

Formación y docencia

Josep Maria Ibáñez Romaguera

PID_00148838



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índice

Introducción	5
1. La enseñanza de pregrado en Medicina	7
1.1. El acceso a la carrera	7
1.2. La integración de la enseñanza de pregrado en los hospitales	8
1.3. Las competencias de los profesores de práctica clínica	9
1.4. La relación entre las Facultades de Medicina y los sistemas sanitarios. La Declaración de Lisboa (2007)	11
1.5. La innovación y la investigación en educación médica	12
1.5.1. La investigación en educación médica	12
1.5.2. La innovación en educación médica	13
1.6. Educación médica basada en la evidencia: La colaboración EMBE	13
2. La formación sanitaria especializada	15
2.1. Evolución histórica de la formación médica especializada en España	15
2.1.1. El Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas	15
2.1.2. El Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre, por el que se regulan los estudios de especialización y la obtención del título de farmacéutico especialista	16
2.1.3. El Real Decreto 127/1984	16
2.1.4. La convergencia europea	18
2.1.5. Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas	18
2.1.6. El RD 1497/1999. La solución a los médicos especialistas sin título oficial	18
2.1.7. Real Decreto 183/2008	19
2.2. El sistema MIR en España. Reflexiones sobre su evolución	19
2.3. Nuevos retos en la formación sanitaria especializada	22
2.3.1. El papel de los jefes de estudios	22
2.3.2. Los tutores	23
2.3.3. La organización de las comisiones de docencia	23
2.3.4. El papel de la Administración	23
2.3.5. La evaluación del residente	24
2.3.6. El nuevo papel del residente en el sistema sanitario. El estatuto del residente	25

2.4.	Calidad y docencia. La necesidad de establecer una estrategia de calidad total en la formación médica de posgrado	26
3.	El profesionalismo sanitario.....	29
3.1.	Las profesiones. Concepto de profesión	29
3.2.	Las profesiones sanitarias	30
3.3.	Una característica especial de las profesiones sanitarias: el acoso	30
3.3.1.	Fuentes exteriores de acoso	31
3.3.2.	Fuentes interiores de acoso	32
3.4.	El futuro de las profesiones sanitarias. Las soluciones al acoso ..	32
3.4.1.	Rebatir los tópicos	32
3.4.2.	Superar la desmotivación profesional	33
3.4.3.	Fomentar y potenciar el profesionalismo en las organizaciones sanitarias	33
3.4.4.	Renovación del contrato social con la Administración y con los usuarios del sistema	34
4.	La formación médica continuada.....	35
4.1.	Los organismos de acreditación	35
4.2.	La Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud	35
4.3.	La evaluación cualitativa de la formación médica continuada ...	36
4.4.	El desarrollo profesional continuo. Un paso adelante, más allá de la carrera profesional	37
5.	La profesión de enfermería.....	39
5.1.	Evolución histórica de la profesión en España	39
5.2.	Las especialidades de enfermería	40
5.3.	Competencias profesionales	41
Resumen.....		44

Introducción

La ciencia y la tecnología aplicada a la Medicina está en un momento donde los avances se suceden sin cesar, donde áreas como la nanotecnología, la biología molecular, la Medicina regenerativa, la genómica o la proteómica implican un cambio en el paradigma del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, proporcionando más elementos encaminados a la curación de la enfermedad y, paradójicamente, parece que cada vez hay un mayor alejamiento entre médico y paciente, situación que está en las antípodas de la Medicina clásica.

Por otra parte, la enseñanza de la Medicina ha sufrido un inmovilismo de siglos, perpetuándose un modelo cuyo origen se remonta a los clásicos.

No obstante y, paralelamente a este hecho, son numerosas las voces que abogan por volver a la esencia de la profesión médica, donde la deontología y la bioética deben regir las decisiones y donde el principio de autonomía del paciente ante la decisión debe estar por encima de todo.

Si hacemos un recordatorio histórico, veremos que la enseñanza de la Medicina occidental tiene su origen en Grecia. La mitología griega sitúa a Apolo como dios de la Medicina y a su hijo Esculapio. Los cuatro hijos de éste simbolizan las principales ramas de la Medicina: Hygeia (higiene, preservadora de la salud), Panacea (la que cura), Macaon (practicaría la cirugía) y Podalirio (ejercería lo que hoy conocemos por Medicina interna). La filosofía naturalista de Esculapio encontraría su realidad en Hipócrates de Cos (siglos IV i V a.C.).

En el Corpus Hippocraticum, obra atribuida a Hipócrates y a sus seguidores, se dota a la Medicina de un método racional y experimental basado en el examen clínico. El enfoque de la práctica médica es holístico, el tratamiento debía comprender los aspectos físicos y psíquicos del enfermo y de los elementos de su entorno.

El Juramento Hipocrático ya recogía una visión ética de la relación médico-paciente, una visión filantrópica que demandaba del médico humanidad y preocupación por el paciente.

A lo largo de la Historia, estos principios tradicionales se mantuvieron prácticamente inmutables hasta el Renacimiento. En la época romana, el saber de Galeno se añadió a esta tradición y así se mantuvo durante toda la Edad Media. Evidentemente, la Medicina europea se empobreció notablemente, mientras que los árabes, siguiendo los principios hipocráticos, fueron desarrollando muchos más aspectos de la Medicina.

No es hasta el siglo XV cuando Paracelso critica abiertamente la Medicina galénica y retoma de nuevo los principios hipocráticos.

A partir de entonces, son numerosos los nombres que han llenado la Historia de la Medicina con sus descubrimientos y sus aportaciones. Citarlos a todos requeriría de un tratado específico.

A lo largo de los años, la docencia en Medicina ha seguido el mismo patrón que la propia evolución médica, mucho más pasivo que proactivo.

1. La enseñanza de pregrado en Medicina

La práctica de la Medicina ha adquirido en la actualidad elementos notablemente diferenciadores de lo que acostumbraba a ser. Ha pasado de un enfoque paternalista en la relación médico-paciente a un entorno diferente caracterizado por el trabajo multidisciplinar, la enorme cantidad de información que se maneja, el nivel de incertidumbre ante una toma de decisiones compleja o el cambio de paradigma del ciudadano-paciente al ciudadano-usuario-cliente, básicamente proactivo ante su enfermedad y bien informado.

Además, la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tanto al servicio del paciente como del médico, o en general, del profesional de la salud, las nuevas realidades sociales (envejecimiento, inmigración, dependencia) o el cambio sociocultural que está experimentando nuestra sociedad nos lleva a un enfoque diferente del paciente. Por tanto, el propio perfil del profesional de la salud debe adaptarse a este nuevo paradigma y, para ello, tanto la formación de pregrado, como la formación especializada o la propia formación continuada de los profesionales deberán dar respuesta a este nuevo escenario.

A nivel de la enseñanza de pregrado, la clásica clase magistral está perdiendo su peso en pro de nuevas metodologías educativas con el uso de las TIC, la actividad tutorial, la adquisición y monitorización de las competencias o nuevos aspectos formativos como la simulación o cambios en la evaluación del proceso formativo.

1.1. El acceso a la carrera

La entrada masiva de la población juvenil a la Universidad, especialmente en los últimos años, ha hecho que en numerosas carreras se haya tenido que poner un cierto filtro para evitar la saturación, el llamado *numerus clausus*. Esto ha afectado particularmente a la Medicina, donde las notas de corte para el acceso son de las más altas. Este hecho provoca que, a pesar de que sobre el papel falten profesionales médicos, el acceso siga siendo limitado, motivo que ha causado numerosas controversias entre distintos sectores educativos, sanitarios y de la Administración y que sigue sin solución actualmente. De todos es sabido que cualquier cambio que se produzca en la Universidad tendrá su impacto al cabo de 10 años. Entre tanto, los requerimientos del espacio europeo de educación superior no hacen sino aportar mayor incertidumbre al escenario de la educación médica.

Aparentemente, una nota de corte alta hace que el acceso sea para los más preparados, aunque no necesariamente los que tengan mayor vocación, requisito éste básico para poder desarrollar las habilidades personales y sociales que requiere la relación médico-paciente.

Por otra parte, la ya llamada feminización de la Medicina –en algunas facultades el número de mujeres supera el 70% de los alumnos matriculados– está condicionando y va a condicionar aún más el futuro del sistema de salud.

El cambio del rol tradicional del médico ha cambiado, así como su poder adquisitivo y el reconocimiento social de la profesión, lo que hace pensar en otros motivos por los cuales el estudiante elige estudiar Medicina.

En los estudiantes de Medicina de hoy prima la dedicación a los demás y el compromiso con las personas (vocación altruista) siendo la vocación social su fuerza motriz. Por otra parte, este componente vocacional se ha visto reforzado debido a esa feminización de la que se hablaba anteriormente.

1.2. La integración de la enseñanza de pregrado en los hospitales

El paso del estudiante de Medicina por el hospital es un requisito imprescindible para poder desarrollar los aspectos más importantes del aprendizaje de la Medicina, los prácticos, derivados del contacto con el paciente.

Por tanto, el papel de los hospitales universitarios y, en menor medida, otros hospitales, acaba siendo básico en este proceso. Estos hospitales, generalmente con grandes cargas asistenciales, deben integrar esa asistencia, la docencia y la investigación como tres partes inseparables, hecho éste no siempre fácil de llevar a la realidad. A ello se añade la propia evolución de la profesión médica, sumida en ocasiones en una desmotivación crónica, cuando no un *burn-out*, que precisamente ni ayuda al estudiante ni es un buen modelo y referente.

La convergencia de funciones docentes y asistenciales requiere una adecuación y armonización de los diferentes puestos de trabajo. Esta integración conlleva una serie de problemas:

- Los alumnos aumentan las cargas de trabajo de los profesionales sanitarios, de por sí ya saturadas.
- Aumentan los costes en los centros hospitalarios y se ralentiza la resolución de los procesos, lo que puede provocar una confrontación entre docentes y gestores

El coste añadido para los hospitales docentes no se tiene en cuenta con la suficiente magnitud. Este coste quizá debería tenerse en cuenta en los presupuestos de la Universidad para los hospitales docentes adscritos a ella.

Lectura recomendada

M. Soria; M. Guerra; I. Jiménez; J. Fernando Escanero (junio, 2006). "La decisión de estudiar Medicina: características". *Educación Médica* (vol. 9, núm. 2). Barcelona.

El médico en su formación debe aprender en el hospital:

- Habilidades, adquiridas a través de la observación, al integrar las rutinas de la propia práctica médica.
- Una serie de reglas que reconocen situaciones y que generan respuesta ante una situación determinada.
- Conocimiento basado en el razonamiento técnico: aprendizaje de técnicas de análisis y de resolución de problemas clínicos.
- El rol del médico, que el estudiante interioriza "por ósmosis" estando al lado de otros médicos en situaciones como afrontar el duelo, el manejo de situaciones difíciles o inciertas, el saber estar, la templanza ante situaciones de gran carga emocional, etc.

1.3. Las competencias de los profesores de práctica clínica

Podemos hablar de dos tipos de competencias:

- **Generales:** comunes a toda profesión docente.
- **Específicas:** de los profesores de práctica clínica.

En la literatura podemos encontrar diferentes trabajos que hablan de las competencias que debe tener un profesor de Medicina, aunque podemos concluir que los diferentes modelos confluyen en una serie de competencias que podríamos identificar como: disciplinarias, de investigación, psicopedagógicas, de comunicación, académicas y humanísticas.

La enseñanza teórica de la Medicina continúa siendo el pilar básico del aprendizaje, aunque si ésta no va acompañada de una enseñanza práctica, resultará del todo insuficiente para poder adquirir un grado de competencias profesionales.

Esta importancia ya viene reflejada en las palabras de sir William Osler (1849-1919):

"Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es cruzar el mar sin cartas de navegación, mientras que estudiar los libros sin pacientes, no es ni tan siquiera embarcar".

Así pues, el papel del profesor de práctica clínica ha sido y continuará siendo decisivo en este proceso. No obstante, este hecho choca contra el reconocimiento explícito de este papel, lo cual conduce a la desmotivación general del profesorado. A menudo, el reconocimiento social y académico o la retribución no se ajustan a la cualificación y responsabilidad asumida.

Para poder "salvar" esta situación, el profesor de práctica clínica debe desarrollar su función en un ámbito adecuado, para lo cual:

- Deberá tenerse en cuenta la **función asistencial**, además de las funciones docente e investigadora. Para ello, los hospitales acreditados deben poder tener en cuenta el papel de los profesores de práctica clínica dotándolos de los recursos y el reconocimiento suficientes. Además, la función docente y los objetivos asistenciales deben estar relacionados aunque no se establezca una relación de estricta dependencia.
- La **infraestructura** asistencial, docente e investigadora de los hospitales universitarios debe estar suficientemente acreditada para evitar que la formación se lleve a cabo en lo que podría ser cualquier otra escuela profesional.
Esta acreditación debe reflejarse en la selección y el reconocimiento propiamente dichos de los profesores: selección rigurosa del profesorado, nombramiento como profesores titulares o asociados universitarios o exigencia del grado de doctor.
- No debe perderse el **enfoque holístico** de la Medicina. La excesiva especialización de los hospitales puede ir en detrimento de una enseñanza global de la Medicina, pudiendo dar lugar a una visión deformada de la enfermedad y del ejercicio profesional.

Así pues, ser profesor de práctica clínica supone algo más que tener un alto índice de impacto. Se requiere una sólida formación clínica, un gran conocimiento teórico, capacidad didáctica, dedicación, compromiso y sobre todo, saber inculcar al estudiante la curiosidad por el conocimiento y la necesidad de transmitirlo. Deben dejarse los despachos para volver a las salas de hospitalización, a las áreas asistenciales. Debe dejar de valorarse la experiencia docente-asistencial de forma subordinada a la labor investigadora.

La Declaración de Edimburgo

La Declaración de Edimburgo ya abunda en la necesidad de formar profesores que no sólo sean expertos en el contenido de la asignatura, y en que deben premiarse las cualidades docentes y de práctica clínica, tanto como las cualidades en investigación biomédica.

Por tanto, es imprescindible la enseñanza práctica en la cabecera del enfermo y de ahí la importancia del profesor como tutor y guía en este proceso.

Tal como decía Confucio: "oigo y olvido, veo y aprendo, hago y comprendo". Hay que aprender haciendo.

1.4. La relación entre las Facultades de Medicina y los sistemas sanitarios. La Declaración de Lisboa (2007)

La Asamblea General de la Asociación de Facultades de Medicina Europea (AMSE) reunida en Lisboa en junio del 2007 debatió los aspectos de relación entre las Facultades de Medicina y los sistemas sanitarios en los que están inmersas.

Al igual que hablábamos anteriormente del rol de los profesores de práctica clínica, es decir, clínicos de hospital que tienen una labor docente, y que en ocasiones pueden ver dificultada su labor, también se identifican tensiones entre las Facultades de Medicina y los hospitales universitarios. Los objetivos temporales de ambos son totalmente diferentes. El hospital actúa en el corto plazo, debe conseguir sus objetivos asistenciales y debe obtener diagnósticos en el menor tiempo posible y aplicar tratamientos. La perspectiva de la Facultad es más de largo plazo, educa a los estudiantes para una práctica clínica de por vida y apoya la investigación, cuya importancia puede no demostrarse durante años. Los presupuestos de uno y otro organismo son diferentes, siendo mucho más altos los de los hospitales. Finalmente, a menudo se aprecian problemas de comunicación entre los organismos de la Administración de los que dependen unos y otros.

La **Declaración de Lisboa** contiene los siguientes aspectos:

- Debe existir un liderazgo claro de los decanos de las facultades en cuanto a la estrategia y a la política de enseñanza o la investigación en las organizaciones sanitarias afiliadas, sean hospitales o en el ámbito de la atención primaria.
- Facultades y agentes del sistema sanitario deben compartir un sistema común de metas y objetivos.
- Debe existir una implicación de los responsables académicos en la contratación de los profesionales sanitarios de los centros asociados.
- Cada facultad debe adaptarse a las necesidades locales.
- Debe haber representación cruzada al más alto nivel en ambos organismos de gobierno.
- Los tutores de ambas organizaciones deben estar suficientemente cualificados, tanto en los aspectos académicos como de garantía de la calidad en la educación y otras actividades.

1.5. La innovación y la investigación en educación médica

La educación ha constituido siempre un componente esencial de la profesión médica; de hecho, la vocación docente del médico y su interés por enseñar tradicionalmente ha sido mayor que en otras profesiones. No obstante, su desarrollo específico y explícito se ha desarrollado especialmente en los últimos años, con la consolidación de publicaciones científicas de calidad, organización de congresos y el interés creciente por otros profesionales sanitarios en el tema.

Clásicamente, como venimos repitiendo, se definen tres tipos de actividad en los médicos: la asistencia, la docencia y la investigación, con niveles de enfoque y prioridad diferentes en función del ámbito donde nos movamos.

En cuanto a la **asistencia**, la formación posgraduada del médico en nuestro país se inicia en el período de residencia para obtener la especialización. Esto implica entre 4 y 5 años más de estudio formal. A este período sigue la formación continua permanente.

En la **investigación**, se produce una situación similar. Antes de tener autonomía como investigador, se requiere un riguroso entrenamiento, supervisado de cerca, y es necesario demostrar conocimientos metodológicos firmes y capacidad investigadora antes de asumir los propios proyectos.

En la **docencia**, la situación es distinta, se tiende a perpetuar lo que se viene haciendo, confiando en que si se es buen médico, necesariamente se enseña bien. Ser buen médico es condición necesaria pero no suficiente. No hay suficiente literatura, no está estandarizada la revisión por pares que a menudo puede llegar a considerarse ofensiva, no hay una carrera docente con criterios educativos potentes. Por tanto, la enseñanza médica llega a ser la menos profesional y valorada de las actividades médicas.

Para poder mejorar este aspecto, se debe invertir esfuerzo para desarrollar la investigación en educación médica y disponer así de métodos educativos innovadores, avalados con la suficiente evidencia científica.

1.5.1. La investigación en educación médica

La investigación en educación médica está en las primeras fases de su desarrollo. En las publicaciones especializadas, la mayor parte de la investigación consiste en estudios descriptivos o comentarios sobre experiencias con mayor o menor difusión. Las revisiones y los meta-análisis son muy poco frecuentes. Si buscamos en Medline, entre 1966 y el 2009, hay menos de 100 revisiones de la literatura o meta-análisis sobre el tema.

En general, la investigación médica puede ser de tres tipos:

- Estudios de intervención
- Estudios de correlación
- Estudios descriptivos y observacionales¹

⁽¹⁾Los más frecuentes en la bibliografía. Aunque su valor pueda parecer escaso, tienen un gran potencial de desarrollo de nuevas ideas, aunque son difíciles de validar y generalizar.

1.5.2. La innovación en educación médica

Aunque reflexionar sobre la propia actividad docente no es lo habitual, sí que es necesario plantearse la necesidad de un cambio, si bien este cambio exige una respuesta casi personal. Cualquier intervención educativa puede tener mayor o menor impacto. Kirkpatrick definió una escala de utilidad para medir el impacto de cualquier intervención educativa.

Este impacto puede ser:

- Nivel 1: la participación. Da muy poca información pero es el más utilizado.
- Nivel 2: el índice de satisfacción.
- Nivel 3: aprendizaje o modificación de actitudes o aptitudes.
- Nivel 4: evidencia de cambios objetivos.
- Nivel 5: beneficio para estudiantes o pacientes. Es el más difícil de medir.

1.6. Educación médica basada en la evidencia: La colaboración EMBE

En el año 1999 apareció la BEME Collaboration (*best evidence medical education*), como un intento de buscar soluciones a las diferentes dificultades en el ámbito de la educación médica, a través de la búsqueda rigurosa de evidencia científica que sirva de soporte a las propuestas de mejora en la enseñanza y el aprendizaje de los profesionales sanitarios.

Sus objetivos básicos son:

- La elaboración de revisiones sistemáticas de las prácticas educativas en el ámbito sanitario que recojan las evidencias científicas disponibles.
- La recomendación de estudios prospectivos para mejorar la evidencia en áreas específicas de la educación médica.
- La creación de una cultura consciente y sensible, en los diferentes agentes que intervienen en el proceso, a la necesidad de evidencia científica en el campo de la educación de los profesionales de la salud.
- La promoción, propagación y difusión de los resultados de las revisiones sistemáticas de la colaboración EMBE y de los enfoques prácticos de la

evidencia científica en la práctica de la educación médica, tanto a nivel de las instituciones como del docente individual.

La colaboración va haciendo su trabajo, la necesidad de realizar este esfuerzo es indiscutible, ya que, como en cualquier otra actividad profesional, es indispensable disponer de evidencia en el terreno de la educación médica.

2. La formación sanitaria especializada

2.1. Evolución histórica de la formación médica especializada en España

Desde la Ley de Ordenación Universitaria del año 1943, la legislación española ha determinado que el título de licenciado en Medicina habilita para el ejercicio de la Medicina en cualquier ámbito o especialidad, con tal de que no se ejerza con el carácter de especialista. Para ejercer como médico especialista y para ocupar un puesto de trabajo, público o privado, con dicha denominación, se requiere la titulación de la correspondiente especialidad médica. A lo largo del tiempo, el acceso al título de especialista ha ido variando.

La ley de 20 de julio de 1955 y su reglamento, aprobado por decreto de 23 de diciembre de 1957, constituyó el primer marco jurídico sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas.

El espíritu del legislador no fue otro que el de garantizar a la sociedad el adecuado ejercicio profesional de las especialidades médicas, supeditado a la previa obtención del título de especialista tras la superación, en centros específicos, de los programas de formación teórica y práctica que cada especialidad comportaba, sin menoscabo, en todo caso, de la habilitación que, para la total práctica profesional de la Medicina, conllevaba el título de licenciado en Medicina, atribuyendo al propio tiempo a la Administración (Ministerio de Educación y Ciencia) la competencia en esta materia y, en especial, en lo referente a la ordenación académica, régimen de autorizaciones de centros, revocación de las mismas, inspección y otorgamiento de los respectivos títulos.

2.1.1. El Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas

A finales de los setenta, el progreso científico y tecnológico que la ciencia médica había experimentado, así como la nueva concepción de la asistencia, obligó a adecuar la formación teórica y práctica de los médicos especialistas.

Así pues, este RD reconoció de forma expresa la denominación de médico especialista y que, para ocupar puestos de trabajo en centros e instituciones públicas o privadas con tal denominación, se requería estar en posesión del correspondiente título de especialista, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, sin perjuicio del libre ejercicio de la profesión que asiste a los licenciados en Medicina y Cirugía.

Las enseñanzas de especialización, según este decreto, podían cursarse:

- Por el **sistema de residencia** en los departamentos y servicios hospitalarios y, en su caso, extrahospitalarios, que reunieran los requisitos mínimos de acreditación.
- En las **escuelas profesionales** de especialización médica reconocidas por el Ministerio, que reunieran los requisitos mínimos de acreditación.
- En los departamentos de las **Facultades de Medicina** para las especialidades de las disciplinas que integraban cada uno de aquéllos, previa la correspondiente acreditación.

Se reconocieron además las distintas especialidades médicas, creándose una comisión nacional de cada especialidad, así como el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

2.1.2. El Real Decreto 2708/1982, de 15 de octubre, por el que se regulan los estudios de especialización y la obtención del título de farmacéutico especialista

Unos años después de la entrada en vigor del RD 2015/1978, se reguló la formación de los especialistas farmacéuticos, estableciendo el sistema de obtención del título de especialista en farmacia tras la superación en centros específicos de los programas de formación teórica y práctica, regulando el reconocimiento y adscripción de centros y unidades docentes donde debían impartirse las enseñanzas de las especializaciones farmacéuticas, así como todas las previsiones necesarias para constituir su ordenación académica.

A partir de este RD, pasó a utilizarse de modo expreso la denominación de farmacéutico especialista, para ejercer la profesión con este carácter y para ocupar un puesto de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas con tal denominación.

2.1.3. El Real Decreto 127/1984

Este Real Decreto puede considerarse como uno de los cambios legislativos más importantes en la formación sanitaria especializada y que durante más años ha determinado la formación médica especializada.

La experiencia obtenida en la aplicación del RD 2015/1978 demostró que era necesario modificarlo para precisar mejor el contenido de alguno de sus artículos y adaptarlos a la realidad cambiante del momento. Por otra parte, el despliegue autonómico y el traspaso de competencias, los acuerdos que deberían establecerse para la integración en la comunidad económica europea, las directrices de la organización mundial de la salud –orientadas a alcanzar la

salud para todos en el año 2000–, el desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria, junto con la existencia de un considerable paro de jóvenes licenciados, obligaron a introducir nuevos cambios en esta legislación.

Este texto, que derogó el citado Real Decreto 2015/1978, y siguiendo la experiencia de otros países, efectuó una clasificación de las especialidades médicas en grupos según requirieran o no formación hospitalaria y, consecuentemente, se estableció una forma de acceso distinta para la formación en cada uno de estos grupos.

Para obtener el título de médico especialista en las especialidades que requirieran básicamente formación hospitalaria, se confirmó la necesidad de seguir un programa perfectamente establecido como médico residente en centros y unidades docentes que cumplieran los requisitos adecuados y, dado el carácter profesional de la actividad que realizaba el médico residente durante todo el período de su formación, se introdujo también la necesidad de establecer un contrato laboral.

Se establecieron las bases de los correspondientes programas que tendrían una concreción detallada, lo que permitiría homogeneizarlos, así como determinar los requisitos mínimos que debían tener los centros y unidades docentes para desarrollar esta labor formativa.

Se contempló también la determinación del número de plazas que anualmente deberían convocarse para la formación de médicos especialistas, previsión que era difícil establecer con la normativa anterior, y se instauró además un sistema de adjudicación de estas plazas de formación en el que todos los candidatos tenían las mismas oportunidades y que ha persistido en su fondo hasta la actualidad.

Se suprimió el examen final al término del periodo global de formación, sustituyéndose por evaluaciones anuales, y se dio participación a los médicos residentes en las comisiones nacionales de especialidad.

En su momento, al existir la urgente necesidad de tener médicos estomatólogos y de especialistas en medicina preventiva y salud pública, se contempló la posibilidad de obtener el título de estas especialidades no solamente por vía ordinaria, sino también por un procedimiento extraordinario.

También se dio salida, a través de una vía especial, restringida y controlada para la obtención del título de médico especialista para aquellos médicos que pudieran haber adquirido, fuera de este sistema, una formación especializada equivalente desde todos los puntos de vista, a la contemplada en el programa de especialización correspondiente.

2.1.4. La convergencia europea

En el año 1995, una directiva comunitaria obliga a que, para ejercer las funciones de médico generalista en el sistema público, se dispusiera de una formación específica, formación que da la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta directiva originó numerosas controversias con los médicos generalistas.

2.1.5. Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas

Los Reales Decretos 127/1984, de 11 de enero, y 2708/1982, de 15 de octubre, que regulan la formación dirigida a la obtención de los títulos de médico y de farmacéutico especialista, respectivamente, encargan a las comisiones de docencia y a otros órganos que se constituyen en los centros sanitarios determinadas funciones en orden a la organización, supervisión y desarrollo de los períodos formativos que los futuros especialistas desarrollan en los mismos.

La experiencia acumulada desde la entrada en vigor de dichas normas aconsejó proceder a la regulación detallada de la composición y funciones de tales órganos, así como a la determinación de las actividades que corresponden a otros no previstos en ellas pero que son imprescindibles para el correcto desarrollo de los períodos de formación, como las tutorías de los especialistas en formación, adaptando todo ello a la peculiar estructura de las especialidades con períodos formativos extrahospitalarios, como la Medicina Familiar y Comunitaria.

Además, debían desarrollarse aspectos importantes en la evaluación de los especialistas en formación, determinando sus efectos cuando tuvieran carácter negativo, unificando los procedimientos, plazos y requisitos de las mismas e introduciendo, como elemento primordial en ellas, el libro del especialista en formación.

2.1.6. El RD 1497/1999. La solución a los médicos especialistas sin título oficial

El acceso al título de médico especialista en España fue posible, hasta el año 1984, por diversas vías. En dicho año, y a través del Real Decreto 127/1984, se adoptó con carácter general como sistema único para la formación y posterior obtención de dicho título el sistema de residencia en instituciones y centros sanitarios acreditados para impartir la correspondiente formación. Con el citado Real Decreto se anticipaba la plena vigencia en España de las normas europeas que, de acuerdo con el artículo 47.3 del tratado constitutivo de la Comunidad Europea, coordinan la formación de especialistas médicos, en un momento en el que se encontraba ya en marcha el proceso de adhesión a las Comunidades Europeas que culminaría el 1 de enero de 1986. Desde entonces,

el sistema de residencia se desarrolló y consolidó en España, lo que contribuyó, de manera decisiva, al alto nivel científico y profesional de nuestros médicos especialistas y, en consecuencia, a la elevada calidad de la asistencia que presta nuestro sistema sanitario. Sin embargo, circunstancias de índole histórica y de carácter interno, así como las propias normas europeas, han venido condicionando la estructura de la profesión médica en España a la que afectan determinados problemas puntuales originados por un número inusualmente elevado de alumnos en las Facultades de Medicina durante la década de los años setenta y por una capacidad formativa del sistema sanitario inicialmente limitada. Ambos aspectos fueron suficientemente corregidos, pero las diferencias producidas con anterioridad determinaron que un cierto número de médicos no pudieran acceder a la formación especializada oficial. Ello, unido a la necesidad de médicos especialistas que existía en esa época en nuestro sistema sanitario, hizo que licenciados en Medicina accedieran a distintos hospitales, centros sanitarios y unidades docentes, iniciando una formación médica especializada no oficial, pero que bajo la supervisión de los correspondientes jefes de las unidades podría haber resultado equiparable, en determinados casos, a la establecida para cada especialidad.

La situación planteada trascendió los ámbitos estrictamente docentes y sanitarios, de forma tal que tanto el Congreso de los Diputados, en Proposición No de Ley aprobada el 7 de octubre de 1997, como el Senado, en moción aprobada el 8 de abril de 1997, instaron al Gobierno para que, de modo excepcional, manteniendo y consolidando el sistema de residencia como la única vía ordinaria de acceso al título de médico especialista, articulara las medidas reglamentarias que resultaran procedentes para que el colectivo de médicos antes indicado pudiera obtener dicho título, manteniendo los criterios de calidad formativos alcanzados por el sistema de formación médica especializada, regulados en el Real Decreto 127/1984².

⁽²⁾ Este decreto se conoció como el decreto de los MESTOS.

2.1.7. Real Decreto 183/2008

El 21 de febrero del 2008 se publicó en el BOE el Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades de Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

2.2. El sistema MIR en España. Reflexiones sobre su evolución

El examen MIR, en términos generales, ha tenido un papel relevante en la modernización y la proyección de la Medicina de nuestro país, demostrando en todo momento la equidad y la transparencia como valores clave. Sin menoscabo de la preservación de estos valores, diversas corrientes de pensamiento docente abogan, no obstante, por un cambio en su formato.

Algunos autores critican más al examen, a la prueba, que al sistema en sí.

Podríamos coincidir en la opinión de que para el acceso a la especialidad por parte de un licenciado, que tiene unos conocimientos básicos y generalistas de la Medicina, preguntar cuestiones propias de quien está especializado, como conceptos de biología molecular o signos y síntomas de síndromes raros, no es lo más coherente.

Esto puede tener un efecto colateral malicioso, que es el autocondicionamiento del estudiante a trabajar para aprobar el examen más que a profundizar en el aprendizaje de los conceptos teóricos y en la práctica clínica y a aquello dedican más tiempo. El examen acaba convirtiéndose en una finalidad en sí misma. Aprobar, especializarse y saltar al mercado laboral puede, en algunos casos, ser el *leit-motiv* del estudiante.

Si nos centramos en el examen, éste consta de 250 preguntas de elección de respuesta múltiple, una gran parte de ellas relacionadas con las ciencias básicas, muchas de ellas con un nivel de dificultad elevado y de un rendimiento altamente académico pero pobremente práctico, y a veces alejadas de la práctica clínica diaria.

Las menores dificultades de acceso en la actualidad que hace unos años a una plaza de formación sanitaria especializada, y la casi seguridad de la obtención del título de especialista después del período formativo, puede comportar, también en algunos casos, que la competencia del futuro especialista no sea la deseable. El tiempo nos ha llevado desde aquellos años donde 20.000 aspirantes competían por 1.200 plazas de residencia hasta la actualidad, donde quedan plazas vacantes en especialidades y centros de reconocido prestigio.

Llegar a la residencia MIR en España desde el primer día de clase de la licenciatura puede considerarse un largo y difícil camino. Desde la necesidad de obtener una alta nota para superar el punto de corte elevadísimo para acceder a la Facultad, los 6 años de licenciatura y los consiguientes de especialización, constituyen un reto importante para el que empieza.

Es más, el residente no está preparado. El currículo de pregrado no permite afrontar una realidad que exige del aprendizaje de habilidades clínicas y de comunicación. Los estudios de Medicina dan una gran cantidad de conceptos teóricos y aplican técnicas memorísticas pero no enseñan de forma clara a estar con el paciente. Como resultado, a menudo no se dispone de una buena perspectiva de lo que en realidad es la profesión médica.

La realidad requiere:

- Tratar con individuos enfermos.
- Tratar con sus familias.
- Saber entenderlos y ayudarlos.
- Negociar en un sistema sanitario con recursos limitados, a la vez que deben usarse de forma eficiente.

- Saber trabajar con incertidumbre, en muchas zonas grises del conocimiento biomédico.
- Trabajar en equipo con un numeroso y variado grupo de profesionales altamente cualificados.

Nos formulamos diversas preguntas en torno al sistema MIR, como por ejemplo:

- ¿Qué obtiene el sistema sanitario del examen MIR?
Unas posibles respuestas podrían ser:
 - Una dura y en ocasiones traumática clasificación de muchos de los mejores estudiantes de Medicina.
 - Algunos resultados inesperados o malos.
 - Una selección de estudiantes con mucho talento pero con escasa habilidad clínica o quirúrgica.
- ¿Qué ocurre cuando se introducen en el mundo real del hospital?
Como respuestas:
 - Ingresan en instituciones que, en muchas ocasiones, desconocen por completo.
 - Ingresan en el mundo laboral profesional.
 - Firman su primer contrato de trabajo.
 - Se integran en equipos de profesionales.
 - Deben adaptarse a su forma de trabajar, bajo las mismas exigencias y sometidos a la mismas presiones que todos ellos.

Además, de repente les llega una gran carga de trabajo asistencial, deben asumir muchísima más responsabilidad, aunque sí es cierto que ahora se legisla para que en los primeros años ésta se descargue (hasta el extremo de que no pueden firmar altas sin la supervisión de un facultativo de plantilla), entran en un ambiente desconocido, a veces hostil, trabajan más horas, hacen guardias...

En realidad, no tienen suficiente entrenamiento como para gestionar con efectividad, seguridad y eficiencia la mayoría de situaciones clínicas diarias.

- ¿Cuál es el resultado final del período de residencia MIR?
En líneas generales, una selección final de un grupo de médicos con talento, bien preparados y que a lo largo del proceso han aprendido, mayoritariamente, las habilidades básicas necesarias y una situación laboral futura difícil y variable en función de las épocas.
Si hiciéramos una comparación entre el entrenamiento y formación de los pilotos de líneas aéreas con los MIR, veríamos que donde los primeros se entrenan a trabajar en equipo, hacen un uso exhaustivo de los simuladores de vuelo, se entrenan para responder rápidamente a situaciones de emergencia, son sometidos constantemente a evaluaciones de su rendimiento, la seguridad y la calidad son lo más importante y se aprende de los errores, los residentes MIR son entrenados a trabajar individualmente

(aunque luego deban trabajar en equipo), hacen un uso muy escaso de los simuladores médicos, tienen escaso entreno para responder rápidamente a situaciones de emergencia, se hace una evaluación muy superficial de su rendimiento, la seguridad y la calidad no son lo más importante y los errores se ocultan o minimizan.

Por tanto, esa reforma que algunos preconizan, en mayor o menor grado, antes o después, se deberá acometer para adaptar el acceso a la formación especializada a la realidad social.

2.3. Nuevos retos en la formación sanitaria especializada

La evolución del propio sistema MIR y las diferentes normas legales que al respecto se han ido publicando, especialmente la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en el año 2003 y el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, plantean nuevos retos en la formación sanitaria especializada.

Tres aspectos clave de estos nuevos retos serían:

- El papel de los tutores y los jefes de estudios en el proceso de formación del residente.
- Los mecanismos de evaluación del período formativo.
- Los aspectos cualitativos de la docencia.

2.3.1. El papel de los jefes de estudios

La entrada en vigor de la LOPS eleva las funciones del jefe de estudios a la consideración de funciones de gestión clínica.

En el VI Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio organizado por la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) y AREDA (organismo que agrupa las diferentes redes de comisiones de docencia del Estado español) se plantearon una serie de recomendaciones y conclusiones al respecto de:

- la capacidad de gestión y las condiciones para desempeñar las funciones de jefe de estudios.
- la dedicación que deben tener para poder cumplir sus funciones.
- el perfil profesional del jefe de estudios.

Lo que sí parece necesario, dada la gran variabilidad que existe entre los diferentes centros y comunidades autónomas, es consensuar unos acuerdos mínimos sobre esta figura, haciendo hincapié en la importancia de la autonomía de gestión, una dependencia jerárquica coherente en las organizaciones, que no produzca colisión con las jefaturas asistenciales y que puedan disponer de unos recursos humanos y estructurales suficientes para poder llevar a cabo su función con el máximo desempeño.

2.3.2. Los tutores

El tutor adopta un papel capital en la formación sanitaria especializada. Ya la orden ministerial del 2005 otorgaba unas funciones concretas al tutor que se han visto reforzadas en sucesivas legislaciones y en la acreditación específica que ha tenido lugar de esta figura en algunas comunidades autónomas. El residente no podrá formarse adecuadamente sin que la relación tutor-residente sea fluida, bidireccional y continua.

Al igual que el jefe de estudios, el tutor debe ser reconocido por su función, liberado de parte de su función asistencial para poderse dedicar con suficiente tiempo y esfuerzo al seguimiento del proceso formativo de los residentes que tenga a su cargo, situación ésta que, desgraciadamente, no puede cumplirse en muchos de los centros acreditados para la docencia especializada.

2.3.3. La organización de las comisiones de docencia

Diversas comunidades autónomas, algunas desde hace años, cuentan con órganos colegiados que agrupan a las diferentes comisiones de docencia, en sentido de red. A partir de un impulso importante desde Cataluña a finales de los años noventa, en este momento ya existe un órgano de coordinación a nivel nacional (AREDA).

Siguiendo la experiencia catalana, la Red de Comisiones de Docencia de Cataluña se constituye en órgano asesor de la Consejería de Salud con las funciones de coordinación de las estructuras docentes de los centros y unidades docentes, a la vez que participa en la propuesta de mejora de los programas de formación y en la planificación de la formación sanitaria especializada.

2.3.4. El papel de la Administración

El sistema MIR está regulado desde la Administración Central pero diversas iniciativas legislativas y especialmente el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, abren un espacio para profundizar en la mejora de la calidad de la formación sanitaria especializada. Así pues, el planteamiento en Cataluña de la creación del Consejo Catalán de Formación Sanitaria Especializada (CCFSE) pretende mejorar los aspectos de asesoramiento y consulta sobre la formación especializada en ciencias de la salud, entre ellos:

- Asesorar en el ámbito de la formación y evaluación de la competencia de los profesionales.
- Impulsar y coordinar líneas de trabajo para el despliegue del *Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias*.
- Coordinar a los órganos con responsabilidades docentes.
- Aprobar la propuesta de oferta de plazas de formación sanitaria especializada en Cataluña.
- Hacer la evaluación y seguimiento de los programas docentes.

- Diseñar los estándares e indicadores de calidad en formación sanitaria especializada.

2.3.5. La evaluación del residente

Desde la orden ministerial del año 2005 que regulaba las comisiones de docencia y los mecanismos de evaluación, los aspectos evaluativos se han ido desarrollando por los diferentes agentes docentes hasta la publicación del RD 183/2008, donde aparece un nuevo marco legal. Este real decreto establece una nueva normativa; en síntesis, establece dos tipos de evaluación: la sumativa anual y final y la formativa.

Evaluación formativa

Utiliza como instrumentos de evaluación las entrevistas periódicas tutor-residente, los informes de seguimiento y el libro del residente, de carácter obligatorio, donde se registran las actividades que evidencian el proceso de aprendizaje.

El objetivo es medir la competencia adquirida de forma progresiva en relación con los objetivos planteados, identificando áreas de mejora. Es una evaluación continuada que debe tener como eje la relación entre tutor y residente con un *feedback* continuado.

Evaluación sumativa anual

El informe anual del tutor es el instrumento básico para la valoración del progreso. Contendrá el informe de las diferentes rotaciones internas y externas. La calificación anual será positiva o negativa, y éstas recuperables o no recuperables.

Evaluación sumativa final

Tiene como objeto verificar el nivel de competencias adquirido por el especialista durante todo el período de la residencia. La calificación podrá ser positiva, positiva destacada o negativa.

Los elementos clave para cualquier proceso de evaluación deben ser:

- un programa oficial que defina competencias a adquirir y estándares
- control sobre la aplicación del programa
- tutores acreditados con formación metodológica y dedicación suficiente
- aceptabilidad

2.3.6. El nuevo papel del residente en el sistema sanitario. El estatuto del residente

El RD 1146/2006, de 6 de octubre, regula la relación laboral de residencia, que define como "especial", para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

A pesar de la importancia que para el avance y consolidación del sistema sanitario público español ha tenido la formación de especialistas mediante el sistema de residencia, la relación de trabajo de los residentes ha carecido en España de una regulación específica desde que las órdenes ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de julio de 1971 crearan las figuras de médicos internos y residentes, estableciendo una vinculación contractual de carácter laboral con las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003 ya preveía la regulación laboral asentada básicamente en el contrato de trabajo, estableciendo la necesidad de tener un marco general y homogéneo para todo el personal con independencia del centro formativo.

Ello debe asegurar que la realización y el cumplimiento de los programas formativos en similares términos en todo el Estado se corresponde con un lógico régimen de derechos y deberes comunes a todos los residentes. Igualmente se tiene en cuenta el marco normativo comunitario, especialmente la Directiva 93/16/CE, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.

Otro aspecto a destacar es que al considerar que el objetivo de la relación laboral es la obtención del título de especialista mediante la superación de un programa de formación, también se prevé una especial organización del tiempo de trabajo que, en algunos casos, va a permitir al personal residente la conciliación de la vida laboral y familiar sin hacer uso de la reducción de jornada o de la suspensión del contrato, ya que estas situaciones imposibilitan realizar un curso formativo completo en período anual.

En síntesis, el real decreto recoge aspectos del tipo:

- Forma, contenido, duración y extinción del contrato
- Derechos y deberes
- Jornada laboral y descansos
- Guardias
- Fiestas, permisos y vacaciones
- Retribución
- Rotaciones
- Régimen disciplinario
- Aspectos de la evaluación

En líneas generales, el llamado "estatuto del residente" ha significado un salto cualitativo muy importante en la regulación laboral de la formación sanitaria especializada por el sistema de residencia y ha contado con un amplio consenso por parte de los diferentes agentes docentes.

2.4. Calidad y docencia. La necesidad de establecer una estrategia de calidad total en la formación médica de posgrado

La calidad de la atención sanitaria ha sido motivo de preocupación desde hace tiempo entre los profesionales del sector. Si bien nos hemos volcado primeramente en la garantía y después en la mejora continua de la calidad asistencial, otros aspectos como la docencia o la investigación no deben escapar a este enfoque. Podemos afirmar que no hay asistencia de calidad si la docencia no es de calidad. Un hospital "que enseñe bien", atenderá mejor.

Formar especialistas es un compromiso que adquieren las instituciones sanitarias con la sociedad, y esta sociedad exige profesionales que tengan unos buenos conocimientos, unas buenas habilidades y unas excelentes actitudes. Por tanto, garantizar y mejorar los niveles de calidad en la formación médica de posgrado es una obligación.

La formación especializada debe entenderse como un proceso cuya calidad no depende únicamente del producto final, sino que compete a toda la organización y a todos sus miembros. Éste sería el enfoque de la calidad total.

El objetivo de implementar una estrategia de calidad será poder actuar de forma más proactiva y, utilizando la metodología de la calidad, anticiparnos a los problemas o resolverlos de la mejor manera, si éstos se presentan.

Los elementos clave de la mejora continua de la calidad son el liderazgo de la dirección, la planificación de los aspectos docentes de la organización, la actuación e implicación de los profesionales, la definición del proceso docente y el enfoque a la satisfacción de los residentes.

Lo que es imprescindible, no obstante, para que un programa funcione así, es la estrecha relación entre dos factores: el impulso de la dirección y la adhesión de las personas.

Las razones que llevan a plantear la aplicación de una estrategia de calidad total en el proceso formativo van desde la necesidad de satisfacer nuevas demandas, a partir de los recursos disponibles (información, habilidades de comunicación) hasta la necesidad de mejorar la productividad del sistema (eliminación de los costes originados por la falta de calidad) o incidir en el concepto de mejora continua, permitiendo y desarrollando el trabajo en equipo y la participación de todos los agentes que intervienen en el proceso.

Entendiendo la formación sanitaria especializada como un proceso, deberemos definir su misión y su visión. Si se utiliza el enfoque personas-proceso-personas y, en nuestro caso, institución-proceso-residentes, la clave de una buena gestión residirá en actuar constantemente sobre estos tres elementos.

El especialista en formación se convertirá en el elemento diana del proceso y equivaldrá al concepto de cliente. Como tal, expresa como expectativas conseguir una formación adecuada y el título correspondiente.

La institución sanitaria, responsable de la docencia bajo el liderazgo de la dirección, permitirá, mediante la utilización de unos recursos y según unas guías –los programas–, obtener el resultado docente.

Durante el proceso docente, el recién licenciado se transformará y adquirirá las habilidades y conocimientos necesarios propios de la especialidad y también, y no menos importantes, complementarios para su formación integral como profesional de la sanidad.

El ciudadano, por su parte, necesita además otros valores, que sólo se pueden alcanzar mediante una estrategia de calidad total en el proceso de formación de los futuros especialistas.

Por tanto, la calidad del programa se basará en su capacidad de satisfacer expectativas específicas y complementarias de aprendizaje, promoviendo la adquisición de competencias específicas y complementarias.

A su vez, el especialista en formación también se convertirá en actor propio del proceso, ya que su interacción marcará claramente el resultado final.

A partir de la definición del proceso se hace necesaria una estandarización. Por tanto, es imprescindible definir unos indicadores fáciles de medir, fiables y relevantes que permitan una evaluación y reevaluación continuas.

Los indicadores se referirán a diferentes áreas:

- De adecuación de programa (proceso): número de intervenciones quirúrgicas realizadas, número de técnicas, etc.
- De participación: en las comisiones técnicas, en grupos de mejora.
- De resultado: producción científica, sesiones clínicas presentadas,...
- De satisfacción.

Una autoevaluación periódica permitirá comparar los resultados con los objetivos fijados, con los obtenidos entre las diferentes unidades docentes de un mismo centro (*benchmarking* interno) o con los resultados de los mejores centros (*benchmarking* externo).

La aplicación del modelo europeo de calidad (EFQM) también será un marco de referencia válido para evaluar la calidad del proceso formativo.

A pesar del creciente papel que en las organizaciones sanitarias está adquiriendo la aplicación de la metodología de la calidad total o el propio modelo EFQM, por ejemplo en la aplicación de estrategias de seguridad clínica, en el campo de la educación médica y más concretamente en la formación médica de posgrado hay poca experiencia en programas de calidad validados. Por tanto, la necesidad existe, debido al compromiso que las instituciones sanitarias y también los organismos de la Administración responsables adquieren con la sociedad, donde actuarán los futuros médicos.

3. El profesionalismo sanitario

3.1. Las profesiones. Concepto de profesión

En este capítulo, seguiremos mayoritariamente las ideas de **Helios Pardell**, gran y malogrado maestro en el ámbito de la educación médica y el profesionalismo sanitario.

Según Pardell, podríamos resumir las características de una profesión de la siguiente manera:

- Posee un cuerpo de conocimiento específico.
- Tiene control sobre la organización del trabajo basado en este conocimiento.
- Dispone de organizaciones profesionales reconocidas legalmente, con capacidad reguladora del acceso a la profesión y de todos los aspectos relacionados con la práctica de la misma.
- Posee un código ético y tiene la potestad exclusiva para aplicarlo.

Si aplicamos sólo estas características, *profesión* podría llegar a confundirse con *ocupación*. Para ello, **Freidson** (2001) enfatizó lo que consideraba las características fundamentales de toda profesión:

- Monopolio, del saber y de su aplicación práctica
- Credencialismo, o requerimientos para el acceso
- Elitismo, del conocimiento y en la autoexigencia

Por otra parte, para **Abbott** (1998) hay una serie de valores inherentes a todo grupo profesional, a saber:

- Altruismo, como ideal de servicio, más allá de cualquier contraprestación económica. En algunas ocasiones, contraprestación puede asociarse a menor profesionalismo.
- Disciplina, que equivale al ejercicio de la autorregulación, basado en criterios éticos y científico-técnicos, comportando sanción o separación de la profesión de los miembros que la incumplan.

- Eficiencia, entendida como la correcta aplicación del cuerpo de conocimiento.
- Compromiso, que debe establecerse con la Administración, la institución y el cliente

3.2. Las profesiones sanitarias

Tradicionalmente las profesiones sanitarias incluían la medicina, la enfermería, la farmacia y, marginalmente, la veterinaria.

A partir de la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias³, se han definido las profesiones sanitarias tituladas y los profesionales del área sanitaria de formación profesional.

⁽³⁾Ley 41/2003 de 21 de noviembre.

En cuanto a las profesiones sanitarias tituladas tenemos:

- **Licenciaturas:** Medicina, Farmacia, Odonto-estomatología y Veterinaria
- **Diplomaturas:** Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica y Optometría, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética, Protésico Dental e Higienista Dental

Por su parte, los profesionales del área sanitaria de formación profesional se estructuran en dos grupos:

- **De grado superior:** Anatomía Patológica, Citología, Dietética, Documentación Sanitaria, Higiene Bucodental, Imagen para el Diagnóstico, Laboratorio de Diagnóstico Clínico, Ortoprótisis, Prótesis Dentales, Radioterapia, Salud Ambiental y Audioprótisis
- **De grado medio:** Auxiliar de enfermería, auxiliar de farmacia

3.3. Una característica especial de las profesiones sanitarias: el acoso

Todas las profesiones y concretamente las profesiones sanitarias, debido al enorme componente social que tiene la sanidad en nuestro país y en muchos otros, debido a la universalización del acceso a los sistemas de salud, se ven sometidas a diferentes presiones; de alguna manera, son acosadas.

Estas fuentes de acoso pueden ser exteriores o interiores a la propia profesión. Describiremos brevemente en qué consisten.

3.3.1. Fuentes exteriores de acoso

La evolución del contexto sociocultural

- El **cambio en la concepción del propio individuo**, donde entre otras cosas, se cuestiona el concepto de legitimidad-autoridad y el propio paradigma científico hace que la ciencia deba adaptar continuamente su conocimiento.
- El **estado del bienestar**, donde el acceso universal desemboca, en muchas ocasiones, en un consumo exagerado, lo cual puede cuestionar su viabilidad al crecer sin parar el gasto sanitario.
- La **revolución tecnológica**, tanto de la tecnología médica aplicada como de las tecnologías de la información y la comunicación, que ha incidido por una parte en las condiciones de la práctica profesional y, por la otra, en el comportamiento de los propios individuos. Internet ha puesto al alcance de cualquier ciudadano información médica no siempre suficientemente contrastada y que, en ocasiones, puede desembocar en una especie de lucha entre profesional y paciente. También la tecnología ha puesto al alcance del ciudadano, métodos de autodiagnóstico y autocontrol que han hecho que el propio paciente sea el mejor conocedor de su patología, convirtiéndose en un paciente experto.
- El papel cada vez más creciente de **las asociaciones de enfermos**, de patologías más o menos prevalentes o de las organizaciones de ámbito en algunos casos estatal de pacientes, como el Foro Español de Pacientes.
- La **burocratización** de las profesiones sanitarias.

The expert patient, NHS

Al respecto, es notable el trabajo que se ha hecho en el National Institute of Health, en el Reino Unido, sobre el paciente experto (*The expert patient, NHS*).

Las críticas sociales a la profesión médica

Al hilo de la universalización del acceso a los servicios de salud, la Medicina ha pasado a formar parte del CORE político, por tanto, todo lo que se relaciona con ella, está sujeta a la observación de los ciudadanos y de los políticos.

Poco a poco, las profesiones sanitarias se han colocado en el ojo del huracán, en algunos casos hasta llegar a posturas extremas. Se critica la ineficiencia (los profesionales hacen cada vez menos y utilizan más recursos), la arrogancia o la yatrogenia.

Los agentes exteriores

Entre ellos tenemos:

- La Administración, básicamente mediante políticas reguladoras y legislativas que tienden a limitar los ámbitos de actuación colegiales, sobre todo a nivel de médicos.
- Las instituciones sanitarias, a partir del conflicto entre gestores y profesionales asistenciales.
- Los proveedores de fármacos y material médico-sanitario, a través de políticas activas de marketing sobre el profesional o sobre el usuario final que puede alterar la relación tradicional entre el profesional sanitario prescriptor- decisor y el usuario final.
- Los propios usuarios, a partir de la politización de la Medicina o del mayor conocimiento que tienen a su disposición, como decíamos anteriormente.
- Otros grupos profesionales, con áreas de confluencia entre sus diferentes competencias.

3.3.2. Fuentes interiores de acoso

- La delimitación de áreas competenciales, propias entre generalistas y especialistas o entre especialistas diferentes, a partir del crecimiento espectacular de especialidades y subespecialidades surgidas del desarrollo científico-técnico.
- La progresiva fragmentación de la homogeneidad de la profesión, que contribuye a generar tensiones interprofesionales.
- Sindicalización creciente.
- Las disfunciones en la aplicación del conocimiento. Un ejemplo de ello es la aplicación de guías de práctica clínica o protocolos. Si bien contribuyen a disminuir el efecto de variabilidad de la práctica clínica, también es cierto que su aplicación debe hacerse siempre a la situación de un paciente concreto.

3.4. El futuro de las profesiones sanitarias. Las soluciones al acoso

3.4.1. Rebatir los tópicos

En primer lugar deben rebatirse los tópicos. Ante la creencia de que existe un deterioro de la confianza de los usuarios hacia la profesión médica, la realidad es que ésta está entre las dos o tres primeras del ranking de consideración y

confianza de la población. Tampoco es cierto que el profesional sanitario sea el blanco de los ataques de los medios de comunicación. Si bien es cierto que una noticia médica puede acompañarse de un cierto sensacionalismo, estudios en el Reino Unido demuestran que no ha variado significativamente la buena o mala prensa de los médicos en los últimos 25 años.

Tampoco debe ahondarse en la idea de que el médico ha perdido gran parte de su autonomía profesional, con el desarrollo del estado del bienestar y los marcos reguladores.

3.4.2. Superar la desmotivación profesional

La desmotivación o el *burn-out* está más o menos presente en las profesiones sanitarias. Los estudios que se han hecho de este fenómeno son numerosos. No vamos a entrar a fondo en este tema, pero sí está claro que, para superar esta desmotivación, no basta con mejorar las condiciones estructurales, materiales o económicas, sino que es tanto más importante adecuar las expectativas de los profesionales a las realidades, a partir de incidir y profundizar más en el profesionalismo. Es importante que el profesional tenga mayor protagonismo y mayor capacidad de decisión en lo que compete a su profesión. Al respecto, son de destacar las iniciativas, como las de Cataluña, al crear los consejos de las profesiones sanitarias, donde participa la Administración, los colegios profesionales, las instituciones sanitarias, los propios profesionales y los usuarios.

3.4.3. Fomentar y potenciar el profesionalismo en las organizaciones sanitarias

Esto se conseguirá mediante:

- Organizaciones que se orienten al aprendizaje, pasar de la burocracia a la gestión del conocimiento.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la gestión basada en procesos y la aplicación de la evidencia científica y las guías de práctica clínica.
- Mejora de la comunicación entre gestores y profesionales y también a nivel interprofesional.
- Profundización en la mejora continua de la calidad asistencial y en la ética de las organizaciones.
- Desarrollo de modelos de carrera profesional que garanticen la progresión de los profesionales con niveles óptimos de competencias.

3.4.4. Renovación del contrato social con la Administración y con los usuarios del sistema

Las profesiones sanitarias deben reafirmar su compromiso de servicio a la población por encima de todo, para profundizar en su confianza y evitar así la intervención reguladora del Estado frente a situaciones de desconfianza o de protestas públicas.

Debe haber también una mayor participación del usuario en su propio proceso de salud.

A nivel de la Administración, los profesionales deben pactar también un mayor protagonismo en el uso racional de los recursos o en la participación en la definición del catálogo de prestaciones o en la definición de las políticas sanitarias.

4. La formación médica continuada

4.1. Los organismos de acreditación

SEAFORMEC es el Sistema español de acreditación de la formación médica continuada. Está constituido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

Su sistema de acreditación de actividades de formación médica continuada utiliza los mismos procedimientos y baremos que el de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Con objeto de optimizar los beneficios de la acreditación de actividades formativas para los médicos españoles, SEAFORMEC se integra en el sistema de acreditación de la Unión Européenne de Médecins Spécialistes (UEMS) y ha establecido convenios de colaboración con el Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) de EE. UU. y con la American Medical Association (AMA).

Serán evaluadas aquellas actividades que cumplan los requisitos definidos por la Comisión Nacional del Sistema Nacional de Salud, donde se establece una valoración ponderada del perfil pedagógico de la actividad: objetivos, organización y logística, pertinencia, metodología docente y evaluación.

4.2. La Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

Es un modelo de acreditación de ámbito nacional creado en 1997, por el Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre formación continuada de las profesiones sanitarias.

La Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) se creó para la coordinación de las 17 consejerías de salud autonómicas y de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Cultura en su momento.

Los criterios y procedimiento de acreditación de la comisión son comunes a todo el sistema y en consecuencia, la validez de la acreditación se extiende a todo el territorio de actuación del Sistema nacional de salud, independientemente de la comisión que intervenga en el procedimiento.

Corresponde a la CFCSNS el desarrollo, entre otras, de las siguientes funciones:

- El establecimiento de los criterios generales, comunes y mínimos para que los centros o unidades docentes puedan recibir una acreditación, válida en todo el sistema nacional de salud, para desarrollar actividades de formación médica continuada.
- El establecimiento de criterios para que una actividad concreta de formación pueda recibir una acreditación y una valoración en horas-crédito.

4.3. La evaluación cualitativa de la formación médica continuada

En la evaluación de la formación médica continuada (FMC) diferenciamos dos aspectos, uno más personal, que sería la evaluación de los objetivos docentes obtenidos por el alumno; correspondería una evaluación más cuantificable. Otro más grupal o institucional, que es la pertinencia o eficacia de la formación para alcanzar los objetivos que se había marcado, es un aspecto más cualitativo.

Esta última evaluación debe dar respuesta a diferentes preguntas, entre ellas:

- ¿Responde el programa formativo a una necesidad real?
- ¿La necesidad formativa es percibida de la misma manera por participantes que por promotores?
- ¿Se aprecia cambio positivo en los participantes después de realizar el programa formativo?
- ¿Cómo se debe modificar el programa para adecuarse mejor a las necesidades reales de los implicados?

En pocos casos se obtendrán respuestas cuantificables que informen del grado de pertinencia o de efectividad de la formación, por lo que se requiere aplicar técnicas cualitativas de investigación propias del campo de la antropología social o, de forma más general, de las ciencias sociales.

Algunos trabajos como los de Mahtani-Chugani y otros explican los diferentes métodos de evaluación semicualitativos o cualitativos, que no desarrollaremos en este capítulo.

Sirva como reflexión, no obstante, que estos métodos son indispensables si realmente queremos saber tanto el impacto de la formación como su pertinencia.

4.4. El desarrollo profesional continuo. Un paso adelante, más allá de la carrera profesional

En los últimos tiempos, el término *desarrollo profesional continuo* (DPC) ha entrado con fuerza en el mundo profesional, especialmente médico, aunque su interpretación en ocasiones es diferente en función de los agentes que lo utilizan.

La Federación Mundial de Educación Médica o el Comité Permanente de Médicos Europeos definen el **desarrollo profesional continuo** como un proyecto individual, enmarcado en el concepto de profesionalismo, que se origina en el compromiso personal de mantener la competencia durante todo el período de vida profesional, adaptándose a la evolución científica y del entorno profesional. Podríamos hablar de un paso más allá de la formación médica continuada clásica.

No obstante, una visión excesivamente restrictiva del término lo circunscribe a una carrera profesional premiada con determinados incentivos salariales, en su extremo, una antigüedad disfrazada.

La LOPS lo define como:

"El reconocimiento público, expreso y de manera individualizada, del desarrollo del profesional sanitario por lo que se refiere a los conocimientos, la experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en el cumplimiento de los objetivos asistenciales y de investigación de la organización en la que presta sus servicios".

Aunque esta definición parece clara, si utilizamos la que hace de la carrera profesional la Ley del Estatuto Marco, ésta se complica:

"El derecho del profesional a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento de su desarrollo profesional por lo que se refiere a los conocimientos, la experiencia y el cumplimiento de los objetivos de la organización en la que presta sus servicios".

Si a esto añadimos que tanto una ley como la otra introducen el concepto de progresión, cada vez se hace más difícil de diferenciar ambos conceptos.

Ante esta situación, muchos piensan que el DPC es un peldaño superior a la carrera profesional (CP). Ésta, que nació en su momento como un elemento de discriminación, se ha visto superada, lo que a pocos años de su implantación ha causado un enorme sentimiento de frustración.

Por tanto, hemos de empezar diferenciando en qué beneficia cada elemento al profesional. Si así lo entendemos, la CP, con sus niveles, repercute directamente sobre las condiciones laborales y salariales del médico, mientras que el DPC no lo hace de manera directa, aunque sí indirecta, ya que debe incorporarse como un componente en los baremos de progresión de la carrera profesional.

Así pues, la situación actual de confusión alrededor del DPC debe ser resuelta mediante la clarificación del mismo por parte de los diferentes agentes: médicos, organizaciones profesionales, sindicatos, instituciones y Administración, en aras de la mejora global del sistema sanitario, de la profesión y, por encima de todo, de la sociedad.

5. La profesión de enfermería

5.1. Evolución histórica de la profesión en España

La formación en enfermería ha sufrido una gran transformación en las últimas décadas en España, especialmente desde la integración de los estudios a la Universidad en el año 1977, pasando a una etapa de profesionalización frente a los aspectos meramente técnicos que habían dominado hasta entonces. La enfermería adopta pues un papel determinante en la atención a la salud de los ciudadanos a través de los diferentes dispositivos asistenciales, sobre todo a partir de la década de los ochenta, donde el peso curricular se desplaza desde los aspectos técnicos hacia los aspectos de práctica clínica. La docencia, la investigación y la gestión se desarrollan.

Se ponen en marcha los estudios de especialización, empezando por la Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) y la Enfermería Especialista en Salud Mental. El Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades en enfermería abre una puerta, definiendo las especialidades, que aún no ha sido una realidad en lo que concierne a la Enfermería Geriátrica, Pediátrica, de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Familiar y Comunitaria y del Trabajo, desarrolladas bajo el sistema de residencia, de forma similar a la especialización médica. La incorporación de España al espacio europeo de educación superior (EEES) y la convergencia de nuestro sistema universitario antes del 2010 abren nuevas oportunidades y reafirma este papel clave adoptando mayores competencias profesionales.

A nivel general, y también de forma específica en enfermería, el sistema europeo de créditos establecido en el año 2003 (ECTS- European Credits Transfer System), el suplemento europeo al título y la nueva estructura de los estudios con la obtención del grado y el posgrado está cambiando y cambiará la dinámica de los planes de estudios, incorporando la innovación, la formación continuada, la docencia y en definitiva, una nueva metodología docente.

La formación de Grado, ya define una orientación profesional del aprendizaje, así como las competencias tanto genéricas como específicas que debe tener todo profesional de enfermería. Paralelamente al desarrollo de este estudio de grado, la nueva regulación de los estudios universitarios en España, a nivel del posgrado, facilita el acceso de la enfermería al título de máster y con él a un desarrollo curricular completo con un acceso final a los programas de doctorado.

Esto, junto al despliegue de las titulaciones oficiales de especialidad, debe marcar un claro punto de inflexión a nivel de la profesión y así dar respuesta a una cada vez mayor complejidad de los servicios de salud y del manejo del propio paciente, adoptando un papel mucho más proactivo, evaluando, orientando y ayudando al paciente en su proceso de salud, desde el ámbito preventivo al ámbito curativo.

5.2. Las especialidades de enfermería

El Decreto 992/1987 de 3 de julio reguló la obtención del título de enfermero especialista, debido a la evolución global del propio sistema de salud. La entrada en vigor de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias supuso el inicio de una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, haciendo énfasis en su título II, en la necesidad de una nueva reglamentación de éstas, entre las que se incluyen las especialidades de Enfermería. Este sistema de especialización debe desarrollarse dentro del modelo del EEES surgido de la Declaración de Bolonia.

El RD 450/2005 de 22 de abril desarrolla las especialidades de enfermería⁴:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica

⁽⁴⁾Para su acceso se requiere previamente la posesión del título de diplomado universitario en Enfermería.

La formación del enfermero especialista se desarrolla en unidades docentes acreditadas, la mayoría de ellas de carácter multiprofesional, para la formación especializada, por el sistema de residencia. El programa formativo se desarrolla a tiempo completo durante el cual, por una parte, se recibe formación a la vez que se presta un trabajo que permite aplicar y perfeccionar los conocimientos adquiridos proporcionando a la vez una práctica profesional programada.

El acceso a la formación especializada requiere la superación de una prueba anual, única y de carácter estatal, que ordena a los aspirantes de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.

Las unidades docentes donde se desarrolla el programa formativo deben estar debidamente acreditadas.

Los programas de formación especifican los objetivos cuantitativos y cualitativos y las competencias profesionales a adquirir así como la duración de la formación.

No obstante, el mismo decreto en su disposición adicional segunda regula el acceso excepcional al título de especialista cuando se acredite el debido ejercicio profesional y se supere una prueba de evaluación de la competencia. Además, la disposición adicional tercera explicita el régimen especial de acceso al título de especialista en enfermería del trabajo de acuerdo a un ejercicio profesional mínimo en su ámbito.

La realidad es que actualmente no han podido desarrollarse de forma completa la totalidad de las especialidades. Solamente la formación especializada reglada está bien determinada en las especialidades de Matrona y Salud mental.

Por su parte, el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la salud y desarrolla diversos aspectos de la formación sanitaria especializada. En su anexo I confirma las siete especialidades ya definidas en el RD 450/2005, y reafirma la necesidad de estar en posesión de un título universitario oficial que habilite para el ejercicio en España de la profesión de enfermera como requisito indispensable para el acceso a la misma.

5.3. Competencias profesionales

La palabra *competencia* ha pasado a formar parte ineludible de las profesiones sanitarias, especialmente a nivel de la Medicina y la enfermería. Diferentes revistas nacionales e internacionales publican continuamente referencias a las competencias clínicas, del estudiante, la educación o el aprendizaje basado en competencias, acreditación, gestión o retribución de la competencia.

Definir competencia es un tema complejo. Kane, en 1992, definía a un profesional competente como:

"Aquel que utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio asociados a su profesión de forma adecuada con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica".

La competencia, pues, es saber hacer. No obstante, debe poder diferenciarse la acreditación de la demostración de la competencia, del desempeño clínico.

Desde diferentes ámbitos académicos, desde la Administración o desde los colegios profesionales se ha venido trabajando en los últimos años en la definición de las competencias de enfermería. En el año 1997, en Cataluña, el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut ya elaboró un documento de referencia en este ámbito.

Todos deberíamos estar de acuerdo en que esta definición de competencias en los planes de estudios ha modificado de forma sustancial el propio proceso docente y de aprendizaje de los alumnos, estableciendo objetivos docentes y determinando los criterios de evaluación, generando en última instancia una necesaria e inevitable renovación curricular.

Este aspecto, junto a la adaptación a las directrices de Bolonia están cambiando de forma clara el proceso de aprendizaje de enfermería, haciéndolo mucho más dinámico, participativo y corresponsable entre docente y discente. Las escuelas de enfermería, pues, deberán adaptar sus recursos para dar respuesta a este reto de formar a la enfermería que el usuario de la salud, con los profundos cambios que ha experimentado, demanda en la actualidad.

En general, las competencias requieren una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten su aplicación en diferentes circunstancias.

Las competencias en enfermería pueden agruparse en diferentes clasificaciones. Siguiendo al Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, las competencias se agrupan en:

- proceso de cuidados
- prevención y promoción de la salud
- protocolos y procedimientos
- atención a enfermos en situaciones específicas
- comunicación
- trabajo en equipo
- mantenimiento de las competencias
- ética y aspectos legales
- compromiso profesional

Siguiendo la misma fuente definiremos de forma resumida el objetivo de cada competencia:

- **Proceso de cuidados**
Objetivo: proporcionar cuidados e enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.
- **Prevención y promoción de la salud**
Objetivo: desarrollar acciones que conduzcan a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria en los diferentes ámbitos de la práctica.
- **Procedimientos y protocolos**
Objetivo: proporcionar cuidados de enfermería de forma sistematizada teniendo en cuenta la situación individual de cada usuario y haciendo énfasis en la comunicación y la información.
- **Cuidado de las personas en situaciones específicas**
Objetivo: gestionar la práctica profesional en los diferentes ámbitos y situaciones.
- **Comunicación/relación con el usuario y/o personas significativas**

Objetivo: conseguir una comunicación efectiva y establecer una relación terapéutica con el usuario.

- **Trabajo en equipo y relación interprofesional**

Objetivo: dar una atención integral y coordinada mediante el trabajo en equipo.

- **Comunicación intraprofesional**

Objetivo: garantizar la continuidad de los cuidados utilizando la comunicación formal y estructurada.

- **Mantenimiento de las competencias profesionales**

Objetivo: dar una respuesta profesional y de calidad a las diferentes situaciones de la práctica.

- **Ética, valores y aspectos legales**

Objetivo: incorporar a la práctica los principios éticos y legales que guían la profesión.

- **Implicación y compromiso profesional**

Objetivo: afirmar el compromiso profesional con la sociedad a través de la participación y la implicación

Resumen

A lo largo del módulo hemos ido explicando diferentes aspectos de la educación médica o, en general, de las ciencias de la salud. Tanto la formación de pregrado como la de posgrado han ido cambiando y se enfrentan a nuevos retos para los próximos años.

A modo de corolario, haremos una reflexión general sobre el futuro de la enseñanza de las ciencias de la salud.

La educación médica va a estar muy influenciada por el desarrollo de diferentes disciplinas o por la aparición de cambios en el mundo científico, tecnológico o social.

Por una parte tenemos el **desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación**. El acceso a gran cantidad de información, con la necesidad subsecuente de establecer estrategias de gestión del conocimiento para filtrar esta información y estar permanentemente actualizado en los últimos avances científicos, diagnósticos y terapéuticos. Además, la tecnología puesta al servicio de la Medicina, mediante alianzas estratégicas entre el sector tecnológico y el sector salud, permitirá el desarrollo de dispositivos de simulación cada vez más avanzados y más útiles para el entrenamiento de los futuros médicos y para la práctica médica o quirúrgica en sí misma.

La adaptación a las directivas comunitarias al espacio europeo de educación superior (EEES) no es un hecho ajeno a las profesiones sanitarias. Estas directivas pretenden garantizar las libertades de circulación y de prestación social, armonizando la formación en los diferentes países que componen este espacio, de manera que se posibilite el reconocimiento de los derechos académicos y profesionales que los títulos universitarios confieren. Asimismo, el EEES es una oportunidad para adecuar nuestro sistema universitario, no solamente para converger con los demás países en estos ámbitos, sino también y de manera especial para obtener una calidad suficiente de nuestros profesionales y así poder dar respuesta a las nuevas demandas sociales en la Europa del conocimiento.

En este sentido, es muy importante que todos los agentes implicados en el proceso educativo en ciencias de la salud unan sus esfuerzos con la finalidad de definir el perfil profesional del médico europeo, de forma que sea el más apropiado para las nuevas realidades sociales que nos toca y nos tocará vivir en un futuro próximo.

El **progreso científico y tecnológico** aplicado a las ciencias de la salud: la nanotecnología, la robótica, la genómica, la proteómica va a cambiar el paradigma de la propia enfermedad y de su manejo. La evolución de los métodos diagnósticos y los procedimientos terapéuticos va a incidir de forma determinante en la propia formación médica de pregrado y en la formación especializada.

De forma paralela a este avance científico, los **dilemas éticos** que pueden aparecer en campos como la Medicina regenerativa o el desarrollo de las aplicaciones genéticas conllevarán una reforma del currículo académico y un cambio en los métodos de aprendizaje, obligando a una actitud mucho más reflexiva por parte de alumnos y profesores. En la etapa profesional, esta influencia bioética estará también mucho más desarrollada.

También es muy importante hacer un esfuerzo a la hora de definir el **perfil competencial de nuestros profesionales**. La educación de pregrado ha de sentar las bases tanto para la formación especializada como para la práctica profesional a lo largo de la vida.

Estas competencias deben definirse y consensuarse. Se deben disponer los medios necesarios para su adquisición y deben poder ser evaluadas de forma objetiva y poder ser acreditadas y reacreditadas periódicamente. Los estudiantes deben saber desde el primer día lo que se espera de ellos al licenciarse. Las facultades y los cuerpos docentes deben poder asegurar la adquisición durante el período de pregrado de un núcleo común de competencias, suficientes y de calidad contrastada.

Finalmente, debe poder garantizarse la enseñanza de las ciencias de la salud como un **continuum a lo largo de la vida profesional**. Por tanto, todos los profesionales deben tener acceso a su desarrollo profesional, que les permita mejorar constantemente sus habilidades y sus conocimientos, en una palabra, actualizar continuamente sus competencias.

Todo lo anterior no será posible sin el trabajo conjunto y sin pausas de las autoridades sanitarias y las académicas. Sin una integración de la docencia teórica, la docencia práctica y de la organización de la asistencia centrada en el paciente, que actualmente no siempre es una realidad, no conseguiremos unos buenos profesionales en ciencias de la salud que puedan hacer frente a este cambio de paradigma social que tenemos por delante en las próximas décadas del siglo XXI.

