadas a servir de nexo de unión y facilitación entre la formación de grado, posgrado y especializada se ha creado una Comisión de Coordinación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Educación y Ciencia.

Esta coordinación entre los Ministerios de Sanidad y de Educación no debe quedar a nivel estatal sino que debe fomentarse el establecimiento de redes de conexión entre los Departamentos sanitarios autonómicos y la Universidad que con sus facultades de Medicina pueden hacer que la hasta ahora utopía de plantear la formación como un continuum pueda llegar a ser una realidad.

Para ello es necesario definir claramente como debe ser los hospitales y centros de salud universitarios, aquellos lugares en los que se formarán los médicos del siglo XXI.

Todos los hospitales y centros de salud que quieran aspirar a la excelencia deben ir asociados inexcusablemente a la docencia universitaria y de posgrado, a distinto nivel en función de su tamaño y de sus aspiraciones.

Para que haya el “continuum” expresado antes se debe pensar que el nuevo hospital y centro de salud universitario, en el que se forman el estudiante y el residente, debe conseguir (ayudados por los agentes implicados) incorporar las ventajas de los dos sistemas, el sistema de residencia y el académico, desechando aquello que la experiencia nos ha demostrado que no es adecuado y dejando por el camino antiguas rencillas, rigideces y prejuicios que nos impiden avanzar y ello por varias razones: porque no se puede desaprovechar la experiencia e inversión en tecnología que supone un hospital y porque la docencia tanto de grado como de posgrado y especializada supone en sí misma un revulsivo que hace que el hospital mejore su actividad elevando la calidad asistencial que se le exige para su funcionamiento.

Para ir de la mano el mundo sanitario y el educativo se hace preciso una mayor implicación de la organización sanitaria en el diseño curricular de la formación tanto de grado, como de postgrado y continuada a la vez que debe haber mayor implicación y presencia de la dirección del hospital universitario en la universidad y de ésta en los órganos de dirección del hospital universitario.

Las instituciones sanitarias y educativas deben responder a este reto que se les presenta a los médicos del siglo XXI, que han de aprender a lo largo de la vida, ya que deberán adecuar su educación a las condiciones cambiantes de los sistemas sanitarios y mantenerse al día en cuanto a las nuevas tecnologías.

De acuerdo con la conferencia de Bergen de garantizar la calidad educativa debemos plantearnos acreditar los hospitales universitarios como un todo sin distinciones entre grado, posgrado y especializada, con criterios de calidad asistencial y docente, apoyándonos en la experiencia adquirida en

España de más de 15 años en la acreditación docente de los hospitales y centros de salud para la formación MIR.

Los estudiantes deben ser considerados en el hospital como un pre-residente y la investigación hospitalaria, asociada a la docencia tiene que ser semejante a la del resto de los países desarrollados. El crecimiento de las sociedades se fundamenta en el conocimiento y solo potenciando la docencia inseparablemente unida a la asistencia y la investigación podremos alcanzar los objetivos enunciados a lo largo de la exposición.

Siguiendo con la Conferencia de ministros de educación celebrada en Bergen el pasado mes de mayo en el que resaltan como uno de los principales desafíos futuros la mayor vinculación entre educación superior e investigación con la plena incorporación del doctorado como elemento fundamental de conexión entre los Espacios europeos de educación superior e investigación, en el ámbito de las profesiones sanitarias se debe potenciar la investigación en el periodo de especialización mediante el impulso para alcanzar el grado de doctor de la mayor parte de residentes que lo deseen, para ello se debe flexibilizar alguna de las rigideces de la formación especializada, y se debe ayudar a aquellos que tengan inquietud por la carrera docente e investigadora trabajando por permeabilizar los dos sistemas el académico y el sanitario, facilitando la necesaria convalidación de créditos por parte de la Universidad y el tiempo y la infraestructura por ambas instituciones para que permitan esta necesaria sinergia entre la investigación, la docencia profesionalizada y la asistencia.

El producto final que ofrece el hospital al ciudadano, la salud, es único, y único debe ser el proceso de elaboración del mismo, aunque precise de ramas complementarias coordinadas e integradas.

Normas como la LOPS, los Reales Decretos derivados de la Declaración de Bolonia, la Conferencia de ministros de Bergen, etc., la nueva Directiva de Cualificaciones profesionales aprobada el 6 de junio próxima a publicar en el Boletín de la Comisión Europea, buscan el reconocimiento de los títulos, la libre circulación de los titulados, resaltan la importancia de la formación continuada como algo sustancial, no solo para los médicos como sucedió en la directiva SLIM de 2001, sino para todos los profesionales amparados en la Directiva; medidas tales

como la necesidad de haber en al menos 10 países de los 25 una especialidad para estar incorporado a la nueva Directiva (antes solo era necesario la presencia de la especialidad en 2 o más países) favorece la movilidad.

CONCLUSIONES:

- Necesidad de lograr que el hospital universitario tenga a los alumnos, los residentes y los especialistas ya formados como un mismo profesional pero en diferentes etapas de su vida, teniendo que plantearse no distinguir entre aquellos que están formando a los estudiantes o a los residentes (plazas vinculadas, etc.)

- Impulsar el desarrollo normativo del grado y especializada amparado en la LOPS dentro del modelo de EEES, mediante la reforma de las directrices de los planes de estudio de Medicina, adaptándolos a la nueva metodología docente, enlazando con la actualización de los programas formativos de las especialidades médicas, desarrolladas bajo el prisma de la troncalidad y las áreas de capacitación específica.

- Actualizar la excelente herramienta que se ha tenido de selección, el examen MIR, pero sin quedarnos anquilosados, evaluando al nuevo médico del siglo XXI, al incorporar dentro del examen la evaluación de las habilidades y destrezas que han adquirido a lo largo de su formación de grado.

- Actualizar, en el marco de Convergencia Europea y la LOPS, el Real Decreto 1558/86 que ha quedado obsoleto y alejado de la situación actual en el que todas las Autonomías tienen las competencias sanitarias asumidas y la Universidad esta en proceso de cambio de sus titulaciones.

- Favorecer la libre movilidad de los profesionales sanitarios de acuerdo a la nueva directiva de cualificaciones profesionales, no incorporando nuevos los compartimentos estanco que obstaculicen la libertad de movimiento y dificulten, por las barreras construidas, la visibilidad de los buenos profesionales.

Repasando “La Enseñanza de la Medicina en España” del Prof. Teófilo Hernando, presidente del Consejo Nacional de Cultura, en 1934, ya proponía muchas de las recetas que hemos hablado aquí, esperemos que impulsados por la convergencia europea consigamos que el médico del siglo XXI sea el profesional que necesita la sociedad del siglo XXI.

La Formación MIR como frontera de la licenciatura de medicina

Francisco Pérez Jiménez

Catedrático y Jefe de Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba.

La educación médica debería garantizar la formación de profesionales competentes, que respondan a las necesidades de eficacia y eficiencia del sistema sanitario. Para conseguirlo se deberían definir previamente las competencias que se desean alcanzar (outcome based education), además de garantizar que el alumno aprender a aprender, ya que el 90% de los conocimientos que utilizará para su ejercicio profesional los deberá adquirir de modo autónoma, frente a sólo el 10% que proceden de una enseñanza reglada. Finalmente, el pregrado debería estar integrado en el proceso formativo global del médico, que incluye su preparación como especialista, como investigador y el mantenimiento de su competencia profesional a lo largo de su vida, con la formación continuada. Este complejo proceso permite entender la relevancia que tiene la continuidad del proceso formativo. Y es precisamente en este contexto donde es clave el diseño de una prueba adecuada para pasar del pregrado a la especialización.

Teóricamente, a esta prueba se le deberían pedir varias características. En primer lugar sería deseable que fuera objetiva, permitiendo seleccionar a los mejores. Adicionalmente, debería tener en cuenta el rendimiento académico del alumno a lo largo de la licenciatura, como reflejo de la constancia y continuidad de su dedicación al estudio. También debería poder discernir las aptitudes del futuro especialista, lo que incluiría su dedicación, su vocación, la presencia de valores tales como su sentido ético y su profesionalismo. Finalmente, y como componente clave, la prueba en cuestión debería evaluar su preparación como profesional, incluyendo las competencias, tanto las cognitivas como las habilidades y las actitudes, incluyendo lo que el médico será capaz de hacer, como abordaría su práctica y su formación como profesional. Por supuesto, sería de desear que dicha prueba se hiciera respetando el equilibrio de las materias de su currículo de licenciatura. Sin duda, dada la complejidad que tiene la formación médica, es casi imposible disponer de una prueba satisfactoria, que cumpla todos estos requisitos. Sin

embargo es muy importante que sea lo más completa posible, entre otros argumentos porque será clave para la promoción del conocimiento y la orientación del aprendizaje a lo largo del pregrado, tanto para el profesor, dirigiendo su enseñanza, como para la motivación del alumno, quien orientará su esfuerzo en función de dicha prueba.

En el momento actual, la prueba MIR no cumple la mayoría de esos requisitos. Ciertamente es objetivo, y esa es su principal condición, lo que justifica su prestigio y el que sea considerado un ejemplo de imparcialidad. También incluye el rendimiento académico a lo largo de la licenciatura, reconociendo por tanto el esfuerzo y dedicación. Sin embargo, en la distribución de sus contenidos no se atiende al peso curricular de las distintas materias, como tampoco garantiza la evaluación de las competencias que no sean cognitivas. Esta última condición es especialmente preocupante, por la carencia de procedimientos para conocer las habilidades y la capacidad del médico para actuar como profesional, con la consiguiente influencia negativa en el producto educativo de nuestras facultades. En un estudio que hemos concluido recientemente, realizado en alumnos de sexto de medicina, el rendimiento que alcanzaron los estudiantes en una prueba tipo MIR no se correlacionaba con la obtenida en distintas pruebas para evaluar las diferentes competencias clínicas, incluyendo su capacidad para el manejo de un paciente simulado, o la interpretación de pruebas radiológicas. Esto resulta descorazonador, máxime cuando en el horizonte no se vislumbra una solución a esta ruptura entre lo que el estudiante debe saber y lo que se le pide para hacerse especialista.

Actualmente podemos decir que la prueba de acceso a la especialización supone una ruptura total con el concepto de continuidad que debería tener la carrera de Medicina, iniciada en la licenciatura y concluida con la jubilación del profesional. Adicionalmente, existe una ruptura entre las peculiaridades educativas del pregrado con la etapa MIR. En el primero la formación se centra en los aspectos cognitivos, siendo muy escasa la adquisi-

ción de habilidades y actitudes clínicas, al contrario de lo que sucede en la especialización. La utilización de las fuentes de conocimientos, la tutorización personalizada y la capacidad para aprender de modo autónomo están bastante desarrolladas en el periodo MIR, y casi ausentes en el pregrado. Finalmente, la evaluación tiene una fuerte presencia en la etapa de estudiante, mientras que está totalmente ausente en la especialización, y las dos carecen de algo tan básico como una adecuada pormenorización de sus objetivos educativos. La consecuencia es que ambas etapas están sometidas al riesgo de la enseñanza oportunista, influenciadas por el personalismo de los docentes y el voluntarismo del discente.

Por tanto, entre ambos procesos, con sus consiguientes deficiencias, existe un gran abismo, aunque en el caso del MIR el resultado sea mejor, en gran medida porque la enseñanza, aunque no se evalúa, está basada en el entrenamiento clínico de profesionales con una fuerte formación teórica, con un resultado final es aceptable.

Las consecuencias negativas de esta situación, afectan tanto a los alumnos como al profesorado de la propia Facultad. De una parte, desmotiva al profesor, generando una dicotomía entre los intereses del alumno, que estudia pensando en examen MIR, y los del propio centro, que no se implica en la educación integral del estudiante, con lo que se pierde gran parte del potencial disponible. Pero además, la situación se agrava por la disfunción de la estructura docente de los Hospitales universitarios, donde no hay conciencia de la importancia que tienen las prácticas, acentuada por el precario sistema de profesores asociados, colectivo en el que se incluyen profesionales totalmente desinteresados, junto al voluntarismo encomiable de otros, que en ocasiones ni siquiera son reconocidos como colaboradores y menos como profesores asociados. Ello explica que los estudiantes sean con frecuencia meros circulan-

tes pasivos, en lo que se ha denominado el turismo hospitalario o el alumno transparente.

La situación es, en algunos centros, especialmente compleja, complicada por la falta de sintonía entre las autoridades universitarias y las del sistema sanitario, sin que se atisbe una solución fácil. El primer hecho que merece mencionarse es la falta de interés por dar prioridad a la solución de estos problemas, por las autoridades responsables. Tras varios años de ser publicada la LOPS, siguen sin existir decretos firmes que planteen el modelo futuro del profesor universitario o el del hospital universitario. Tampoco se ha abordado el compromiso legal para incluir pruebas de habilidades clínicas en el examen MIR, a lo que la respuesta es la de un profesor acomodado o decepcionado y un estudiante desinteresado, pensando sólo en su prueba para acceder a la especialidad, y no en ser buen médico. Muchos creemos que el modelo de relación actual, entre las instituciones, está tan agotado que habría que dar un giro organizativo radical, ya que se corre el riesgo de desarrollar nuevos convenios marco, que mantengan la estructura de las comisiones mixtas, tan escasamente eficaces hasta ahora. En este contexto, la reciente publicación del profesor Ciril Rozman (Universidades de Ciencias de la Salud. Aspectos legales de una opción innovadora. *Med Clin (Barc)* 2005; 124:499-503) viene a significar una bocanada de aire fresco en la ineficiente estructura de la educación sanitaria. En mi opinión supone abrir una ventana al futuro, entre otras cosas porque la incorporación al Espacio europeo de educación superior nos va a obligar a garantizar la eficiencia de nuestro sistema educativo. Hasta ahora, desgraciadamente, todos los cambios van quedando para la siguiente legislatura que nunca llega, mientras algunas universidades intentan poner en marcha tímidos cambios, que chocan con barreras administrativas y normativas.

Troncalidad

Luís Munuera Martínez

Catedrático, Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

El término troncalidad se venía mencionando en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas desde hace muchos años como un objetivo deseable que alguna vez habría de plantearse y desarrollarse en serio. La reciente Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 44/2003) ha hecho descender del limbo de las buenas intenciones la errante idea, al determinar en el párrafo 2 de su artículo 19: “Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años”. También establece que “El Gobierno... determinará... el tronco en el que, en su caso (las especialidades) se integran”. Es evidente que estas disposiciones, como algunas otras contenidas en la LOPS, señalan una tarea que, por planteada tan largamente, debería ser bienvenida en el Consejo. Y, en efecto, ya se ha iniciado un proceso de reflexión en el Comité de Estudios, al que he asistido como invitado. Algunas de las ideas que siguen corresponden a las deliberaciones del mismo, otras son de mi propia cosecha. Pretenden plantear tres preguntas en torno a la troncalidad: ¿por qué? ¿cómo? ¿cuándo? y considerar algunas posibles respuestas.

En las todavía llamadas Licenciaturas, las materias troncales son aquellas que deben cursar obligatoriamente todos los alumnos de todas las Facultades de España. Se supone que, especialmente en Medicina, obtienen así la formación general básica necesaria para la introducción a la formación especializada. En cierto modo, la agrupación de las especialidades en troncos supone un paso intermedio en el progresivo proceso formativo, previo a la especialización definitiva, destinado a educar a los Médicos en Formación Especializada (MeFEs) en los principios, conocimientos, habilidades y actitudes generales comunes a todas las especialidades incluidas en el tronco que constituyen el núcleo de la actividad específica de cada una de ellas. Esta es la principal respuesta a la primera pregunta por ser la de mayor importancia docente, pero no la única. La troncalidad podría contribuir a una más sosegada y fundamentada decisión del MeFE con respecto a la elección definitiva de la especialidad, que tendría lugar al final de esta fase, tras haber recorrido las especialidades que formen parte del tronco. En este sentido vocacional, los estudios de pregrado no ofrecen una perspectiva suficiente y, por otra parte, la puntuación obtenida en la prueba de acceso impone un destino no siempre desea-

do. El nuevo sistema podría contribuir a limitar el número de facultativos que desean cambiar de especialidad cuando es demasiado tarde. En efecto, el artículo 23 de la ley prevé la posibilidad de obtener un nuevo título tras cinco años de ejercicio profesional y sólo en una especialidad del mismo tronco que la que posean.

Tras la pregunta ¿cómo? Se esconden varias cuestiones de cierta complejidad. La primera es la agrupación de especialidades por troncos. Esta se ha resuelto combinando empíricamente un criterio clásico y otro de pragmatismo simple: médicas, quirúrgicas, básicas y las otras. Cabría señalar que algunas de las segundas se definen explícitamente y se describen en las recientes propuestas de modificación de los programas como médico-quirúrgica. Una segunda cuestión es ¿qué especialidad podrían constituir ese núcleo básico común que es el tronco? Me pareció que se podría obtener una aproximación a la cuestión considerando las rotaciones “externas” incluidas por las Comisiones respectivas en la propuesta de los nuevos programas. En rigor, en el término “genéricas” que acompaña a éstas en los programas todavía vigentes podrían haber visto algunas Comisiones una misión formativa similar a la actualmente aceptada para las que pudieran componer un tronco común. Si eso fuera así, se podría esbozar la composición de un núcleo troncal como denominador común más aceptable para las especialidades incluidas. Encargado por el Comité de Estudios junto con Paco Acín, de la revisión de los nuevos programas de las trece especialidades quirúrgicas, decidí aplicar en ellas esta idea para averiguar la frecuencia con la que fueron propuestas, el momento del programa en que fueron incluidas y el tiempo de permanencia en cada una de ellas. En cuanto a la frecuencia, anestesiología y reanimación y cirugía general y de aparato digestivo ocuparon los primeros puestos (10-9 veces), seguidas de angiología y cirugía vascular, cirugía plástica, cirugía torácica, cirugía ortopédica y traumatología (6-5 veces). Entre las demás aparecen: una, 4 veces; seis, 3 veces y dos, 2 veces. Entre las rotaciones externas no quirúrgicas destacan: diagnóstico por imagen (6 veces) y anatomía patológica (4 veces). Algunas de las citadas eran propuestas como simples optativas. En cuanto a la duración, la misma consecuencia, resultó imposible valorar adecuadamente el “peso” real otorgado por las distintas Comisiones a las rotaciones externas. Algunas especialidades no mencionan rotaciones fuera de ellas mismas (2) o de las especialidades médicas o básicas afines (1). En cuanto al año en que

se propone realizarlas, existe una notable dispersión hasta el punto de que en un programa que había considerado la extensión a seis años, figura una rotación externa precisamente en el último. En general, predomina la agrupación en segundo y tercero. La mayor parte de las comisiones dedican el primer año a familiarizar a los recién llegados con la especialidad elegida y con el servicio.

De este somero estudio se deducen algunas conclusiones provisionales: a) las comisiones parecen considerar hasta ahora las rotaciones como medio de adquisición de conocimientos y habilidades de recurso ocasional en el ejercicio de la especialidad concreta y no atendiendo al criterio de formación común a todas las ramas de la cirugía; b) algunas especialidades serían difícilmente incluidas en un tronco común de reafirmarse en la situación de autarquía que denotan sus programas, ausente o muy escasos en rotaciones externas; c) el proceso de reflexión recientemente iniciado en el Consejo debe continuarse con un período abierto de información y reflexión con participación de las comisiones agrupadas por troncos para definir claramente los contenidos fundamentales de cada troncalidad, qué especialidades se incluyen en ellas.

Es posible utilizar la experiencia de otras latitudes como guía para alguno de los puntos planteados. Las reformas introducidas en el Reino Unido en 1993 para la formación médica de postgrado, han implantado una fase de "Basic Surgical Training" de principios similares a los que parecen subyacer en la idea de troncalidad. Se accede a ella tras finalizar un año de "preinscripción" (6 meses en medicina y sus especialidades, 6 en cirugía y las suyas) y abarca un mínimo de cuatro semestres (www.reseng.ac.uk/surgical/career-pathway). Los objetivos han sido definidos por el Royal College of Surgeons y, para alcanzarlos, se ha recomendado el siguiente programa: a) para los dos primeros semestres, seis meses en cualquiera de las especialidades (definidas como categoría 1) de cirugía general, cirugía ortopédica y traumatología o en un servicio de accidentes o en cualquier otra especialidad que contenga un componente de atención a pacientes críticos. Los 12 meses siguientes pueden emplearse por períodos de seis, cuatro o tres meses en cirugía cardiotorácica, neurocirugía, cirugía oral y maxilofacial, otorrinolaringología, cirugía plástica, urología y cuidados intensivos (si no se ha incluido ésta en el primer año), oftalmología y ginecología (definidas como categoría 2). Una vez concluido este período, los candidatas pasan una prueba para ingresar como "Member" en el Real Colegio de Cirujanos y son admitidos a la especialización ("Higher Surgical Training"). Como se puede ver, la duración

mínima de las rotaciones es de tres meses y solo para las materias consideradas de categoría 2.

Siguiendo con el ¿cómo?, se deberán establecer los procedimientos de acceso, proceso formativo y paso a la formación en la especialidad elegida. El candidato accederá a la unidad docente y a la troncalidad elegida a través de una convocatoria anual de carácter nacional mediante una prueba objetiva como se establece en el artículo 22 de la LOPS. La troncalidad exige una ampliación del concepto de unidad docente, dada la mayor complejidad del proceso formativo que aquélla implica. Estarían constituidas por uno o varios centros sanitarios que reúnan, por sí solos o conjuntamente, las condiciones adecuadas para ser acreditadas a tal fin. Al finalizar su formación quirúrgica básica, el MeFE debería estar en condiciones de decidir su vocación definitiva y podría ser evaluado a partir de las calificaciones de los tutores de las comunicativas y méritos académicos y profesionales. La elección de especialidad y centro vendría condicionada por la puntuación obtenida. Por tanto, sería deseable que, a pesar de su complejidad, la evaluación fuera de carácter nacional para favorecer la equidad y la igualdad de oportunidades.

Y para concluir, ¿cuándo?. La introducción de la largamente esperada troncalidad requiere un período razonable de información, análisis y consenso para decidir con arreglo a las condiciones y circunstancias de nuestro bien acreditado sistema formativo cuestiones como: a) qué especialidades pueden formar parte de los troncos y cuáles convendría que se agruparan con criterios de afinidad médico-quirúrgica o deberían continuar en solitario; b) cuáles con las competencias a alcanzar, los objetivos y contenidos de la formación en cada tronco; c) cual es el sistema de clasificación en esta fase; d) cómo va a influir la introducción de las troncalidades en la duración de la formación especializada cuando algunas comisiones vienen considerando la prolongación de un año en sus propuestas para los programas actualizados; e) cómo se habrán de modificar los programas específicos de cada especialidad en relación con las rotaciones troncales.

Son tareas a realizar serenamente, con racionalidad y generosidad, pero cuanto antes. La observación retrospectiva demuestra que, por diversas razones (no siendo la de menor importancia la mutabilidad de los cargos de las administraciones de educación y sanidad) el ritmo del Consejo es más "maestoso" que "andante molto vivace". Prueba de la sabiduría del mismo es su reciente decisión de ultimar la prolongadísima reforma de unos programas que están destinados a cambiar con la introducción efectiva de las troncalidades. Más vale pájaro en mano...

¿Existe la medicina sin pacientes?

ALbert J. Novell

*Presidente Foro Español de Pacientes. Director General Fundació Biblioteca Josep Laporte
Profesor Asociado Facultad de Medicina y Cirugía Universitat Autònoma de Barcelona*

1. DECLARACIÓN DE BARCELONA DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

En mayo de 2003 representantes de 50 organizaciones de pacientes y usuarios de la sanidad se reunieron en Barcelona y mediante metodología cualitativa de grupos focales estructuraron un Decálogo de demandas específicas a los servicios de salud. Este Decálogo se conoce como la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes (www.webpacientes.org) y la promoción del mismo ha dado lugar a la creación del Foro Español de Pacientes (Tabla 1). La implantación de la Declaración de Barcelona debería introducir cambios en la formación y determinación de competencias en los profesionales de la salud. El cambio más importante conlleva contemplar al paciente como un sujeto enfermo más que como una enfermedad objeto de estudio. Ello supone reconocer que, además de un modelo de paciente pasivo, existe un tipo de enfermo más activo y que, por lo tanto, el modelo de relación médico-paciente paternalista debe ser reemplazado por uno más deliberativo.

Tabla 1. Declaración de Barcelona

1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes.
2. Decisiones centradas en el paciente.
3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
4. Relación médico-paciente basada en el respeto y en la confianza mutua.
5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
7. Democratización formal de las decisiones sanitarias.
8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.
9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

Los cinco primeros principios de la Declaración de Barcelona requieren el desarrollo de estrategias de formación médica, a nivel de pregrado y posgrado, orientadas a la adopción de una relación médico-paciente más simétrica. Los profesionales de la salud, sobre todo los médicos que asisten a pacientes, deberían estar capacitados para identificar los valores de los enfermos y reconocer, a partir de los mismos, hasta que punto éstos prefieren implicarse en las decisiones que afectan a su salud. El modelo actual de relación médico-paciente contempla la existencia de una gran variedad de actitudes y comportamientos, dependiendo éstos de las personas y las circunstancias. Así, hay pacientes que prefieren no saber mucho sobre su enfermedad y, por lo tanto, dejar que sean los profesionales los que tomen decisiones por ellos, y existen otros enfermos que quieren saber y decidir con sus médicos cuál es el tratamiento más apropiado. Esta coexistencia de diferentes tipos de pacientes y de diversas situaciones clínicas amplía el abanico de competencias de los profesionales de la salud e incrementa las demandas de los pacientes por una mejor comunicación médico-paciente. La formación en habilidades de relación y comunicación de los profesionales y una buena educación de los pacientes constituyen uno de los retos más importantes de los sistemas sanitarios modernos.

Otro elemento importante en la determinación de las competencias de los médicos del siglo XXI es la valoración de su perfil por parte de los pacientes. En otras palabras, para que la profesión médica responda a las necesidades de la sociedad se debe preguntar a los ciudadanos cómo quieren que sean sus médicos y qué es lo que más valoran de su perfil competencial. Las asociaciones de pacientes pueden jugar un papel muy importante, junto con las universidades, colegios profesionales y sociedades científicas, en la valoración de las competencias de los profesionales y del desempeño profesional. La introducción de unas competencias profesionales más sensibles a la realidad actual del paciente mediante las pruebas ECOE y la participación del Foro Español de Pacientes en la determinación del portafolio de la especialidad de medicina familiar y

comunitaria llevada a cabo por la SEMFYC, son ejemplos de una valoración social, y no exclusivamente profesional y basada en expertos, de las competencias de los médicos. Estas estrategias responderían de forma adecuada a los cinco últimos principios de la Declaración de Barcelona, donde destaca el reconocimiento y el cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

2. EL MANIFIESTO DE MADRID DEL DÍA MUNDIAL DEL ASMA

La sanidad está experimentando en la actualidad un cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad. La rapidez del cambio supera la capacidad de los profesionales para asimilar las consecuencias del mismo. Uno de los elementos claves de este cambio viene promovido por la aparición del nuevo modelo de paciente activo expuesto en el anterior apartado. Un ciudadano con un nivel educativo más elevado, el acceso universal a información sanitaria mediante Internet, la definición de la salud como un bien individual, además de colectivo, y la aparición de las asociaciones de pacientes como intermediarios en la relación entre agentes sanitarios y pacientes son, entre otros factores, los elementos que determinan una mayor conciencia y conocimiento en los pacientes sobre sus derechos y la responsabilidad asociada al hecho de estar enfermo.

El verbo enfermar se conjuga en primera persona en todos los tiempos verbales y la experiencia que se deriva de esa vivencia pertenece a los pacientes. Combinar las experiencias de los pacientes y las de los profesionales permite identificar necesidades no satisfechas y oportunidades de mejora en el manejo clínico de condiciones clínicas específicas. El Manifiesto de Madrid del Día Mundial del Asma surgió de una reunión conjunta de profesionales de la salud implicados en el cuidado de los enfermos asmáticos con representantes de las asociaciones de pacientes (Tabla 2). Las propuestas establecidas en ese Manifiesto deberían permitir un tratamiento más efectivo, equitativo y eficiente de los pacientes afectados por la enfermedad asmática. La realidad actual del Sistema Nacional de Salud debería promover una mayor implicación de los pacientes en la definición de los objetos terapéuticos de interés, lo que contribuiría a una mejora en la adherencia a los planes terapéuticos. En el caso del asma se estima que un 60% de los pacientes no cumplen con la terapia prescrita, por lo que cabría preguntarse si una mayor implicación de los pacientes conseguiría dis-

minuir el elevado fracaso terapéutico. Es por ello que hay que tener en cuenta al paciente. Sin pacientes, quizás no existiría la medicina.

Tabla 2. Manifiesto de Madrid del Día Mundial del Asma

1. Definir objetivos terapéuticos que, además de contemplar el tratamiento integral del asma y sus síntomas, sean compatibles con una vida cotidiana normal y respondan a las necesidades expresadas por los pacientes.
2. Establecer un plan nacional de prevención y control del asma que aborde el manejo de la condición clínica desde una perspectiva global, tanto como problema de salud pública como en su dimensión clínica.
3. Desarrollar estrategias que promuevan un mayor cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes con el tratamiento.
4. Elaborar guías de práctica clínica actualizadas y de calidad científica acreditada que permitan a los profesionales su traslación a planes terapéuticos personalizados, adaptados a las características de los pacientes.
5. Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales, entre especialidades y entre profesionales, definiendo la atención sanitaria del paciente asmático como una estrategia asistencial integral y multidisciplinar que precisa la implicación del paciente.
6. Diseñar estrategias educativas que permitan una mejor comunicación entre profesionales y pacientes.
7. Establecer estrategias que permitan evaluar la calidad asistencial proporcionada a los pacientes afectados por asma, así como el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de prevención y manejo adecuado de la enfermedad.
8. Facilitar un mayor conocimiento sobre estrategias de autocuidado y de control de la enfermedad por parte de los pacientes y sus familiares.
9. Aumentar la sensibilización de la población y de las Administraciones públicas sobre las necesidades no atendidas adecuadamente en el manejo clínico y social del asma.
10. Promover la agrupación de las asociaciones de pacientes existentes en España en el seno de una federación de asociaciones.

Agradecimientos:

A Maria Dolors Navarro-Rubio, Laura Fernández y Enric Pineda por su colaboración en la Declaración de Barcelona y en el Manifiesto de Madrid del Día Mundial del Asma.

La Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes y el Manifiesto de Madrid del Día Mundial del Asma han sido posibles gracias a la colaboración de múltiples asociaciones de pacientes y de profesionales. Los dos proyectos han recibido la financiación independiente de MSD España.

Las prioridades del enfermo y su familia

Andrés Aberasturi

Periodista

¿Qué esperan los familiares de su médico en el futuro? Yo puedo hablar con la experiencia de ser el padre de un paciente que lleva 25 años en seguimiento por los médicos debido a una enfermedad crónica. Vaya por delante que reconozco que la mayoría de los médicos lo hacen bien, pero en ocasiones algunos dejan mucho que desear. Describiría lo que se me pide desglosándolo en seis puntos.

LOS FAMILIARES ESPERAMOS LA CURACIÓN.

Cuando alguno tiene un familiar enfermo espera de los médicos la curación, el milagro. Uno no sabe, no puede hacer nada para que se produzca esa curación, por eso se deposita mucha confianza en los facultativos. Uno tiene que decidir, tiene que opinar, pero en la base de esas responsabilidades personales, que son ineludibles, coexiste también la esperanza en los medios humanos y materiales para que el paciente se cure. Esperamos que se pongan todos los medios. Esperamos que el médico haga lo mejor para el enfermo. A veces no sabemos que es lo mejor, no tenemos elementos de juicio suficientes para juzgar que es lo mejor y existe el abandono en la decisión del médico, confiando que adoptará las mismas decisiones y actuaciones que si se tratase de un familiar propio. La actitud que muestra el médico respecto a las posibilidades de llegar a un diagnóstico y a un tratamiento oportuno mantienen el ánimo de los familiares. Éstos agradecen ver que se están poniendo todos los medios. Por todo lo expuesto, no nos interesa a los familiares los asuntos administrativos, aunque sabemos que son necesarios, no nos importa el día de la semana que es, la hora del día, el mes, los turnos de guardia, si está roto un aparato, si hay lista de espera, nosotros queremos que por el paciente, que es familiar nuestro, se haga lo que haya que hacer, lo mejor que se pueda y pueda curarse.

ESPERAMOS UN DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO. COMUNICACIÓN Y CLARIDAD. QUE ENTIENDAN LA INFORMACIÓN.

En no pocas ocasiones los médicos no logran que las familias sepan exactamente lo que va a llevar consigo el diagnóstico de su familiar enfermo. Pueden haber llegado a un diagnóstico exacto, muchas veces de modo brillante, logrado con tenacidad, poniendo todos los medios materiales y dedicando horas de esfuerzo intelectual a ello, pero cuando lo cuentan, no lo hacen bien: dicen el nombre de la enfermedad, describen el lugar donde está la lesión, a qué puede ser debida si se sabe y qué tratamiento se ha comenzado; otras veces, quizás pueden explicar de modo genérico de qué se trata, pero es frecuente que no expongan con claridad las consecuencias que ese diagnóstico lleva consigo para el futuro, si el paciente podrá volver a caminar, a hablar, si podrá repetirse el motivo del ingreso. La angustia que genera la imprecisión sobre la enfermedad de un familiar es muy grande. En ocasiones el diagnóstico no está establecido con certeza, hay que esperar la evolución, no merece la pena hacer exploraciones molestas al paciente a juicio de los médicos o por otras razones; en estos casos se agradece la claridad en la explicación de porqué no se sabe lo que pasará en el futuro y qué sería lo esperable, considerando si se quiere los posibles “escenarios” que podrían aparecer dependiendo de una u otra circunstancia. La comunicación falla con frecuencia en los médicos. Suelen ser personas brillantes, capaces, estudiosas, dedicadas, pero no son capaces de comunicarse con la familia de un enfermo y no logran hacerse entender. Considero una carencia actual de los médicos en España las habilidades de comunicación, que hay que aprenderlas. Debería haber una asignatura obligatoria en las facultades de Medicina de Comunicación. Lo considero imprescindible.

DELICADEZA ADEMÁS DE LA CLARIDAD.

Por esa misma falta de habilidades de comunicación, en ocasiones no se proporciona la información con delicadeza. A veces se agradecería que los médi-

cos no fuesen tan tajantes en el primer momento, esperar resultados, evoluciones favorables posibles. Se exponen las cosas con tal crudeza que es difícil de asumir por el familiar de un paciente, que espera la curación y “el milagro”.

CADA ENFERMO ES EL ÚNICO ENFERMO.

Cada paciente es único, para la familia, muchas veces, el único enfermo. Tiene nombre, una situación familiar concreta, y también una situación social: vive en una localidad determinada, trabaja si es el caso, tiene amigos, en definitiva, tiene una riqueza como persona en sí misma considerada muy grande. La enfermedad es un añadido a todo lo que una persona tiene entre manos a diario, de modo diferente si es un paciente crónico, y en este caso cada episodio de agudización es diferente. Por otra parte, el hecho de que la enfermedad del paciente sea frecuente, y muchos pacientes ingresen con la misma patología a diario, unido al ritmo de trabajo y las prisas hacen que el médico no muestre un interés ante el problema que le plantea el enfermo y de este modo no se sea delicado. Modos de denominar a un enfermo como el “de la cama 517”, o con la patología “el de la hemorragia que ingresó anoche”, no son por desgracia infrecuentes. Un paciente y su familia desean que se les trate bien, “como si fuese el único paciente que existe”.

DIGNIDAD MANTENIDA ALREDEDOR. ESTÉTICA.

Junto con lo anterior hay una serie de aspectos relacionados con la dignidad. Cuando un paciente

está ingresado, está inerme, expuesto a hacer todo lo que le digan. En ocasiones, por la edad, por su situación mental, o por otras causas, no sabe cuidarse, ha perdido el sentido de lo estético, del “saber estar”.... Aspectos como la ropa que tienen puesta los enfermos en los centros, que sea de su talla, el modo en que se realizan las exploraciones, una conversación con el paciente de la cama del al lado en la que se tratan temas de intimidad, deben ser cuidados. La dignidad del paciente debe cuidarse, aunque él no se dé cuenta.

ASOCIACIONES DE AYUDA, “SUSTO AL SALIR”, ASOCIACIONES DE AYUDA, ASISTENCIA SOCIAL.

Cuando el paciente sale del hospital, en mayor o menor grado, dependiendo de la enfermedad de que se trate, la familia necesita tener clara la conducta a seguir de manera ambulatoria. Muchas veces aspectos tan esenciales como el régimen de vida, posibilidad de ejercicio, dieta que ha de hacer el paciente, complicaciones que pueden presentarse y modo de solucionarlas, no se indican con claridad. Será necesario en ocasiones el apoyo de trabajadores sociales. Para este aspecto como para otros, en los pacientes crónicos, hay demasiadas barreras administrativas que podrían superarse. En concreto, podría mejorarse en los pacientes crónicos la comodidad para obtener una medicación que tiene prescrita para tomar de por vida, que obliga a desplazamientos a los servicios de salud para recoger las recetas; en este mismo sentido, la obtención de pañales y la solicitud de los medicamentos que necesitan visado de los inspectores.

¿Qué esperan los pacientes de su médico en el futuro? Reflexiones sobre nuestro sistema sanitario

Juan Siso Martín

Subdirector General del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid

Todos tenemos derecho a la protección de la salud, según el artículo 43 de nuestra Constitución. En algún lugar del propio texto fundamental se menciona, sin embargo, el derecho a la salud, imposible de garantizar por cualquier estado, evidentemente, para sus ciudadanos y que en caso de pretender su cumplimiento haría destinatarios de las demandas no a los poderes públicos, sino al coronavirus o al estafilococo áureo, que nos hubieran arrebatado la salud. De salud y de derecho vengo a hablarles, para centrarlo en la relación del paciente con el médico. Veamos:

Mi generación, cuando éramos niños, coleccionábamos un álbum de cromos que se llamaba algo así como *El Futuro en el año 2000*. Mostraba a los asombrados ojos infantiles que se asomaban a sus cromos una ciudad con el cielo cuajado de platillos voladores y robots caminando por las calles. Llegó, y pasó, el año 2000 y esa escena no la hemos vivido. Hemos asistido, sin embargo, a un aspecto del progreso que nadie podíamos entonces sospechar. Vivimos la era de las comunicaciones, estamos comenzando más bien esta era, de la que nos encontramos, con seguridad, en su edad de piedra. ¿Quién podía imaginar que íbamos a poder hablar, en medio del campo o desde una playa, con el otro lado del mundo? ¿Quién podría haber sospechado que lo haríamos a través de un artilugio cada vez más pequeño y polivalente?. Lo llamamos móvil, ¡faltaría mas!. A quien se le podría haber ocurrido que aquel diccionario Espasa, de innumerables tomos, y al que considerábamos el oráculo del saber, el no va más de la cultura, se convertiría en una insignificancia al lado de la información que podemos obtener en segundos, sobre los asuntos más insospechados, a través de la red de Internet?

Internet, es preciso reconocer, hasta para quien sea, como yo mismo hasta no hace demasiado tiempo, objetor de conciencia informático, es el motor de la economía actual. Su poder, afirma Alvaro Lista, radica en que es global, resuelve necesidades de comunicación y conocimiento a costos mínimos y añade valor con todo ello a nuestras acciones. Es evidente el

hecho de que las empresas llevan tiempo migrando sus procesos a la red. El mundo de la salud no ha podido quedar fuera de esta auténtica revolución cultural. La cuestión es si dentro de este ámbito, el elemento más trascendente, la relación médico paciente, podrá llegar a realizarse satisfactoriamente.

Es incuestionable que vivimos en la sociedad de la información y ésta es la plataforma de acceso al conocimiento. El paciente está cada día más informado y aunque la situación clínica la controla, lógicamente, el médico es indiscutible que se ha acortado, con carácter general, la distancia en el conocimiento entre ambas partes de la relación asistencial.

Es, precisamente, de esta relación y de su visión por parte de los pacientes de lo que les quiero hablar en mi intervención. De cómo es percibida actualmente y de cuales son las exigencias de futuro que se plantean ya por los usuarios de la Sanidad.

Voy a referirme a las demandas hacia el profesional, dejando a un lado aquellas otras que se dirigen a los financiadores y dispensadores de las prestaciones en asuntos como el elenco prestacional o la propia sostenibilidad del Sistema.

SITUACIÓN ACTUAL

Los requerimientos actuales de los usuarios de la Sanidad y de los pacientes hacia el Sistema son muchos, por razones del tiempo disponible voy a ceñirme solamente, y a modo de ejemplo a tres de ellos:

La *información*. En este momento que nos ha tocado vivir, en el que hay más información y conocimiento que nunca, en ambas partes de la relación asistencial, se da la paradoja de que persiste una comunicación insuficiente del paciente con los profesionales sanitarios. Las causas son unas veces estructurales, del sistema, como el escaso tiempo a dedicar a cada paciente y en otras ocasiones de origen personal, conductuales del profesional. Se sobretutiliza el lenguaje médico, muchas veces, hasta convertirlo en una barrera relacional. Se cae en la tentación o en el rutinario descuido de su

abuso cuantitativo y de su carácter críptico en lo cualitativo. El uso del lenguaje técnico aporta indudablemente precisión y concreción, pero su abuso en el diálogo con el paciente puede ser perjudicial, en lugar de ventajoso. Entre profesionales es perfectamente inteligible EPOC, la mención de un cerclaje o de determinada posología medicamentosa. Incluso en el texto de los informes clínicos pueden contenerse elipsis como no midriasis, o no disnea. Hasta se permiten ciertas alegorías pseudopoéticas como aquella, difícil de olvidar, de que el cáncer de recto navega con la bandera de las hemorroides. Cualquiera de esos usos es absolutamente inadecuado dirigido a un paciente, mostrado en la forma expuesta e incluso en otra más liviana, como le voy a poner un tratamiento analgésico. Siendo esta expresión inteligible hoy día para la práctica totalidad de la población puede exceder, sin embargo, a ciertos destinatarios ubicados en los niveles más básicos de la cultura.

El paciente confía en que el médico orienta la actuación clínica en provecho de aquel, da por supuesto que se busca el beneficio sanitario, pero precisa que se lo expliquen y necesita entender su compromiso vital en tan delicado asunto como la salud.

La *tecnología*. Se incorpora ésta al uso de la práctica médica a finales del Siglo XIX, con la aparición de la radiología en 1895 y más adelante, en 1902, con el descubrimiento de la máquina electrocardiográfica, adoptadas ambas, pronto, de manera masiva. Décadas después llegaría una gran novedad, procedente del mundo de los negocios, la telemática.

El hecho es que la Medicina, se dice, ha avanzado más en los últimos 30 años que en los 30 siglos anteriores. En la memoria de todos quienes llevamos unas décadas en el mundo sanitario está el hecho de que existían unos servicios clínicos que se llamaron de Radiología y ahora reciben el nombre de Diagnóstico por Imagen. Obedece a que aquello que era el medio único de diagnóstico por imagen (la radiología) ha sido complementado por muchos más: TAC, RNM, Ecografía, Ecocardiografía, Mamografía, PET...

Con ese arsenal de ingeniería médica el paciente concibe la Medicina como una ciencia omnipotente y demanda la aplicación de unos medios en los que confía tanto que, si no obtiene el provecho que busca, deduce que no se aplicaron correctamente. Exige, por otra parte, su utilización en algunas ocasiones, sin tener en cuenta su coste y su escasez,

puediendo comprometer, bajo criterios de equidad y justicia, los recursos del sistema.

Hay que tener presente que a la par que se desarrolla tecnológicamente le ejercicio de la Medicina, viene ensanchándose la cultura sanitaria y se demandan prestaciones, unas veces nuevas (reproducción asistida, cirugía transexual) y otras con mayor intensidad (mamografías preventivas hasta edades más avanzadas).

La *inmediatez*. Vivimos un tiempo en que todo lo queremos ahora y si además se trata de salud, imagínense... El hecho es que el paciente necesita que le hagan con prontitud su diagnóstico y que acometan sin demora la acción terapéutica subsiguiente. El problema es que se dan unas condiciones muy difíciles para ello: recursos limitados, asistencia universal y gratuita. Estamos en presencia de uno de los problemas más difíciles para los gestores sanitarios, a la par que uno de los asuntos de mayor interés para los usuarios. De ahí que se convierta su pronta gestión en un objetivo sanitario básico para los gobernantes.

EXIGENCIAS DE FUTURO

Estamos asistiendo a un cambio sustancial en la orientación de las reclamaciones de los pacientes. En la Oficina del Defensor del Paciente elaboramos el pasado año el documento: Declaración de los Pacientes de Madrid, comprensivo de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. Este documento fue el fruto de numerosas reuniones y mesas de trabajo, que tuve la satisfacción de dirigir, con asociaciones y federaciones de pacientes, de las cuales se extrajeron conclusiones para incorporarlas al citado documento. Su análisis muestra magníficamente la orientación de las demandas de los pacientes para la Sanidad del futuro.

Intimidad. El paciente ha de hacer, necesariamente, una cesión de ella para posibilitar la actuación clínica; pero exige cada vez más que sea utilizada sólo lo imprescindible. Examinar las partes de su cuerpo que sea preciso, pero sólo esas y sin presencias de personas innecesarias para la asistencia.

Confidencialidad. De igual manera el Sistema necesita disponer de información reservada de los pacientes, para su actuación. El paciente pone énfasis en que se preserve absolutamente y en la obligación de confidencialidad del Sistema sanitario sobre aquellos datos sensibles que posee de los pacientes.

Acceso a la documentación clínica. El ciudadano se siente protagonista de la información que el

Sistema tiene de él. Las nuevas normas (Ley 15/1999, de Protección de Datos y 41/2002, Básica de autonomía del Paciente) confirman y afianzan las nuevas tesis de que la información sanitaria se encuentra a disposición de sus titulares y otras personas autorizadas. Se superan tiempos de hermetismo, cuando no de orientación defensiva de las negativas de acceso a la documentación, señaladamente de la Historia Clínica.

Autonomía en las decisiones. Bajo la concepción de ese protagonismo antes mencionado, el paciente quiere tomar sus propias decisiones, solicitando los medios para ello. Estas decisiones pueden llevarse a cabo para actuaciones sanitarias durante su vida (terreno natural del Consentimiento Informado) o plantearse en supuestos próximos a la muerte, como es la reciente aportación normativa de las instrucciones previas o testamento vital.

Atención especial a colectivos sensibles. Es creciente la concienciación social sobre la necesidad de cuidar especialmente el trato hacia los ancianos, discapacitados o menores. La situación de indefensión de cualquier paciente ante los profesionales sanitarios es aún mayor para estas personas. Permitir, junto con ellos, la presencia de sus valedores cuando sea necesario es ya una demanda social unánime.

Inquietan menos otras cuestiones muy actuales y sobre las cuales aún no se ha formado opinión social

al respecto, señaladamente en el resbaladizo campo de la genética, como la utilización de células madre, la clonación terapéutica, la concepción de niños medicamento, gestación mediante contrato, selección de sexo preimplantacional o el descubrimiento de código genético.

REFLEXIÓN FINAL: ¿ES BENEFICIOSO QUE EL PACIENTE RECLAME?

Premisa: Una reclamación es una fuente de información, que nos muestra los puntos calientes del sistema y algunas deficiencias que podemos no conocer. En el primer caso detectamos su importancia, en el segundo su existencia misma.

La peligrosa cadena del paciente tranquilo: Cuando un usuario resulta insatisfecho puede actuar de alguna de estas dos formas.

1 de cada 10 se queja, 9 de cada 10 se van sin quejarse y no vuelven. Estos son peligrosos porque: nos permiten detectar nuestros fallos, transmiten a los demás una imagen negativa y es la peligrosísima antipublicidad sumergida.

Apología del buen servicio: La diferencia entre un buen servicio y un servicio excelente es cuestión de milímetros y un servicio excelente se recuerda siempre. En el servicio público hay obligatoriedad en su utilización, este hecho aumenta la responsabilidad del servidor público.

Cursos de Verano de El Escorial.
Universidad Complutense. Madrid

Jornada sobre:

**COMPETENCIAS MÉDICAS:
DESDE LA FACULTAD DE MEDICINA
HASTA LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA**



4 de julio de 2005