

**Aprender a ser médico:
responsabilidad social
compartida**

***Learning to
become a doctor:
Shared social
responsibility***

**Diciembre
December 2012**



Fundación
Educación Médica

Entidades auspiciadoras / Under the auspices of



Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears



Association for Medical Education in Europe



Col·legi Oficial de Metges de Barcelona



Consell de Col·legis de Metges de Catalunya



Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina



Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina



Escola de Salut Pública de Menorca



Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas



Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina



Fundació Cercle per al Coneixement



Organización Médica Colegial de España



Sociedad Española de Educación Médica



Unió Catalana d'Hospitals



Universitat de Barcelona



World Federation for Medical Education

**Aprender a ser médico:
responsabilidad social
compartida**

*Learning to
become a doctor:
Shared social
responsibility*

**Diciembre
December 2012**



Fundación
Educación Médica

© 2012, de esta edición: Fundación Educación Médica

© 2012, of this edition: *Fundación Educación Médica*

Ilustraciones / *Graphics*: Néstor Macià

Fotografía de cubierta / *Front cover photography*: Hospital Clínic

D.L.: B-5.680-2013

ISBN: 978-84-92931-27-9

PVP / *Price*: 50 €

Índice

| | |
|-----------------------|-----|
| Autores | V |
| Authors | V |
| Bajo los auspicios de | V |
| Under the auspices of | V |
| Patrocinadores | V |
| Sponsors | V |
| Agradecimientos | VII |
| Acknowledgements | VII |
| Presentación | XI |
| Foreword | XI |

APRENDER A SER MÉDICO: RESPONSABILIDAD SOCIAL COMPARTIDA **LEARNING TO BECOME A DOCTOR: SHARED SOCIAL RESPONSIBILITY**

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Responsabilidad social de las instituciones en el aprendizaje y la competencia de los médicos | 1 |
| 1. Social responsibility of the Institutions with regard to doctors' education and competencies | 75 |
| 2. Responsabilidad social, ¿de qué hablamos? | 9 |
| 2. Social responsibility. What are we talking about? | 83 |
| 3. Aprendizaje/formación de los médicos | 15 |
| 3. The education-training of doctors | 89 |
| 4. Cambio de era, cambio de paradigmas | 19 |
| 4. Change of era, change of paradigms | 93 |
| 5. El aprendizaje de un médico se desarrolla en un <i>continuum</i> | 23 |
| 5. A doctor's education takes place on a continuum | 97 |
| 6. Etapas en el aprendizaje de los médicos | 27 |
| 6. Stages in the education of doctors | 101 |



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7. Objetivos y competencias curriculares: un proceso dinámico para la mejor calidad asistencial | 31 |
| 7. Curricular goals and competencies: a dynamic process for improving the quality of healthcare | 105 |
| 8. Más allá de los contenidos y competencias curriculares tradicionales | 35 |
| 8. Beyond the traditional curricular contents and competencies | 109 |
| 9. El Sistema Nacional de Salud (SNS) y la formación de los médicos | 39 |
| 9. The Spanish Health System (SNS) and the training of doctors | 113 |
| 10. Planificación/evaluación del aprendizaje de los médicos | 43 |
| 10. Planning/Assessment of doctors' education | 117 |
| 11. De la teoría a la acción | 49 |
| 11. From theory to action | 123 |
| ANEXO ACCIONES PARA LA MEJORA DE LA FORMACIÓN Y LA COMPETENCIA DE LOS MÉDICOS | 57 |
| ANNEX ACTIONS FOR THE IMPROVEMENT OF THE COMPETENCE OF DOCTORS | 131 |
| Introducción | 58 |
| Introduction | 132 |
| 1. Instituciones del sistema educativo | 59 |
| 1. Educational System | 133 |
| 2. Instituciones del sistema sanitario | 64 |
| 2. Healthcare System | 138 |
| 3. Organizaciones profesionales médicas y biomédicas | 67 |
| 3. Professional Organisations | 141 |
| 4. Organizaciones industriales, comerciales e intermediadoras | 69 |
| 4. Industrial, Commercial and Intermediary Organisations | 143 |
| 5. Organizaciones de la ciudadanía | 71 |
| 5. Citizens' Organisations | 145 |
| Referencias / References | 147 |
| Créditos / Credits | 151 |



Autores / Authors

- Arcadi Gual Sala
- Fundación Educación Médica, FEM

Bajo los auspicios de / Under the auspices of

| | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| ACMCB | Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears |
| AMEE | Association for Medical Education in Europe |
| CCMC | Consell de Col·legis de Metges de Catalunya |
| CEEM | Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina |
| CNDME | Conferencia Nacional de Decanos de Medicina Españoles |
| COMB | Col·legi Oficial de Metges de Barcelona |
| ESPM | Escola de Salut Pública de Menorca |
| FACME | Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas |
| FEPAFEM-PAFAMS | Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina |
| OMC-CGCOM | Organización Médica Colegial-Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos |
| SEDEM | Sociedad Española de Educación Médica |
| UCH | Unió Catalana d'Hospitals |
| UB | Universitat de Barcelona |
| WFME | World Federation for Medical Education |

Las instituciones auspiciadoras reconocen el rigor y utilidad del documento sin que ello quiera decir que compartan total o parcialmente las opiniones expresadas en el mismo.

The patron institutions recognise the rigour and value of this document, although they do not necessarily agree, either fully or partially, with the opinions expressed herein.

Patrocinadores / Sponsors

Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, COMB
Almirall, SA
Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM



AGRADECIMIENTOS

El documento que se presenta no es un documento de consenso y no representa más que la opinión del autor y de la Fundación Educación Médica (FEM), que lo hace suyo. Las instituciones que lo avalan en calidad de auspiciadores reconocen el rigor del documento y la utilidad del mismo sin que ello quiera decir que compartan las opiniones que en él se expresan.

Deben referirse las diferentes fases seguidas para la redacción del trabajo en las que han sido consultados diversos expertos que han contribuido con valiosas consideraciones y aportaciones. El punto de partida fue un cuestionario de 40 preguntas abiertas distribuido en siete apartados, que fue respondido por 25 profesionales con un perfil sociolaboral variado aunque constituido en su mayoría por profesionales con desempeño de una actividad asistencial clínica. Sus opiniones permitieron captar el estado de opinión y la sensibilidad de nuestra sociedad y de alguna manera orientar la redacción de un primer borrador. La segunda fase, con un documento ya muy elaborado, consistió en una *task force* de expertos que discutió el documento y aportó sugerencias y críticas. Esta actividad se desarrolló de manera presencial en el marco de la Escuela de Salud Pública de Menorca en septiembre del 2011. La tercera y última fase, con una ya depurada versión del trabajo, se basó en pulir as-

ACKNOWLEDGEMENTS

This document is not a consensus document and only offers the opinion of the author and the *Fundación Educación Médica* (FEM), which endorses it. The institutions that give their auspices to it acknowledge the rigour of the document and its value, although this does not mean that they necessarily share the opinions expressed herein.

To start with, we should begin by mentioning the different phases that were followed in the drafting and preparation of this document, which included consultation with a number of different experts who each provided valuable insights and contributions. The starting point consisted of a questionnaire made up of 40 open-ended questions set out in seven sections, which was answered by 25 specialists from a variety of social-occupational backgrounds, although most of them were professionals working in a clinical healthcare-related activity. Their replies allowed us to capture the state of opinion and our society's awareness on the issue. To a certain extent they also guided the process of drawing up an initial draft. The second phase consisted in presenting a document that was already in an advanced stage of development to a task force of experts for them to discuss it and offer suggestions and criticism. This was carried out in a face-to-face setting at the Menorca Public Health School in September 2011.





Participantes en el Encuentro “Responsabilidad de las instituciones en la formación de los médicos” celebrado en el marco de la Escuela de Salud Pública de Menorca, 2011.

Participants in the meeting “Responsibility of institutions in the training of doctors” held as part of the School of Public Health Menorca, 2011.

Antorio Otero (1), presidente del Colegio de Médicos de Valladolid; Juan José Rodríguez Sendín (2), presidente de la Organización Médica Colegia (OMC); Juanjo Cabanillas (3), Senior Manager Patients Advocacy and Ally Development, AMGEN; Francesc Cardellac (4), decano de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona; Lucas de Toca (5), expresidente de CEEM; Ignasi Martí (6), Director de Relaciones Institucionales, Almirall; Andreu Segura (7), Director del Área de Salud Pública de l’Institut d’Estudis de Salut de la Generalitat de Catalunya; Jordi Palés (8), Fundación Educación Médica, FEM; María Nolla (9), Fundación Educación Médica, FEM; Charles Boelen (10) Co-Chair, Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools; Mireia Sans (11), vocal del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB; Lola Ruiz Iglesias (12), Responsable Health Care Strategy, Hewlett-Packard; Jordi Domínguez (13), jefe de Relaciones Institucionales, Almirall; Isabel Amo (14), gerente de Márketing Institucional, Almirall; Arcadi Gual (15), Fundación Educación Médica, FEM; Albert Oriol Bosch (16), Fundación Educación Médica, FEM; Enrique Domínguez (17), Director General en España, Almirall; Thomas Kellner (no en la fotografía), Managing Partner, AXDEV Group Inc.



pectos concretos del documento contrastándolo con la opinión individual de expertos en áreas específicas. Es un deber agradecer y reconocer las valiosas aportaciones de los participantes en cada una de las tres fases citadas en el desarrollo de este documento: cuestionario abierto, *task force* y valoración individual de expertos. Por ello, es una grata obligación incluir sus nombres en los créditos del documento.

El Col·legi de Metges de Barcelona y la Sociedad Española de Educación Médica siempre se han mostrado sensibles a las propuestas de la FEM, lo cual debe explicitarse y agradecerse.

También debe reconocerse pública y explícitamente el interés de Almirall, no sólo en su vertiente patrocinadora, sino por el interés y estímulo permanente mostrados hacia el trabajo desempeñado por la Fundación Educación Médica y por mantenerse siempre al margen de las opiniones de los expertos. Su colaboración debe entenderse como un buen ejemplo de compromiso social.

The third and last phase, now with a very refined version of the work, involved applying the finishing touches to some very specific aspects of the document by comparing it with the individual opinion of experts in specialised areas. We would like to express our gratitude for the valuable contributions made by the participants in each of the three phases in the development of this document, namely, the open-ended questionnaire, the task force and the experts' individual evaluations. It is therefore a pleasure for us to be able to include their names in the credits for the document.

The College of Physicians of Barcelona and the Spanish Society of Medical Education has always been sensitive to the FEM proposals, which must be made explicit and thank.

We should also acknowledge both publicly and explicitly the interest shown by Almirall, not only in their role as a sponsor but also for the on-going interest and encouragement shown in the work carried out by the *Fundación Educación Médica*. Their collaboration should be seen as a good example of social commitment.

Nota. En todo el documento, la palabra 'médico/s' hace referencia a todos los profesionales de la medicina; es decir, incluye las mujeres y los hombres que desarrollan esta profesión.



PRESENTACIÓN



Dr. Charles Boelen

*Co-Chair, Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools
International consultant in health systems and personnel
Former coordinator of the WHO Headquarters program of human
resources for health*

El mundo está cambiando dramáticamente como consecuencia de una combinación de factores demográficos, epidemiológicos, económicos y políticos sin precedentes que ejercen una gran influencia sobre la salud de la población. Debemos entender lo que realmente está en juego y cómo nos podemos adaptar para preservar el mayor nivel posible de salud para todos los ciudadanos en nuestra sociedad. Es necesario definir con claridad las necesidades de salud de la sociedad y los principios de responsabilidad social para asegurar que se toman acciones relevantes y eficientes sea cual sea el sistema, la organización o la institución en los que trabajemos. Si se considera que la salud es, en efecto, un estado de completo bienestar físico, mental y social, entonces debemos actuar de forma imperativa sobre todo el amplio abanico de determinantes políticos, sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud. Si se entiende que la sociedad incluye a todas las personas vinculadas por valores comunes y normas, desde una comunidad local hasta una nación entera, entonces los principales agentes implicados

FOREWORD

The world is changing dramatically as a combination of unprecedented demographic, epidemiological, economic and political factors has a major influence on people's health. We need to understand what is really at stake and how we can adapt to preserve the highest possible level of health for all citizens in our society. It is essential that societal health needs and social accountability principles be clearly defined to ensure relevant and efficient action is taken in whatever system, organization, institution we work in. If health is indeed the focus as a complete state of physical, mental and social wellbeing, then acting on the spectrum of political, economic, cultural, environmental determinants of health is imperative. If society is meant to include all people bound by common values and rules from a local community to an entire nation, then major stakeholders in the health sector should work towards the attainment of cardinal values of quality, equity, relevance and cost-effectiveness in health care. It is in reference to those core values that new roles and strategies for institutions, professionals and civil society should be designed.



deberían trabajar para conseguir los valores cardinales de calidad, equidad, relevancia y coste-efectividad en los cuidados de salud. Las nuevas funciones y estrategias de las instituciones, de los profesionales y de la sociedad civil se deben diseñar de acuerdo con estos valores nucleares.

Obviamente, debe implicarse activamente un conjunto de agentes como las autoridades políticas y reguladoras, las organizaciones profesionales, los servicios de salud, las aseguradoras sanitarias, las instituciones académicas, la industria y la sociedad civil. Pero, sobre todo, se debe estimular a los agentes antes citados para que inicien un proceso permanente de consulta con el fin de contribuir de forma importante a la mejora del rendimiento del sistema de salud. Por ejemplo, la industria farmacéutica debería diversificar su agenda para trabajar en la búsqueda de soluciones para los problemas más importantes de salud pública. Los sistemas de seguros deberían dar prioridad a los servicios de atención primaria de salud dentro de la amplia gama de sus intervenciones. Las asociaciones profesionales deberían considerar una distribución más adecuada de las funciones y las tareas de los diversos profesionales de salud. Las organizaciones sanitarias deberían estimular un proceso ininterrumpido desde la primera línea de atención sanitaria hasta la más sofisticada y la interacción entre ellas. Además, la sociedad civil y los ciudadanos deberían compartir las nuevas responsabilidades en el cuidado de su propia salud al ser más conscientes de la im-

Obviously a variety of health stakeholders, such as policy making bodies, professional associations, health service organizations, health insurance companies, academic institutions, industry and civil society, must be actively involved. Most importantly, a momentum must be created by which all above-mentioned stakeholders enter into a permanent consultative process to make a greater contribution to the overall performance of the health system. For instance, the pharmaceutical industry would diversify its agenda to work on solutions to important public health problems. Insurance schemes should privilege covering primary health care services within the wide range of their interventions. Professional associations should consider a more appropriate distribution of roles and tasks among the broad spectrum of health workers. Health organizations should encourage a seamless continuum and interaction from the first line of care onwards to the most sophisticated one. Also, civil society and citizens should share new responsibilities in protecting their own health by being made more aware of the importance of their lifestyles particularly in times of financial constraints.

Among those stakeholders, health professionals and academic institutions seem to be privileged partners to undertake a system approach for health reforms. The range of competences of health professionals needs revisiting by an in-depth analysis of current and anticipated health needs and



portancia de sus estilos de vida sobre todo en tiempos de restricciones económicas.

Entre estos agentes, los profesionales de la salud y las instituciones académicas parecen ser los más adecuados para iniciar un proceso de reformas en salud. Se deben revisar las competencias de los profesionales de la salud mediante un análisis en profundidad de las necesidades actuales de salud y las previsibles en el futuro y de los retos sociales así como de las expectativas de los pacientes y ciudadanos: por ejemplo, un enfoque más centrado en la persona requiere servicios coordinados para atender las necesidades integrales de un individuo, sobre todo en momentos en los que las enfermedades crónicas y múltiples problemas afectan a las poblaciones envejecidas. Las facultades de medicina desempeñan un papel clave en la adaptación de sus funciones educativas, de investigación y de prestación de servicios de salud a los retos del sector sanitario. Se requerirá una transformación importante para la que pueden ser útiles los principios y estrategias de responsabilidad social ejemplificados en el *Consenso global para la responsabilidad social de las escuelas de medicina*, www.healthsocialaccountability.org.

En el contexto de crisis económica y de incertidumbre política, las expectativas de los ciudadanos sólo se podrán alcanzar si cada agente de salud se hace más consciente y más responsable de las consecuencias de sus propias acciones. El punto de vista eco-

challenges in society as well as expectations of patients and citizens: for instance, a more person centered approach requires coordinated services to cater for comprehensive needs of an individual, particularly at times when chronic diseases and multiple discomfort affect aging populations. The medical school is also a key player by the adaptation of its education, research and health care delivery functions to prevailing challenges in the health sector. It will require important transformation which principles and strategies of social accountability will assist achieving, as exemplified by the *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools*, www.healthsocialaccountability.org.

In the context of economic crisis and political uncertainty, citizens' expectations can only be met if each health actor becomes more aware and accountable for the consequences of its specific deeds. The ecological viewpoint consisting to think that anyone's behavior contributes in part positively or negatively to the earth's wellbeing also applies to each health actor regarding society's health. This ethical paradigm is of utmost important for human development in the future, ethics being understood as the quality relationship with others, being individuals or entire society, and eventually the planet. Recognition of excellence should be awarded to institutions able to demonstrate their direct and indirect impact on health of the public. At national level, new norms and procedures for evaluation and accreditation



lógico, que consiste en pensar en que la conducta de cualquier persona contribuye, en parte, de forma positiva o negativa al bienestar de la Tierra, también se aplica a cada actor de la salud en relación con la salud de la sociedad. Este paradigma ético es el más importante para el desarrollo humano y se debe entender la ética como la calidad de las relaciones con otros, sean los individuos o la sociedad en su conjunto o finalmente el planeta. El reconocimiento de la excelencia se debe otorgar a las instituciones que sean capaces de demostrar su impacto directo e indirecto sobre la salud de la población. A escala nacional, se deben diseñar nuevas normas y procedimientos para la evaluación y la acreditación así como para su adecuado reconocimiento. La globalización ejemplificada por la rápida diseminación de ideas y hechos, la aspiración de una mayor transparencia y la búsqueda de los mejores servicios posibles de forma comparativa y competitiva es un reto y una oportunidad para que los agentes de salud vuelvan a examinar de forma crítica su postura y encuentren nuevas vías hacia la excelencia en el contexto de un desarrollo de la salud sostenible.

should be designed and rewards provided accordingly. Globalization, exemplified by the rapid dissemination of ideas and facts, the aspiration for greater transparency and the search for best possible services by comparison and competition, is a challenge and an opportunity for health actors to critically reexamine their position and find new pathways to excel in sustainable health development.



**RESPONSABILIDAD
SOCIAL DE LAS
INSTITUCIONES EN
EL APRENDIZAJE
Y LA COMPETENCIA
DE LOS MÉDICOS**

La primera década del segundo milenio ha sido, sin duda, la puerta de una nueva era. Superada la sociedad industrial, hemos entrado en la sociedad del conocimiento que, al paso de las tecnologías de la información y la comunicación, han globalizado el planeta. Pero, aunque podemos aceptar que el cuerpo de conocimiento está globalizado, la atención a la sa-

Los ciudadanos españoles esperamos del Gobierno y de los profesionales, conjuntamente, la continuidad y mejora de una sanidad como la que disfrutamos

lud no lo está y coexisten distintos modelos con diferentes garantías para los ciudadanos. Aunque en el planeta hay diferentes realidades respecto a la salud, los europeos en general y los españoles en particular esperamos del Gobierno y de los profesionales, conjuntamente, la continuidad y mejora permanente de una sanidad como la que

Sólo podemos disponer de aquello que podamos pagar

disfrutamos, que se valora como de alta calidad. Pero estas expectativas que unos y otros consideramos situadas en el escenario de la normalidad no se corresponden con las perspectivas que ofrece la situación real. En los países que asumieron los principios de la democracia social establecidos el siglo pasado, existe la percepción generalizada del derecho a una atención sanitaria ilimitada, con probabilidad porque así se decidió libremente en algún momento de extrema necesidad o de euforia económica irreflexiva. Sin embargo, estos gobiernos, que quieren ofrecer una sanidad del máximo nivel posible, sólo pueden ofrecer un sistema sanitario sostenible o, dicho en otras palabras, un sistema sanitario acorde con el sistema tributario. Podemos disponer de aquello que podamos pagar. De la misma manera, los médicos y otros profesionales de la salud no pueden ofrecer al ciudadano la salud ilimitada, simplemente porque no está en su mano. El médico sólo puede ofrecer un acto profesional competente, con el compromiso de anteponer los intereses del paciente a sus propios intereses, punto básico de la confianza que el paciente deposita en el médico. En conjunto, el sistema sanitario y los médicos pueden y deben ofrecer la mejor atención sanitaria posible en cada momento y en cada lugar; eso es todo lo que se puede ofrecer y el valor de esta oferta es del máximo nivel.

En este momento en el que la crisis arrecia y la sociedad exige más que nunca, sólo podemos buscar soluciones en los nuevos va-



lores, en los dominantes de la nueva era, en el conocimiento. El conocimiento que está en los libros, en la universidad o en las instituciones sólo se convierte en conocimiento útil si ha sido incorporado y es utilizado por las personas. El máximo valor del que hoy, en plena crisis económica y de valores, dispone el sistema sanitario se encuentra en los profesionales, en los médicos capaces de sustentar y transmitir los valores del sistema que se formulan en tres principios básicos: el principio de primacía de bienestar del paciente, el principio de autonomía del paciente y el principio de justicia social [1,2]. Si algo es ahora más relevante que nunca es disponer de médicos, de profesionales de la sanidad, capaces de ofrecer el acto médico más competente y comprometido posible. Disponer de estos médicos está en manos de todos los responsables de su formación.

Hace cien años, la publicación del informe Flexner [3] revolucionó la educación médica en Norteamérica y la orientó a lo largo de todo el siglo pasado. Su informe condicionó la conversión de todas las escuelas de medicina norteamericanas en facultades universitarias. Estableció que los saberes de la medicina se construían sobre las bases del conocimiento científico, lo que comportaba el desarrollo de una mente inquisitiva y una actitud mental similar a la del investigador. Estableció que estos saberes requerían además la experiencia clínica. Debido al impacto grande y prolongado que ha tenido el informe Flexner no es de extrañar que, coincidiendo con el centena-

El conocimiento sólo se convierte en conocimiento útil si ha sido incorporado y es utilizado por las personas

rio de su publicación, la Fundación Carnegie haya presentado un nuevo informe sobre el estado de la cuestión y las necesidades actuales de reforma [4]. Las reflexiones que se hacen en el nuevo informe de la Fundación Carnegie llegan a Europa cuando estamos inmersos en el proceso de Bolonia que, al abarcar el conjunto de la universidad, no excluye los estudios de medicina. Cooke et al [4] consideran que, a pesar de los múltiples avances llevados a cabo a lo largo del siglo pasado, el sistema educativo norteamericano presenta algunos puntos críticos: ser demasiado inflexible y de excesiva duración, no estar centrado en quien aprende, desconexión entre el aprendizaje del conocimiento formal y del experiencial clínico, algunas lagunas en los contenidos (salud poblacional, sistemas de salud, roles no clínicos de los médicos, valores de la profesión), falta de longitudinalidad de las experiencias clínicas fruto del contexto hospitalario en el que se producen y otros puntos críticos que no son nada ajenos a la formación de los médicos en nuestro país. Cooke et al [4] priorizan en su informe cuatro objetivos como urgencias educativas:



- La estandarización de los objetivos de aprendizaje (*outcomes*) junto a la individualización de los procesos educativos.
- La integración de la adquisición del conocimiento formal con la adquisición de la experiencia clínica.
- El desarrollo de los hábitos mentales inquisitivos y de la motivación innovadora.
- La formación de la identidad profesional.
- La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Ser médico es algo más que atender pacientes de forma efectiva

Pero, además, resulta obligada una referencia a los fines de la medicina dado que han sido muchas las voces, en su mayor parte desoídas por las instituciones educativas, que han propuesto la reorientación del fin o fines que la medicina debe perseguir. Así, el informe Hastings (2001) [5], paradigma de esta reflexión, parte de la premisa de que lo que está en juego no son sólo los medios de la medicina (tecnológicos, económicos y políticos, entre otros) sino sus fines, que concreta en cuatro:

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.

Con seguridad, el informe Hastings no aporta conceptualmente nada que no estuviera incluido en los valores del profesionalismo médico, pero se hace relevante al constatar la conducta despersonalizada actual de la atención médica en la comunidad y subrayar que ser médico es algo más que atender pacientes de forma efectiva.

Considerar los fines de la medicina desde un punto de vista diferente modifica el orden de las prioridades futuras tanto de la investigación biomédica como del diseño de los sistemas sanitarios, y muy especialmente de la formación del personal asistencial en general y de los médicos en particular. Hoy por hoy, la medicina sigue centrándose en la enfermedad, por lo que el médico sabe mucho más de enfermedad que de salud. Y de la enfermedad sabemos más sobre las patologías que interesan al mundo desarrollado que sobre las que causan mayor morbilidad en la población mundial, en una relación que fue definida por el Global Forum for Health Research [6] como del 10/90. Y, aún más, de este 10% de enfermedades prevalentes que afectan a los países desarrollados, gestionamos mejor las agudas que los procesos crónicos. Todas ellas son razones suficientes para replantear prioridades tanto en la investigación como en el diseño de siste-



mas sanitarios, sin olvidar, además, la selección [7] y formación del personal sanitario. En este sentido, ya se ha señalado la importancia que debe tener para los aspirantes a médicos el entender y captar las características sociales, ambientales y personales de los pacientes, los complejos sistemas de atención sanitaria que también se encuentran en fase de replanteamiento y los procesos biológicos básicos [7]. La comisión de 20 expertos liderados por J. Frenk [8] en el 2010 describe de manera excelente la situación actual en la que muchas de las deficiencias detectadas habrían encontrado soluciones si no fuera por el *tribalismo* de las profesiones (tendencia de las diversas profesiones para actuar aisladamente o incluso en franca competencia con las otras) y hace hincapié en la necesidad de rediseñar las estrategias institucionales de formación de los profesionales de la salud si se quiere lograr un efecto positivo en los indicadores de salud. En el trabajo, Frenk resume con gran precisión la discordancia entre los nuevos retos que la formación de profesionales de la salud tiene planteados y el anclaje del sistema educativo tradicional, aunque no todo es responsabilidad de este último, ya que el *tribalismo* profesional se ha convertido en un freno para alcanzar los objetivos de salud de la población.

Ya en 1942, Beveridge [9] señalaba, en el informe que abrió paso al concepto de seguridad social, que la enfermedad es sólo uno de los cinco demonios que debemos

Hoy por hoy, la medicina sigue centrándose en la enfermedad, por lo que el médico sabe mucho más de enfermedad que de salud

erradicar^a. Hay que tener presente que salud y bienestar son estados complejos que, en cualquier caso, no son lo opuesto a enfermedad. En modo alguno, la medicina debe apropiarse, y aún menos manipular, los conceptos de salud y bienestar que son propios del ciudadano y sobre los que éste tiene total responsabilidad.

El conocimiento, como todo, puede utilizarse bien o mal. Decidir en cada situación o momento si se utiliza bien o mal, emitir un juicio o proceder a evaluarlo requiere un patrón o sistema de comparación. La actuación de los médicos, y más propiamente su conducta, se enmarca en un sistema de valores propio de las profesiones. Sin embargo, el marco del derecho anglosajón, basado en la *common law*, no es el mismo que el continental, basado en el código napoleóni-

^a Según el informe Beveridge, los cinco demonios que debemos erradicar en una sociedad que aspira a una justicia social son *Want, Disease, Ignorance, Squalor and Idleness* (necesidad, enfermedad, ignorancia, pobreza y paro laboral).



A los miembros de la sociedad democrática actual no les basta con ser sujetos pasivos, sujetos a la norma, y están capacitados para ejercer sus responsabilidades

co^b. España y otros países de cultura latina se sienten cómodos con la ley, con la norma y la normativización, y en el ámbito médico la normativización se concreta en el código deontológico. Pero la cultura anglosajona cada vez más dominante en el ámbito biosanitario, abierta a conjugar el binomio libertad individual y responsabilidad social, ha generado múltiples mensajes que han ido calando y transformando proposiciones que hasta hace muy poco eran impensables en nuestro entorno cultural, no sólo en el médico sino en el de toda la sociedad. Puesto que a los miembros de la sociedad demo-

crática actual no les basta con ser sujetos pasivos, sujetos a la norma y están capacitados para ejercer sus responsabilidades, los códigos de conducta de los médicos habrán de incorporar el concepto de responsabilidad social, que naturalmente va mucho más allá del ámbito sanitario.

El que hayamos entrado en una nueva era implica que todo debe revisarse y, además, debe hacerse incorporando el principio del ahorro, o al menos de la relación coste/efectividad, dado que la coyuntura socioeconómica nos persuade a ser conscientes de la escasez de los recursos o, aún mejor, de su limitación. Las instituciones implicadas en el binomio aprendizaje-formación de los profesionales sanitarios y consolidadas a día de hoy –universidades, instituciones sanitarias, centros de formación, colegios profesionales, sociedades científicas y academias, administraciones sanitarias– seguirán siendo útiles en tanto que sean capaces de introducir, asumiéndolos, los cambios y modificaciones que a su nivel les corresponda. Hay ocasiones en las que valdría la pena limitarse a observar y adaptar lo que hacen otras instituciones en otras latitudes. Un ejemplo concreto es el documento denominado *Tomorrow's Doctors* [10] que elaboró el General Medical Council del Reino Unido en 1993. Este documento estableció los conocimientos, habilidades y conductas que los estudiantes de medicina deben aprender y demostrar para graduarse en las facultades de medicina del Reino Unido. Desde su primera publicación, el

^b El derecho en el continente europeo se basa en un código (el napoleónico, 1804), mientras que en los territorios anglosajones, desde la época medieval, el derecho se basa en la jurisprudencia. En el derecho continental, la ley es la máxima emanación normativa, se basa en el principio de legalidad y el juez es el ejecutor de la ley y no puede apartarse de ella. En el derecho anglosajón, la ley es uno de los componentes que forman la common law (tradición, derecho natural y ley), se basa en la *rule of law* (*rule of law not of men*) y el juez es quien interpreta la *common law*.



Tomorrow's Doctors ha sido revisado ya en dos ocasiones y la última modificación data del 2009. Esta versión se ha adaptado a los cambios del país introduciendo modificaciones importantes que, para las facultades y los estudiantes, entraron en vigor el curso 2011-2012.

El presente documento aprovecha la oportunidad de la crisis de valores para dar valor a una reflexión que posiblemente muchos se han planteado: considerar si todas y cada una de las instituciones, que en alguna medida y en algún momento tienen responsabilidades en el aprendizaje, formación y mantenimiento de la competencia de los médicos, han incorporado en sus misiones y en su práctica el concepto de responsabilidad social o sencillamente si actualizan, al paso de los cambios sociales, su misión institucional y los procesos para alcanzar sus objetivos. Parece adecuado precisar que el binomio aprender-enseñar, a todas luces indisoluble, tiene dos claros componentes que pueden visualizarse bajo dos perspectivas, la del que aprende y la del que enseña. Ante esta disyuntiva, más académica que real, se ha tomado partido por la primera con la intención de poner en el centro del proceso al alumno en lugar de al maestro. Por ello, a lo largo del trabajo se utiliza preferentemente el término aprender en lugar de enseñar o procesos de aprendizaje en lugar de procesos de formación. Debemos entender que el concepto de responsabilidad social en la sociedad española es relativamente nuevo y es probable que los líderes

Las instituciones implicadas en el binomio aprendizaje-formación de los profesionales sanitarios seguirán siendo útiles en tanto que sean capaces de introducir, asumiéndolos, los cambios que a su nivel les corresponda

de las diferentes instituciones implicados en la formación médica no lo tengan como guía en el diseño de sus planes operativos. Por ello, en el marco del profesionalismo, habrá que esforzarse por iniciar la formación de la responsabilidad social tanto en el grado^c como en la formación especializada y el desarrollo profesional continuo (DPC).

En el anexo del documento se tratan una serie de acciones concretas, posiblemente urgentes, que afectan a las diferentes organizaciones implicadas en facilitar el aprendizaje de los médicos. No son recomendaciones a seguir, sino acciones sobre las cuales

^c En España, tras la reforma de Bolonia, el antiguo nivel universitario de licenciatura (seis años) se ha transformado inicialmente en el nivel de grado y, en la actualidad, en el equivalente a grado y máster simultáneamente.



cada institución debería considerar, si no lo ha hecho ya, si su compromiso con la responsabilidad social las convierte en prioritarias en este momento. Todas las instituciones implicadas y responsables del aprendizaje y la competencia de los médicos tienen capacidad para analizar en pro-

fundidad las acciones y los cambios que han de adoptar. Si es el caso, la aportación más interesante de este documento es haber considerado a todos los agentes en su globalidad y haberlos vinculado a través de una red, que sin duda debe calificarse de red de conocimiento.





**RESPONSABILIDAD
SOCIAL, ¿DE QUÉ
HABLAMOS?**

Hace 17 años, Boelen y Heck [11] publicaron bajo los auspicios de la OMS un documento titulado *Defining and Measuring the Social accountability of Medical Schools*. Se puede asegurar, pues, que hablar de responsabilidad social en la formación de los médicos es un tema actual y de interés pero no particularmente novedoso. En dicho trabajo, se constataba que en aquel momento la sociedad del área de influencia anglosajona buscaba con insistencia cómo dar mayor valor a la inversión en la atención sanitaria y, como conse-

instrumento práctico para medir el equilibrio entre los objetivos de las facultades y los objetivos del sistema sanitario, basándose en objetivar el equilibrio entre la pertinencia, la calidad, el coste-efectividad y la equidad.

En nuestro país, y en el entorno de formación que nos incumbe, no caló el espíritu de dicho trabajo [11] ni de otros [12,13] que le sucedieron y hasta hace poco tiempo no se han puesto sobre la mesa de la formación médica conceptos como *accountability*, compromiso social o gobernanza de las instituciones [14-16], conceptos importados de otros sectores industriales y productivos. La publicación en el año 2010 de la norma internacional ISO 26000 [17] sobre responsabilidad social permite fijar unos parámetros y estándares que, sin duda, al establecer un marco de referencia, son de utilidad en el campo de la formación de los médicos.

Hablar de responsabilidad social en la formación de los médicos es un tema actual y de interés pero no particularmente novedoso

cuencia, se deducía que las instituciones tendrían que demostrar su progreso en abordar cuestiones de responsabilidad social. Como las facultades de medicina, a quien se dirigía el trabajo, condicionan al sistema sanitario tanto como el sistema sanitario las condiciona a ellas, se insistía en que debían estar preparadas y disponer de los instrumentos para evaluar objetivamente su progreso en la responsabilidad social. Para este cometido, el trabajo proponía un

Según la norma internacional ISO 26000, la responsabilidad social es la responsabilidad de una organización o institución ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en su entorno, la sociedad y el medio ambiente, mediante un comportamiento ético y transparente que:

- i. Contribuya al desarrollo sostenible, incluyendo la salud y el bienestar de la sociedad.
- ii. Tome en consideración las expectativas de las partes interesadas.
- iii. Cumpla la legislación aplicable y sea



- coherente con la normativa internacional de comportamiento.
- iv. Esté integrada en toda la organización y se lleve a la práctica en sus relaciones.

No debemos olvidar que, entre otras, son características esenciales de la responsabilidad social la voluntad de que la institución incorpore consideraciones sociales y ambientales en su toma de decisiones, así como rendir cuentas por los impactos de sus decisiones y actividades en la sociedad. También supone que la responsabilidad social esté integrada en toda la institución, se exprese en sus actividades y tenga en cuenta los intereses de las partes implicadas. No olvidemos que la responsabilidad social es dinámica y refleja la evolución de las inquietudes sociales, ambientales y económicas y, por lo tanto, es más que probable que en el futuro surjan o se prioricen nuevos aspectos que interesen a la sociedad o que desaparezcan otros que hoy se entienden como prioritarios.

Responsabilidad social implica no tan sólo respeto y acatamiento a la legalidad y el cumplimiento de las obligaciones vinculantes, sino que también supone en muchas ocasiones ir más allá del cumplimiento estricto de la legislación, así como el reconocimiento de obligaciones no legalmente vinculantes. La responsabilidad social de una corporación va más allá del concepto de calidad, a la que por supuesto no renunciamos en nuestro intento de disponer de buenos médicos. Responsabilidad social

implica, además de calidad, compromiso con la sociedad, con el doliente, con la profesión, con la institución y el empleador, con el equipo de trabajo y con uno mismo.

La responsabilidad social es dinámica y refleja la evolución de las inquietudes sociales, ambientales y económicas

Una organización que aborda sus actividades ejerciendo la responsabilidad social maximiza su contribución al desarrollo sostenible. La tabla 1 muestra la relación de principios básicos que, según la norma ISO 26000, deben respetar las organizaciones en el marco de su compromiso social.

En la formación de los médicos, participan diferentes organizaciones, públicas y privadas, en las que la aplicación de estos principios básicos es claramente pertinente.

La responsabilidad social de una corporación va más allá del concepto de calidad



TABLA 1. Principios básicos de responsabilidad social según la norma ISO 26000 (2010)

| |
|-----------------------------------------------------------|
| 1. Rendición de cuentas |
| 2. Transparencia |
| 3. Comportamiento ético |
| 4. Respeto a los intereses de las partes interesadas |
| 5. Respeto al principio de legalidad |
| 6. Respeto a la normativa internacional de comportamiento |
| 7. Respeto a los derechos humanos |

La gobernanza es el factor más importante para hacer que una organización se responsabilice del impacto de sus decisiones y actividades y, por tanto, es el factor clave para integrar la responsabilidad social en la organización

Pero si ya resulta difícil consensuar los principios básicos de la responsabilidad social, aún es más complejo plasmar estos principios en acciones concretas, acciones medibles o cuantificables, que se correspondan con actuaciones prácticas de las diferentes instituciones involucradas en la formación de los médicos. Una vez más, la ISO 26000 nos propone un marco de referencia que agrupa siete materias fundamentales (Figura 1). Estas materias no son más que aspectos operativos aplicables con mayor o menor pertinencia por las diferentes instituciones en la formación de los médicos. Las acciones sobre estas materias se deben relacionar con las prácticas propias que la organización identifique. De entre estas materias, y por su carácter central respecto a las demás, cabe destacar la gobernanza, entendida como el sistema por el cual una organización toma e implementa decisiones para lograr sus objetivos. La gobernanza es, sin duda, el factor más importante para conseguir que una organización se responsabilice del impacto de sus decisiones y actividades y, por lo tanto, es el factor clave para integrar la responsabilidad social en la organización. Tal como muestra la figura 1, estas materias son interdependientes, por lo que las debemos entender como un todo, con un carácter holístico, representado por el hexágono que las incluye a todas. El abordaje holístico de las materias puede implicar ceder en unos aspectos respecto a otros, aunque las mejoras concretas en un asunto específico no deben comprometer negativamente a otros ni modificar la cadena de valor.



FIGURA 1. Áreas o campos de la responsabilidad social de una institución/organización; cada una de las siete incluye diferentes aspectos o subáreas. Modificado de la ISO 26000 (2010).



Es necesario que los responsables de la formación de los médicos estén lo más cerca posible del producto final, los médicos, y, en sentido amplio, de la ciudadanía en general y conozcan las necesidades del ejercicio profesional en los detalles más operativos y particulares, que son los que primero percibe el ciudadano. Si esto no es así, el

médico estará alejado de los requerimientos sociales y posiblemente más cercano a intereses corporativos con muy incierto futuro. Por todo ello, los principios de responsabilidad social deberían estar incorporados en las competencias y éstas deberían ser formuladas o reformuladas en consecuencia.

A large, light-colored number '3' is centered on the page, serving as a background element. The text is positioned to the right of the number.

**APRENDIZAJE/
FORMACIÓN
DE LOS MÉDICOS**

Desde el momento en el que alguien decide hacerse médico debería saber que el principal responsable de su formación es él mismo. Quien quiera ser médico debe aprender la profesión de médico y, para ello, dispone de diferentes instituciones que le facilitarán en los diferentes períodos de su vida profesional los conocimientos y los procesos, los instrumentos y las técnicas y las actitudes y los valores que le permitirán ser un profesional competente. Pero esta responsabilidad indi-

¿Quién y cómo garantiza a la ciudadanía la adecuada competencia de sus médicos?

vidual en el aprendizaje, que se debe promover de forma permanente, tiene unos compañeros de viaje que asumen a lo largo del desarrollo profesional del médico diferentes protagonismos. Son corresponsables del aprendizaje de los médicos todos aquellos que en algún grado ayudan a la adquisición y al desarrollo de la competencia profesional de los médicos y que, como consecuencia, permiten al ciudadano disponer del profesional médico más competente posible en un contexto y momento determinados.

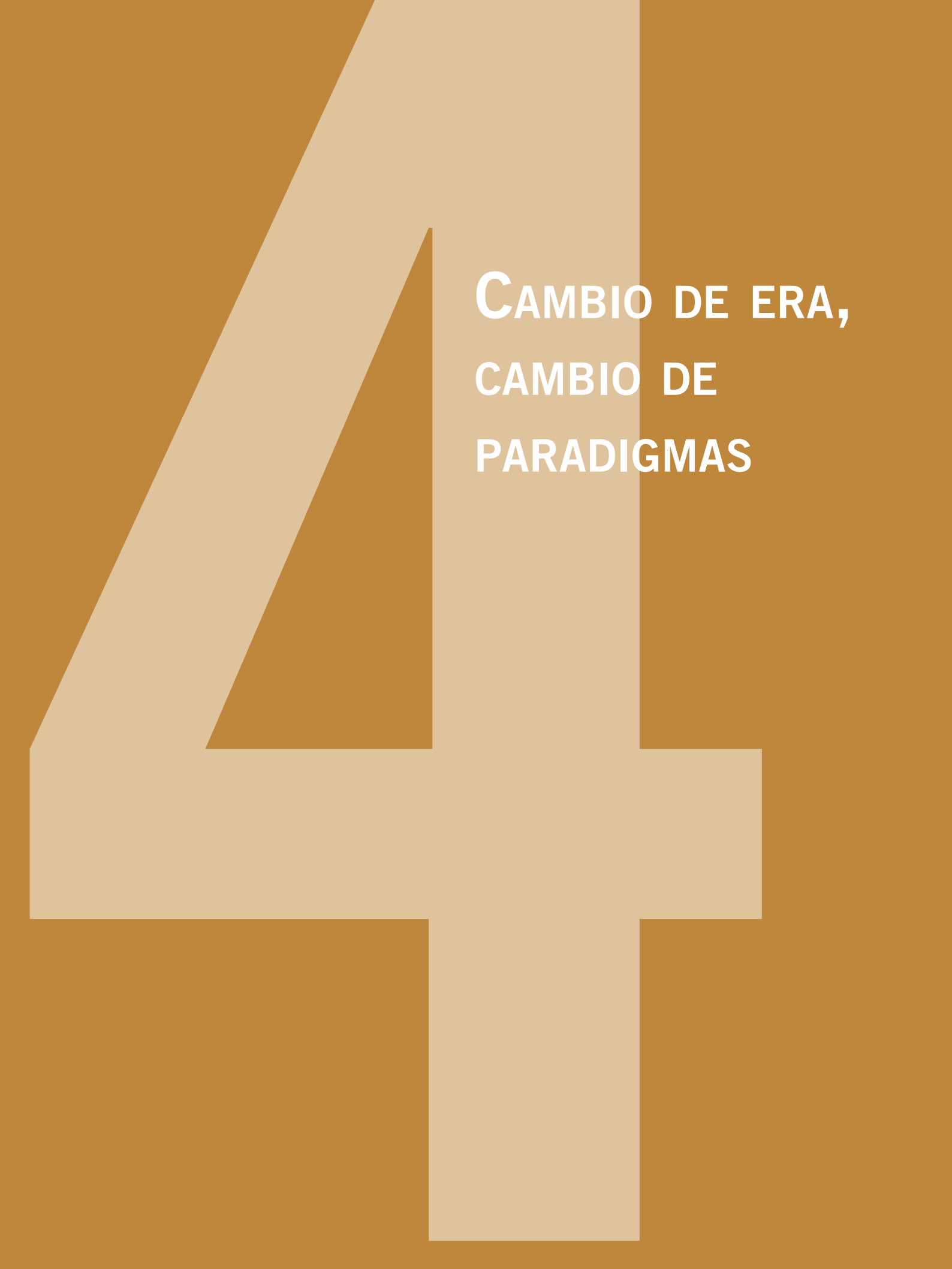
Este documento se centra en el aprendizaje de los médicos y, más concretamente, en los compañeros de viaje responsables de facilitarles el aprendizaje de su profesión y, por lo tanto, de robustecer la calidad de la formación médica. El análisis del aprendizaje, la formación y la competencia de los profesionales de la salud no puede considerarse en abstracto, ya que debe contextualizarse en relación con la estructura concreta de cada sistema sanitario. A pesar de tener presente esta dificultad, se intentarán eludir las bondades o defectos de cada sistema sanitario, intentando centrar el problema en un elemento esencial y común a todos como es la competencia del profesional [18]. La competencia, derivada de un permanente proceso de aprendizaje/evaluación, permite reformular la cuestión desde la óptica de los *outcomes* [19] –resultados obtenidos–, sin duda más sencilla y de gran actualidad en el área de la educación médica. Asegurar la calidad permanente del desarrollo formativo requiere sobre todo que los procesos de evaluación/acreditación se lleven a cabo de forma periódica y permitan introducir con regularidad mejoras en el sistema. Así, dando por supuesto que cualquier sistema sanitario tiene establecidos mecanismos y garantías de calidad, la pregunta concreta que debemos plantearnos es ¿quién y cómo garantiza a la ciudadanía la adecuada competencia de sus médicos? Es evidente que los actores son diversos y que a lo largo del continuo educativo las responsabilidades están repartidas. Cada institución debe asumir las suyas y muy especialmente debe hacerlo



por su responsabilidad con la sociedad. Por esta responsabilidad social, cada institución garante de la calidad del acto médico debe actuar sin esperar posibles normativas o regulaciones. Es más, si cada institución cum-

pliera con sus responsabilidades no sólo no sería necesario que la Administración regulase sobre la cuestión, sino que se podrían arbitrar desregulaciones que disminuyesen solapamientos y burocracia.





**CAMBIO DE ERA,
CAMBIO DE
PARADIGMAS**

Antes de emprender cualquier análisis sobre quiénes son los responsables y cuáles son sus responsabilidades en el aprendizaje y competencia de los médicos, es necesario considerar una serie de cambios sociales y económicos que han dibujado un nuevo horizonte que, con la globalización, es más amplio que nunca (Tabla 2).

Los cambios que la sociedad demanda sobre la medicina afectan a la formación de los médicos

TABLA 2. Cambios socioeconómicos condicionantes de las competencias exigibles a los médicos.

- en los fines de la medicina
- demográficos
- epidemiológicos
- organizativos
- tecnológicos
- en la gestión de los recursos (limitados)

Debemos ser conscientes de que los planteamientos teóricos y nuestra capacidad de análisis no son suficientes para anticiparnos a los cambios y a los problemas que éstos generan y de que no tenemos capacidad operativa para resolverlos. Independientemente de barreras geográficas o políticas, la medicina del siglo XXI mira a la enfermedad con otros ojos y aspira a evolucionar ampliando el horizonte de sus fines. Los cambios que la sociedad demanda sobre la medicina afectan, como ya se ha reconocido, a la enseñanza de la misma [20]. La medicina tendrá que ser moderada y prudente, asequible y económicamente sostenible, justa y equitativa. La medicina se centrará antes en el paciente que en la enfermedad y respetará las opciones y la dignidad de las personas.

Si queremos facilitar la formación de médicos útiles a la sociedad, habrá que tener en cuenta los cambios demográficos generales de la población (aumento total de población, cambios en la distribución geográfica, aumento de edad de la pirámide poblacional), así como los cambios en la demografía sanitaria (feminización, aparición de nuevas profesiones sanitarias). La transformación de la enfermería, profesión que ha emergido como tal en el siglo XX, y su reciente incorporación al nivel académico de grado^d son

^d La adaptación de la universidad española a Bolonia ha comportado, entre otros cambios, la transformación de diferentes estudios; así, la antigua Diplomatura de Enfermería (tres años) se ha transformado en Grado de Enfermería (cuatro años).



motivo de reflexión especialmente en lo que respecta a la formación de los médicos. Las nuevas competencias del grado permitirán a la enfermería compartir áreas asistenciales que hasta la fecha eran propias de la profesión médica. Esta cuestión es relevante, pues los médicos tienen la ocasión de formarse, hacerse competentes, en disciplinas vírgenes y así ejercer en nuevos espacios profesionales en lugar de sentir y discutir la cesión a la enfermería de espacios que hasta ahora les eran propios.

Otros cambios importantes pueden observarse respecto a la epidemiología, con la aparición de nuevas enfermedades y la desaparición de otras, o la irrupción de nuevos abordajes terapéuticos, no sólo por la aparición de nuevos fármacos sino también por la existencia de nuevas técnicas o estrategias (cirugía mínimamente invasiva, terapia molecular, genética molecular). Como consecuencia de los cambios demográficos y terapéuticos, alcanza nombre propio la primacía de las enfermedades crónicas [21] y ya se ha planteado que éstas requieren una revisión de la formación clínica [22].

Los cambios organizativos, debidos en parte a los avances técnicos como las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), han permitido disminuir en tiempo y en coste el acceso a la información y han acelerado la globalización. La medicina de familia debe considerarse como un elemento fundamental en los cambios organizativos de las estructuras sanitarias, al conver-

La enfermería compartirá áreas competenciales que hasta la fecha eran propias de los médicos, lo que permitirá a los médicos desarrollar nuevas competencias

tirse no sólo en puerta de entrada y posible derivación del paciente sino por ser el enlace natural del paciente con el sistema sanitario.

No son menos relevantes los cambios en la relación médico-paciente, de modo que ahora el manejo de la enfermedad es un acto compartido. El paciente está mejor informado y teóricamente debe estar en mejores condiciones de aceptar su responsabilidad en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas. Sin embargo, son muchos los estudios que ponen en evidencia las dificultades de los ciudadanos/pacientes de entender cuanto está en su entorno para la toma de buenas decisiones referentes a su salud, lo que se conoce como alfabetización en salud o *health literacy* [23]. En este sentido, han tomado protagonismo, y deberán ejercerlo aún más, las asociaciones de pacientes al haber emergido como un actor relevante en la gestión de las políticas de salud.



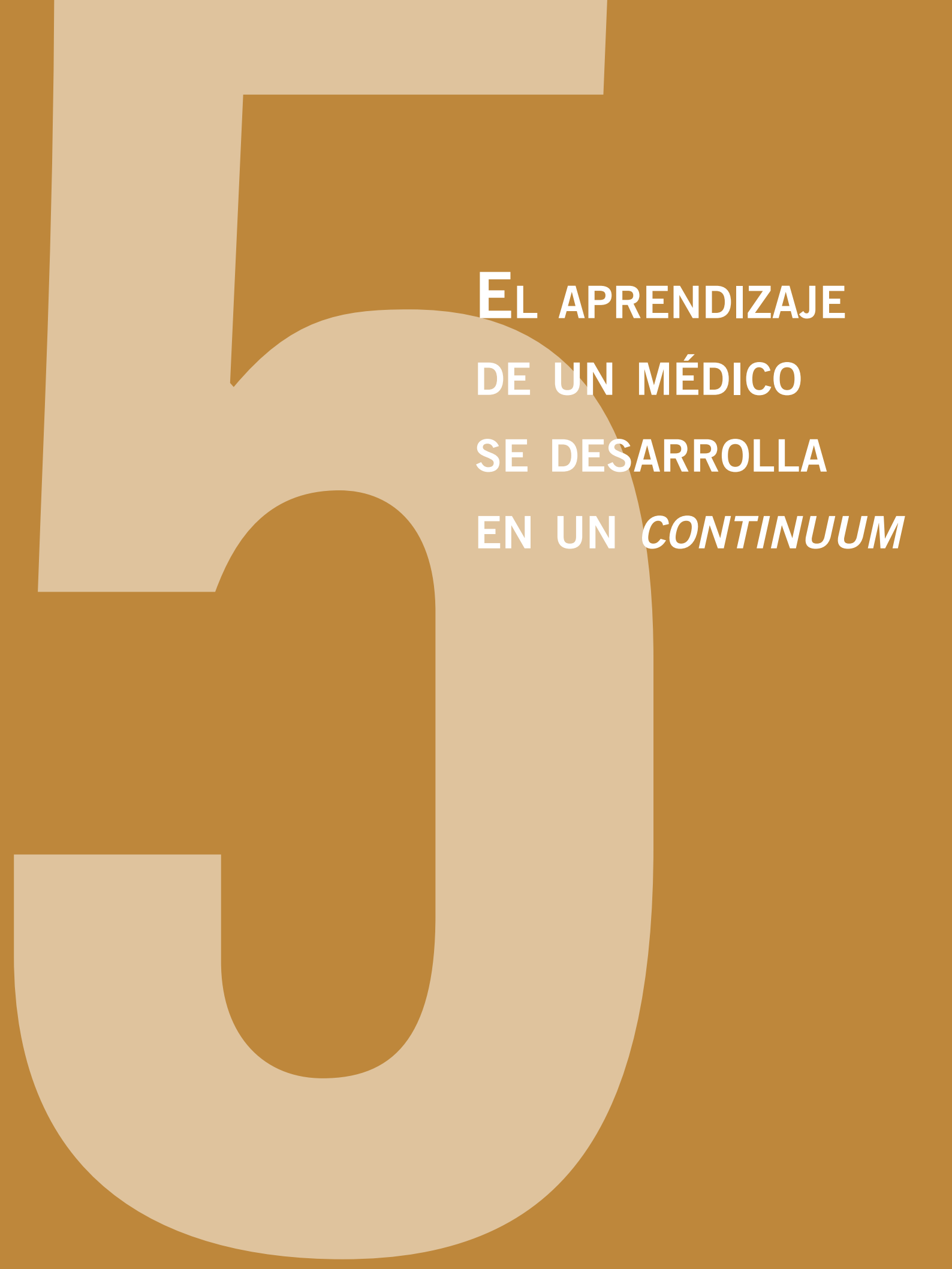
Una competencia del médico es ser gestor de los recursos recordando dos principios:
i) el saco tiene fondo, y
ii) lo que se gasta para una cosa impide gastarlo en otra

También se han producido avances tecnológicos que cambian el tipo de atención médica, como por ejemplo la cirugía mayor ambulatoria. Finalmente, debemos conside-

rar con gran atención una de las competencias profesionales de los médicos, la gestión clínica. Las circunstancias han puesto de manifiesto que una de las competencias del médico es ser gestor de los recursos y que éstos, tanto en tiempos de bonanza económica como ahora en tiempos de crisis, son limitados. Los dos principios son muy sencillos, *i) el saco tiene fondo y ii) lo que se gasta para una cosa impide gastarlo en otra.*

Para el médico, es un acto profesional relevante el saber priorizar los recursos y presupuestos de los que dispone y que, en general, realiza con escasos o nulos conocimientos para una gestión eficiente de los mismos. Por ello, estos aspectos deben formar parte de su formación.



A large, light-colored number '5' is positioned on the left side of the page, serving as a background element. The text is centered on the right side of the page.

**EL APRENDIZAJE
DE UN MÉDICO
SE DESARROLLA
EN UN *CONTINUUM***

Revisar la formación académica universitaria de los médicos para obtener el grado no es el objeto único ni principal de este documento. Esta etapa educativa no es sino una parte del tiempo de aprendizaje, sólo seis años, aunque sin duda muy relevante no sólo por establecer la base de futuros aprendizajes sino por las fisuras o carencias que pueden condicionar las próximas etapas. El aprendizaje del mé-

por las universidades con sus facultades de medicina (Tabla 3), contribuyen en diferentes grados de participación y de responsabilidad al aprendizaje de los médicos.

Paradójicamente, este *continuum*, que no es discutible y que en ningún momento ha sido discutido, está lejos de ser una realidad. Si revisamos lo acontecido en los últimos cinco años, encontraremos un buen número de instituciones, expertos, mesas redondas y otras actividades que han reclamado la importancia del continuo educativo de la formación médica o lo que debería ser el desarrollo profesional. Sin embargo, el aprendizaje de los médicos está estructurado en tres segmentos, que son el grado, la formación especializada y el DPC y la formación continua (FC), que establecen pocos lazos de interconexión, por no decir que en múltiples ocasiones son verdaderos compartimentos estancos. Además, cada uno de estos tres compartimentos se identifican con nombres propios que les proporcionan una pseudopertenencia: el grado es propiedad en exclusiva de la universidad, la formación especializada lo es de las instituciones sanitarias acreditadas para la docencia y el DPC y la FC son propiedad de una caja negra de dueño incierto. Se apunta como principal responsable de esta incomunicación a la Administración, dada su lenta capacidad normativa y legislativa. Pero señalar a la Administración como único responsable es una manera fácil y engañosa de esconder la realidad. Nadie impide establecer programas y objetivos conjuntos

El grado-máster es propiedad de la universidad, la formación especializada lo es de las instituciones sanitarias acreditadas para la docencia y el DPC y la FC son propiedad de una caja negra de dueño incierto

dico clínico se lleva a cabo en un continuo que empieza en la facultad de medicina y no tiene fin. Ya se ha señalado la importancia conceptual de que el primer responsable del aprendizaje sea el propio médico, pero a lo largo de los diferentes períodos de su desarrollo profesional se encontrará arropado por varias instituciones entre cuyas misiones está facilitar el aprendizaje de los profesionales. Estas instituciones, encabezadas



TABLA 3. Instituciones/organizaciones españolas implicadas en la formación médica.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Instituciones del sistema educativo |
| 1.1. Formación de grado-máster, doctorado y posgrado (universidades y administraciones de educación y de sanidad ^e) |
| 1.2. Formación de especialistas (instituciones asistenciales, administraciones, CNECS, unidades docentes, jefes de estudio, tutores y otras) |
| 1.3. Formación para el DPC y la FC (proveedores, gestores e intermediarios) |
| 2. Instituciones del sistema sanitario |
| 2.1. Empleadores/patronales proveedoras de servicios asistenciales |
| 2.2. Órganos financiadores y reguladores de la formación médica (administraciones central y autonómicas y entidades de derecho público) |
| 3. Organizaciones profesionales médicas y biomédicas |
| 3.1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), colegios oficiales de médicos y otros colegios |
| 3.2. Sociedades/instituciones científicas |
| 4. Organizaciones industriales, comerciales e intermediadoras |
| 4.1. Industria farmacéutica, biotecnológica, de equipamientos tecnológicos y TIC |
| 4.2. Organizaciones comerciales/intermediadoras (MEC) ^f |
| 5. Organizaciones de la ciudadanía |
| 5.1. Asociaciones de ciudadanos y pacientes |
| 5.2. Redes sociales |

^e Aunque diferentes administraciones sanitarias han preferido ostentar el término 'salud' en lugar del término 'sanidad', en el presente trabajo se utiliza el segundo para evitar demagogias.

^f El término MEC o MECs procede de *medical education companies* y agrupa a todo tipo de organizaciones comerciales o industriales relacionadas con la provisión de formación médica. En los Estados Unidos, están reconocidas y sometidas a procesos de acreditación por ACCME si quieren dar créditos para la recertificación profesional mientras que en Europa las MEC están siendo objeto de discusión en la actualidad.



TABLA 4. Marco de competencias necesarias para la práctica médica según el CanMEDS.

| |
|---------------------------------------------------|
| ▪ experto |
| ▪ comunicador |
| ▪ colaborador |
| ▪ gestor |
| ▪ defensor de la salud (<i>health advocate</i>) |
| ▪ académico (<i>scholar</i>) |
| ▪ profesional |

El CanMEDS se refiere al experto como al que es competente en la clínica o, dicho de otro modo, una competencia *sine qua non* del buen médico es ser clínicamente competente. Pero, para ser clínico competente, habrá de poseer las otras seis competencias.

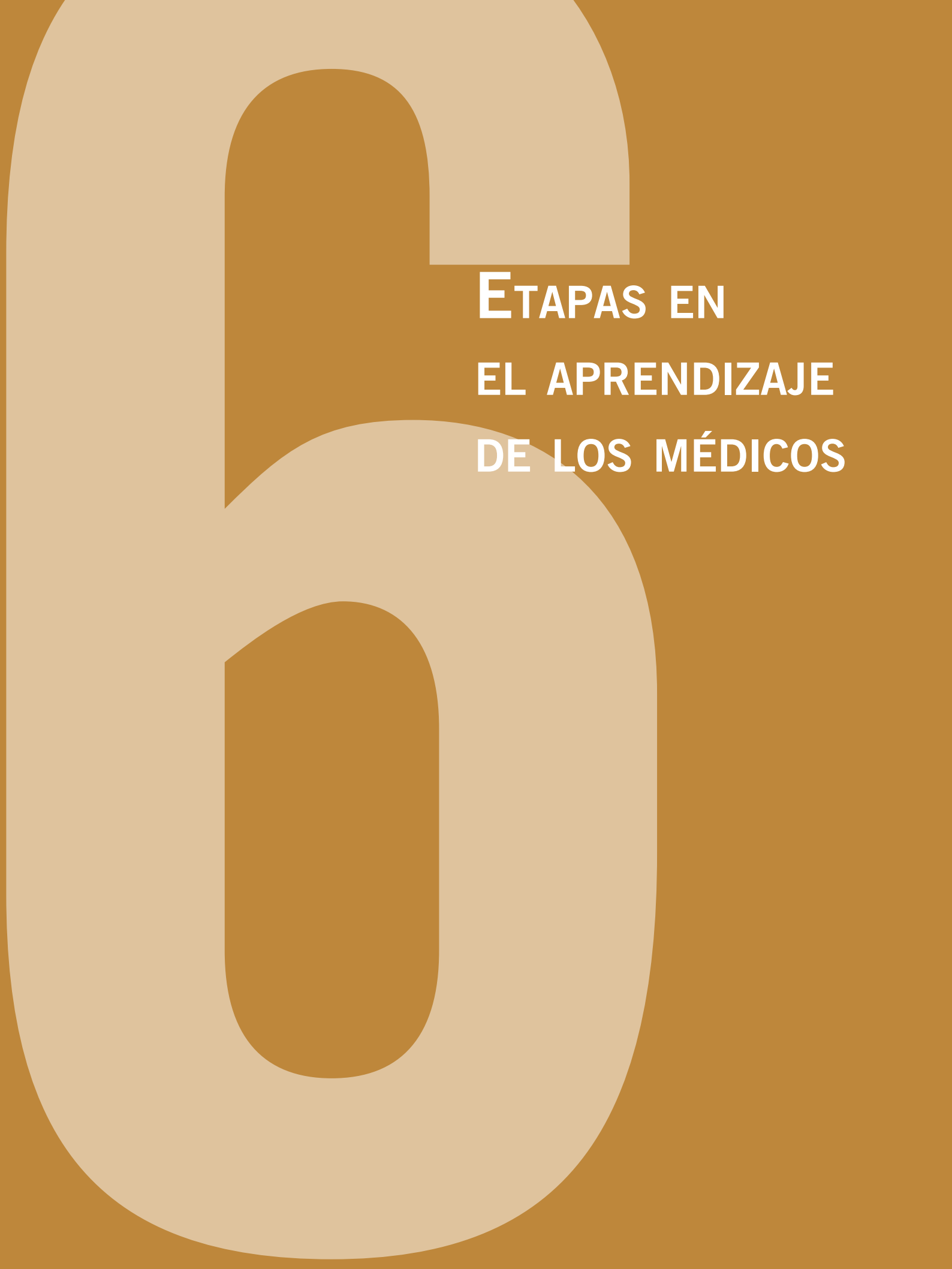
a instituciones implicadas en segmentos consecutivos de la formación médica, que, de

hacerlo, podrían desarrollar su actividad casi sin solución de continuidad.

Pero el *continuum* no es una quimera. Disponemos de numerosos ejemplos en diferentes países. Entre otros, destaca como modelo de planificación estructurada del *continuum* formativo del médico el programa canadiense auspiciado por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, conocido bajo el nombre de CanMEDS [24]. Este programa define el marco de competencias necesarias para la práctica médica (Tabla 4) y, basándose en estas competencias, articula la formación necesaria para la mejora de la asistencia.

El programa CanMEDS se ha desarrollado durante más de veinte años a partir de las experiencias y necesidades de los ciudadanos y pacientes. Las funciones básicas definidas por el CanMEDS se han convertido, tanto en el Canadá como en el ámbito internacional, en estándares del arte de la medicina y son un marco de referencia para el desarrollo profesional, la FC y su evaluación.



A large, light-colored number '6' is centered on a dark orange background. The number is composed of two rounded shapes: a top loop and a bottom loop, both with rounded ends. The text is positioned to the right of the top loop.

**ÉTAPAS EN
EL APRENDIZAJE
DE LOS MÉDICOS**

Es clásica, pero sigue siendo útil, la división del aprendizaje de los médicos en tres períodos, el grado, la formación especializada y el DPC, período en el cual la FC representa un elemento relevante (Tabla 5).

Sin embargo, como ya se ha señalado al hablar del continuo, uno de los problemas notorios en la formación de los médicos es la falta de puentes entre estos tres compartimentos anclados cada uno en estructuras de gobernanza muy diferentes. Entre la or-

TABLA 5. Períodos en el aprendizaje de los médicos en España.^g

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Formación académica</p> <hr/> <p>a. grado-máster</p> <hr/> <p>b. doctorado</p> <hr/> <p>c. otros grados o maestrías</p> <hr/> <p>d. otros diplomas académicos (actividades de posgrado)</p> <hr/> | <p>3. Desarrollo profesional continuo (DPC)/ formación continua (FC)</p> <hr/> <p>a. diplomas de formación reglada</p> <ul style="list-style-type: none"> • diplomas de acreditación • diplomas de acreditación avanzada <hr/> <p>b. reconocimiento de otras actividades formativas</p> <hr/> <p>c. reacreditaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • recolección^h (valores profesionales, competencias genéricas) • recertificación (competencias específicas y DPC) <hr/> |
| <p>2. Formación especializada</p> <hr/> <p>a. especialidad médica oficial</p> <hr/> <p>b. áreas de capacitación específica (ACE)</p> <hr/> | |

^g La nomenclatura utilizada en España puede inducir a confusión en otros países o latitudes. Así, debemos entender que, 1. En España, el título de grado en medicina es el equivalente al de médico, licenciado en medicina o graduado en medicina (MD) de otros países o continentes. 2. El grado de maestría es equivalente a un posgrado universitario (en América Latina) o a estudios diferentes a la actividad médica (salud pública, administración de empresas, investigación clínica, entre otros). 3. El criterio para otorgar diplomas o certificados varía en los diferentes países. 4. En general, debe entenderse que los profesionales se certifican, mientras que las instituciones, los programas o los centros de investigación se acreditan. 5. De igual modo, los profesionales se recertifican. 6. El concepto de validación significa que una calificación profesional obtenida en un país/región es aceptada (validada) como tal en otra.

^h En España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha desarrollado un proceso voluntario de recolección denominado validación periódica de la colegiación (VPC).



ganización de las estructuras sanitarias, la cultura anglosajona nos brinda varios ejemplos de lo que ellos denominan *joint committees*¹ (comisiones o comités conjuntos o mixtos). Su funcionamiento y frutos son laudables y su misión es precisamente enlazar diferentes instituciones u organismos relacionados con los médicos, con su formación o con su competencia. Establecer diferentes comités o comisiones conjuntas (como universidad-colegios, colegios-sociedades científicas, CNECS-CNDFM) no sólo no es una carga de gran coste sino que no requiere ninguna formulación oficial en los boletines oficiales del Estado o de las comunidades autónomas.

La credibilidad y aceptación de este tipo de estructura, comité conjunto o comisión mix-

¹ Comisión mixta, o conjunta, es el término que define a un comité con miembros de más de una organización.

Los comités conjuntos implicados en la formación médica tienen como misión enlazar diferentes instituciones y organismos y deben ganarse la credibilidad mediante su compromiso y agilidad

ta, no debe llegar vía administrativa a través de una nueva regulación, sino por el compromiso explícito de las instituciones implicadas para adaptarse, permanentemente, a una gestión impecable, con un funcionamiento ético y con responsabilidad social.

**OBJETIVOS
Y COMPETENCIAS
CURRICULARES:
UN PROCESO
DINÁMICO PARA
LA MEJOR CALIDAD
ASISTENCIAL**

Varias instituciones de prestigio internacional han definido objetivos y estándares del aprendizaje/formación de los médicos. En el 2002, lo hizo el IIME [25] de Nueva York y, en el 2003, se publicó la trilogía de la WFME [26-28], que abarca las tres etapas, el grado, la especialidad médica y la FC, aunque no especifican las competencias profesionales. En los Estados Unidos (EE. UU.), diferentes instituciones¹ han definido las competencias que se deben mostrar al final de cada etapa y se utilizan como marco de referen-

embargo, es oportuno introducir para su discusión ciertos elementos generales relacionados directamente con los objetivos y las competencias curriculares, válidos para cualquiera de las tres etapas de aprendizaje/formación o, incluso mejor, para el *continuum* formativo.

Desde una visión histórica del aprendizaje de la medicina, se podría decir que durante mucho tiempo las ciencias morfológicas han sido la puerta de entrada a su estudio. Pero ni las ciencias morfológicas son hoy la primera puerta de la medicina ni la puerta actual lo será mañana. Esta consideración introduce el concepto de que tanto los objetivos que pretende cubrir la formación médica como las competencias que se deben mostrar al final de cada etapa no son inmutables sino que deben estar adaptados a las necesidades finales, que no son otras que la mejor calidad de la asistencia prestada a los pacientes.

En los últimos años, hemos intensificado el interés por las competencias transversales o genéricas sin que ello haya ido en perjuicio de las competencias específicas. Las habilidades de comunicación, la informática, los idiomas, la empatía profesional, el pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre y muchas otras competencias genéricas o transversales nos servirían de ejemplo para poner de relieve su trascendencia creciente. Van der Vleuten [29] ha puesto de manifiesto que, como cualquier otra competencia, las competencias genéricas o transversales, a efectos de evaluación, también

En los últimos años, hemos intensificado el interés por las competencias genéricas o transversales sin que ello haya ido en perjuicio de las competencias específicas

cia para la certificación y recertificación de sus respectivos profesionales. En cualquier caso, este trabajo ni pretende ni debe revisar los contenidos y las competencias del aprendizaje/formación de los médicos. Sin

¹ Ved las competencias definidas por la Association of American Medical Colleges (AAMC), la American Board of Medical Specialties (ABMS) y el Liaison Committee for Graduate Medical Education (LCGME).



son específicas de contexto y, además, ha mostrado que, cuando aparecen problemas en la práctica clínica, estas competencias son precisamente las que están juego. En otro trabajo, Meng [30] muestra como el éxito en el mercado laboral está más determinado por las competencias genéricas que por las específicas y, por ello, es un deber inexcusable potenciar el desarrollo y aprendizaje de las competencias genéricas. Todas las competencias genéricas se pueden aprender o mejorar. Ni el saber patinar ni la empatía profesional son dones. Cada una de ellas es una habilidad sobre la que se puede tener mayor o menor capacidad de ejecución pero, en cualquier caso, se puede aprender y, sin duda, se puede mejorar.

No podemos discutir la importancia de las diferentes competencias genéricas, lo que sin duda merecería un estudio pormenorizado. Sin embargo, merece la pena que se exponga la trascendencia de alguna de ellas a modo de ejemplo. Para ello, nos puede servir un reciente trabajo de The King's Fund [31], donde se expone la capacidad de liderazgo como competencia clave para la mejora de la atención médica. En el capítulo 1.3 (ved la tabla 1), se han referido las diferentes transformaciones sociales que nos han llevado a un cambio de paradigma en la atención sanitaria, en cómo los pacientes quieren ser atendidos y en cómo los médicos han de atender a sus pacientes. ¿Puede el sistema sanitario asumir estos cambios sin los líderes necesarios para dirigir los procesos de cambio? Pretender que los diferentes profesionales

implicados en la sanidad, competentes en sus respectivas áreas de conocimiento, incluidos los médicos, puedan asumir los cambios que requieren los nuevos paradigmas sin ninguna formación específica y muy especialmente sin formación en liderazgo no es más que una quimera. En este sentido, el mencionado trabajo de The King's Fund propone unas recomendaciones al National Health Service (NHS) del Reino Unido que, probablemente, son generalizables en su mayoría. En su opinión, el NHS debería activar con urgencia acciones de formación en:

- habilidades básicas de gestión (gestión de proyectos, conocimiento financiero y mejora de procesos);
- habilidades básicas de liderazgo (capacidad de incidir, involucrar, tomar decisiones, informar al equipo, ejecutar una tarea, dar retroalimentación, crear redes);
- la mejor comprensión de todo el sistema/organización para apreciar no sólo el propio trabajo (del médico) sino cómo funciona la globalidad del proceso asistencial;
- la gestión de los actos profesionales básicos y la identificación de talentos.


La capacidad de liderazgo es una competencia clave para la mejora de la atención médica



No debemos extrañarnos si en los EE. UU. y algunos países europeos encontramos esta competencia, la capacidad de liderazgo, incluida en los programas de diferentes especialidades y sociedades científicas. Sin embargo, la realidad actual en las instituciones educativas españolas que nos encontramos a lo largo del *continuum* no incide lo suficiente en esta competencia ni en muchas otras competencias genéricas.

En cuanto a las competencias específicas, también están sometidas a los mismos procesos de cambio en función de las necesidades. La diferencia con las competencias genéricas es que la necesidad de cambio o de actualización es más evidente y, por lo tanto, la inclusión o exclusión de objetivos y competencias es fácilmente aceptada tanto por docentes como por discentes.





**MÁS ALLÁ DE
LOS CONTENIDOS
Y COMPETENCIAS
CURRICULARES
TRADICIONALES**

El apartado anterior expone la necesidad de una permanente actualización tanto de los objetivos curriculares como de las competencias que adquirir o mantener en cada etapa profesional, pero se necesita una reflexión que vaya más allá de la actualización permanente de los contenidos y competencias del médico. Se trata de visualizar qué otros campos de formación necesitará el médico del futuro. Habrá que asu-

Habrá que asumir el riesgo de predecir qué áreas de conocimiento que aún no han sido priorizadas hasta ahora serán imprescindibles para el ejercicio profesional del médico del futuro

mir el riesgo de predecir qué áreas de conocimiento, que no han sido priorizadas hasta ahora o que lo han sido muy superficialmente, serán imprescindibles para el ejercicio profesional del médico del futuro. Las instituciones/organizaciones que facilitan/proveen la formación de los médicos deben ahondar en esta reflexión y expandir los contenidos y competencias de los médicos hacia otras fronteras, otros campos y otras áreas de conocimiento más allá de las tradicionales.

Para reflexionar sobre ello, nos valdrán dos ejemplos muy diferentes, la alfabetización en salud (*health literacy*) y el del área de las ciencias cognitivas. Son dos ejemplos de fácil comprensión y aceptación dado que voces autorizadas han alertado de su necesidad y han mostrado su carencia en la formación de los médicos. Estos dos ejemplos deben despertar la alerta de que los contenidos curriculares tradicionales no bastan para el médico del futuro y nos deben estimular en la búsqueda prospectiva de otras áreas que debemos incorporar en la formación médica.

Se ha definido la alfabetización en salud como la capacidad de los pacientes para procesar y entender toda la información de salud que se les proporciona para que puedan tomar las decisiones más apropiadas para su salud [23]. La alfabetización en salud es un concepto dinámico, una interacción entre dos elementos, el sistema y el ciudadano/paciente. Lo que atañe considerar en este trabajo es el papel del médico, como elemento relevante del sistema, en la alfabetización en salud. Las instituciones responsables de la formación médica deberán considerar qué formación, qué habilidades y actitudes del médico facilitan y mejoran la interacción entre las partes. La Harvard School of Public Health ha desarrollado un departamento^k pensado para los profesionales de la salud y la educación

^k Página web de The Harvard School of Public Health: Health Literacy Studies, disponible en <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>. Fecha de acceso: 23 de agosto de 2012.



interesados en la *health literacy* o alfabetización en salud.

El área de las ciencias cognitivas permite plantear dos cuestiones: ¿saben los médicos cómo piensan los médicos? y ¿conocen los médicos qué errores cometen sus procesos cognitivos? La trascendencia de estas dos preguntas es clara: cuanto mejor se conozcan los procesos del razonamiento (clínico), mejor será el diagnóstico y se cometerán menos errores.

Un tipo de aprendizaje fundamental en el proceso de convertirse en médico es el aprendizaje a partir de la experiencia. Para que éste se produzca, la experiencia por sí sola no es suficiente. Este tipo de aprendizaje se produce si, después de la experiencia, existe reflexión [32]. De hecho, la capacidad reflexiva y el razonamiento en la resolución de problemas clínicos representan el núcleo fundamental de la competencia clínica. La reflexión se está identificando cada vez más como un componente clave del profesionalismo médico [33]. Es un proceso que capacita a los médicos para determinar sus acciones, revisar críticamente estas acciones y actuar a partir de los resultados para el mejor interés del cliente o paciente. La reflexión es un proceso metacognitivo que crea una mayor comprensión tanto de uno mismo como de la situación, por lo que las acciones futuras pueden basarse en esta comprensión [34]. Se trata de un proceso nuclear en el desarrollo profesional. Dado que los estudiantes no adoptan hábitos de

¿Saben los médicos cómo piensan los médicos?

aprendizaje reflexivo de forma espontánea, es claramente relevante incorporar estas prácticas en todos los niveles educativos

La preparación del médico en las ciencias cognitivas es, cuando menos, muy superficial, por lo que es necesario incorporarlas con mayor extensión y profundidad en su formación [35]. Este ejemplo del área de las ciencias cognitivas permite, desde el punto de vista pragmático, considerar dos vertientes. La primera son las ventajas que el dominio de los mecanismos fisiológicos de cómo se procesa el pensamiento y de cómo se usa la memoria, pueden reportar al médico en su actividad clínica y en especial al diagnóstico clínico. Por otra parte, recordemos que el razonamiento del experto no es igual que el del aprendiz, por lo que debemos inferir que el razonamiento clínico sufre modificaciones desde que el estudiante inicia sus estudios de medicina hasta su actividad como profesional sénior experto. El profesional novel utiliza fundamentalmente como proceso de razonamiento frente a un problema, un diagnóstico, el método hipotético-deductivo. Sin embargo, el experto es capaz de cortocircuitar mediante atajos (*shortcuts*) el método hipotético-deductivo y utilizar otros

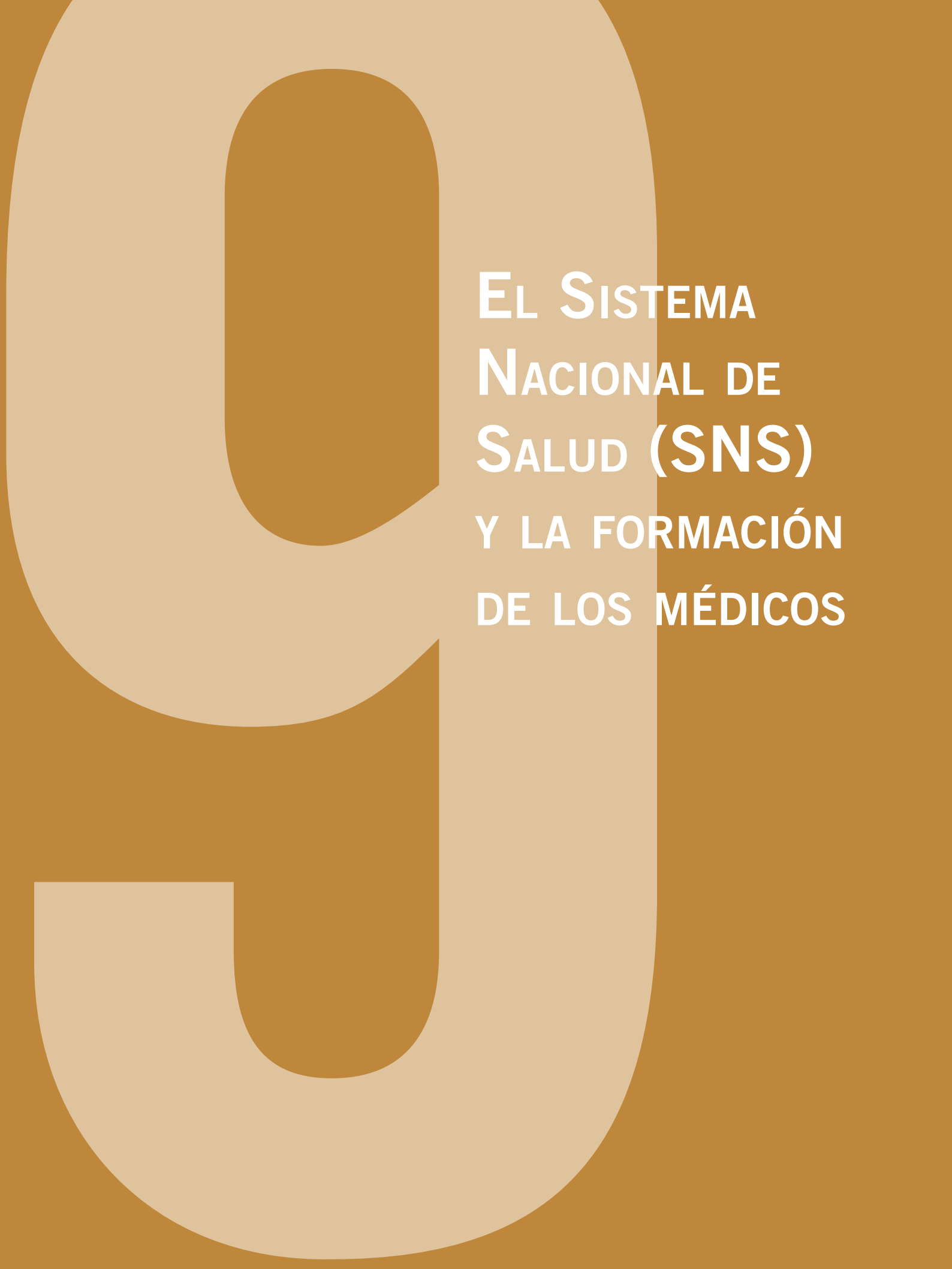


Es necesario hacer competentes a los médicos en áreas de conocimiento no tradicionales o habituales en los contenidos curriculares

procesos de razonamiento como el reconocimiento de patrones. Estas alternativas permiten acelerar la solución del problema, el diagnóstico, y liberar espacio neuronal para la percepción y manejo de un mayor número de elementos, hecho que caracteriza a los expertos [36-38].

Sin embargo y en contraposición a los *shortcuts* nos encontramos con la segunda cuestión que debemos considerar y que es la aparición de los sesgos cognitivos y las rutinas cuyo desconocimiento puede, con frecuencia, ser una fuente de errores médicos. Damos por sabido que el error médico es multifactorial y el razonamiento clínico es sólo uno de estos factores. Pero lo que estamos introduciendo en este apartado y con este ejemplo es la necesidad de hacer competentes a los médicos en áreas de conocimiento no tradicionales o habituales en los contenidos curriculares. Como se dispone de amplia información sobre los sesgos cognitivos [39,40], es deducible que una mayor preparación en los procesos de razonamiento evitaría o minoraría sesgos propios del clínico experto.



A large, stylized number '9' is the central graphic element. It is rendered in a light beige color against a dark orange background. The '9' is composed of a top loop and a bottom loop, with a vertical stem connecting them. The top loop is open on the right side, and the bottom loop is open on the left side. The text is positioned to the right of the top loop of the '9'.

**EL SISTEMA
NACIONAL DE
SALUD (SNS)
Y LA FORMACIÓN
DE LOS MÉDICOS**

Al ser el sistema sanitario un elemento inspirador y definidor del tipo de médico que se requiere, es forzoso tenerlo en mente a pesar de ya haber señalado antes que esta dificultad se evitaría en la medida de lo posible centrando el problema en las competencias. Varias preguntas nos pueden ilustrar la problemática que genera la estructura del SNS y que condiciona la formación de los médicos. ¿Cómo es la estructura funcional, la real, de nuestro SNS? ¿Son equiparables las instituciones proveedoras de la atención sanitaria

en las diferentes comunidades autónomas? ¿Las estructuras de atención primaria y de atención hospitalaria están en equilibrio? ¿Se apoya el sistema más en la primera que en la segunda o viceversa? Si se habla de las estructuras de primaria y de las estructuras terciarias, ¿se presupone que existen estructuras secundarias o intermedias? ¿Debe existir este tipo de atención secundaria o intermedia? Los recursos humanos de la atención primaria, además de otros profesionales no médicos, están constituidos por los médicos de familia y los pediatras, pero ¿deben existir otros especialistas en la atención primaria? Al margen del médico de familia y del pediatra, ¿es irremediable que el resto de especialistas sean, desde el momento en el que obtienen la especialidad, médicos asistenciales propios de las estructuras terciarias? Y la salud pública, ¿debe estar más presente en las estructuras asistenciales? ¿Debe considerarse que es una especialidad clínica?

Con un planteamiento pragmático, la estructura del SNS (Tabla 6) muestra disfunciones entre las tareas que el SNS demanda y la capacitación de los profesionales. Uno de los puntos más complejos viene representado por la intersección entre la atención primaria y la atención hospitalaria. En la práctica, en algunas tareas, no está bien definido, ni mucho menos resuelto, el límite competencial del médico especialista en medicina familiar y comunitaria o del pediatra con la competencia de otros especialistas. Otra formulación del mismo proble-

TABLA 6. Niveles funcionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

| |
|-----------------------------------|
| 1. Atención primaria |
| 2. Atención hospitalaria |
| 3. Salud mental |
| 4. Salud pública |
| 5. Sistemas intermedios |
| a. de primaria/extrahospitalarios |
| b. de hospital (no terciario) |
| 6. Atención sociosanitaria |
| 7. Otros niveles asistenciales |



ma es si, además del médico de familia y el pediatra, debe haber o no especialistas cuya responsabilidad y actividad laboral se encuentre fundamentalmente en la atención primaria y, por lo tanto, su lugar natural de ejercicio no sea el hospital. En la práctica, el nivel intermedio entre la atención primaria y la terciaria ha sido ocupado en unas ocasiones por el médico de familia, en otras por la atención hospitalaria y en un buen número de casos por un refuerzo laboral contratado *ad hoc*, que no pertenece a ninguno de los dos colectivos pero que sobre todo no siente como suyo el paciente al que asiste y sobre el que informa. Seguramente, el problema organizativo puede resolverse de diferentes maneras, pero sea cual fuere la solución en este punto, hay un problema previo relacionado con la definición de competencias y con la estructura de formación de los médicos: cómo y para qué se les forma.

Tal como se indicará en el apartado sobre planificación de la formación de los médicos, un correcto proceso de planificación debe ir desde lo que se persigue, cubrir las necesidades de la población, hasta los contenidos formativos más básicos, el contenido curricular. Así pues, no es de extrañar que la formación especializada condicione la formación de grado; en todo caso, lo que sorprende es que los responsables del grado se quejen de ello. ¿Y qué o quién condiciona la formación especializada y el desarrollo profesional? No nos engañemos, el mercado laboral define el producto que requiere y, al definirlo, no sólo lo condiciona sino

que considera lícito intervenir directamente en la formación del profesional. En este sentido, con frecuencia la influencia del empleador debe calificarse de excesivamente intervencionista, ya que genera una perversión en el sistema tanto más grave cuanto que en la mayoría de las ocasiones el empleador es la propia Administración. No es una acusación gratuita, sino la constatación de que en la última década la Administración, además de empleador, ejerce en muchas ocasiones de formador y siempre de regulador. Por ello, y para evitar ser juez y parte, han de establecerse mecanismos transparentes y separados para cada una de las funciones y delegar en organismos técnicos todo aquello cuya gestión pueda ser ejercida fuera de la Administración. En los países

En muchas ocasiones, la Administración ejerce de empleador y formador, pero siempre ejerce de regulador. Para evitar ser juez y parte, han de establecerse mecanismos transparentes y separados para cada una de las funciones



con cultura democrática, nadie debería cuestionar estructuras técnicas con capacidad de adaptar soluciones al posibilismo, simultáneamente a captar la aceptación tanto social como profesional. La Administración tiene la *potestas*¹ del derecho romano a la que no debe renunciar, pero debe utilizar para el buen gobierno la *auctoritas*^m allí donde se encuentre.

El corolario que se desprende de este apartado, que como se ha dicho no pretende analizar las bondades de los sistemas sa-

nitarios, no es otro que suscitar la necesidad de actualizar, por un lado, el sistema sanitario con nuevos ejes de centralidad (el paciente, la enfermedad crónica u otros) y, por el otro lado, la formación de los profesionales que han de trabajar en el mismo. En otras palabras, una reorganización del sistema sanitario conlleva la necesidad de formar profesionales con nuevas competencias. Los profesionales que tenemos hoy en día pueden y deben ser útiles en un nuevo escenario, pero para ello deben aprender el nuevo papel que deberán interpretar.

¹ En derecho romano, se entiende por *potestas* el poder socialmente reconocido. Ostenta la *potestas* aquella autoridad, en el sentido moderno de la palabra, que tiene capacidad legal para hacer cumplir su decisión. El concepto se contrapone al *auctoritas* o saber socialmente reconocido.

^m Ostenta la *auctoritas* aquella personalidad o institución que tiene capacidad moral para emitir una opinión cuali-

ficada sobre una decisión. Si bien dicha decisión no es vinculante legalmente, ni puede ser impuesta, tiene un valor de índole moral muy fuerte. En realidad, el término es intraducible y la palabra castellana 'autoridad' apenas es una sombra del verdadero significado de la palabra latina. El concepto se contrapone al de *potestas* o poder socialmente reconocido.



10

**PLANIFICACIÓN/
EVALUACIÓN DEL
APRENDIZAJE
DE LOS MÉDICOS**

La planificación tiene dos vertientes, la cualitativa y la cuantitativa. En nuestro caso, la planificación de los médicos consiste en saber el qué, las características necesarias de los médicos para cubrir las necesidades, y el cuánto, el número de médicos que se requiere para ello. En los Estados Unidos, se ha avanzado en definir los perfiles profesionales que se quieren o se necesitan, es decir, las competencias, a través de un acto colaborativo con las asociaciones profesionales, que están en mejor

El proceso de planificar es inseparable del de evaluar

condición de definir los aspectos no cognitivos. Sin embargo, en España, los avances que han de calificarse de positivos han sido muy teóricos con una repercusión insuficiente en los programas formativos. En otro lugar que no éste, se debería abordar la otra cuestión, la cuantitativa, con criterios de planificación nacional y no de constricciones presupuestarias o políticas cuando no oportunistas. Finalmente, se debe recordar que el proceso de planificar es inseparable del de evaluar. La evaluación no se improvisa *a posteriori* sino que debe estar prevista de antemano.

Así pues, como cualquier otro proceso, la formación de médicos se debe planificar y

evaluar con un control de calidad elemental. Estos dos procesos, el de planificar la tipología de médicos que se requiere y el de la evaluación del producto resultante, siguen una estructura paralela y muy similar, representada en el círculo PER de la figura 2. Sin embargo, planificar y evaluar muestran características que no siempre se tienen en cuenta. La primera diferencia es que la planificación es un proceso previo al de la evaluación. La segunda característica diferencial, también sustancial, se refiere a que la planificación discurre de lo general a lo particular, de la ciudadanía al aprendiz, mientras que los procesos de evaluación discurren en sentido inverso, esto es, de lo particular a lo general, del aprendiz a la ciudadanía. Finalmente, hay una tercera cuestión relevante, que es el *feedback* o información que proporciona la evaluación. Esta información es el elemento clave para, si fuera el caso, modificar o introducir mejoras en la planificación. Por desgracia, el *feedback* no siempre se utiliza de forma adecuada, ya que se infravalora su capacidad de mejora cuando no se desprecian sus posibilidades.

Evaluarⁿ es un constructo de diferentes componentes de los que destacaríamos tres: *i*) recoger información (medir), *ii*) formular un juicio de valor en relación con estándares previamente definidos, y *iii*) tomar deci-

ⁿ Existe una extensa bibliografía al respecto, por ejemplo, R. Tyler (1950), Cronbach (1963), Tenbrink (1981) y De la Orden (1987).



FIGURA 2. Círculo PER (1. planificar, 2. evaluar y 3. retroalimentar) de la formación de los profesionales de las ciencias de la salud.



siones con vistas a la mejora. Si no se dan estos requisitos no estamos evaluando. Así pues, si pretendemos evaluar la formación de los médicos a través de la competencia profesional, es necesario medir el acto médico, emitir el juicio sobre si es o no el ade-

cuado o pertinente en relación con estándares definidos y adoptar las medidas necesarias en el caso de que el juicio no fuera favorable. Estas medidas no han de ser otras que activar la formación *ad hoc* para que el próximo acto profesional del médico

La planificación:

- i) es un proceso previo al de la evaluación,
- ii) discurre de lo general a lo particular, mientras que la evaluación discurre de lo particular a lo general

se ajuste a un juicio favorable. El fin último de la evaluación de la competencia del médico no es otro que asegurar al ciudadano que recibe la atención adecuada.

Debe deducirse que la evaluación del acto médico aporta una efectividad doble, primero es útil para el médico, ya que recibe

La evaluación del acto médico aporta dos utilidades: para el médico, ya que le indica su nivel competencial, y para el paciente, ya que le garantiza una asistencia de calidad

una información que le indica dónde se encuentra su nivel competencial y, en función de dicho nivel, cuál debe ser su programa formativo, el *remedial*,^o que debe realizar a partir de ese momento; y, en segundo lugar, para el paciente, ya que se le garantiza que la asistencia que recibe tiene una calidad contrastada. La calidad del acto médico no es separable de la evaluación de la competencia, que debe ser exigida tanto por el ciudadano como por el médico. En un sistema sanitario complejo como el nuestro, el médico ejerce mayoritariamente en una organización y en un puesto de trabajo para el que se exigen unas competencias determinadas. Esta exigencia del puesto de trabajo, del perfil que requiere el empleador, no sólo no debe interpretarse como una traba más para el profesional, sino como una guía para indicar el mejor desarrollo profesional. Así, el profesional y el ciudadano sabrán qué competencias tiene el profesional y quién vela por ellas (Tabla 7).

En 1990, Miller [41] formuló el esquema para evaluar la competencia clínica en cuatro eslabones. Esta propuesta se conoce como pirámide de Miller y ha alcanzado una merecida popularidad. En el círculo PER de la figura 2, podemos observar que los niveles 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 se corresponden con los cuatro niveles de la pirámide de evaluación de Miller. Sin embargo, el círcu-

^o El diccionario Merriam-Webster define *remedial* como “concerned with the correction of faulty study habits and the raising of a pupil’s general competence”.



TABLA 7. Credenciales competenciales reguladoras (explícitas y tácitas) y sus gestores en España.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Títulos profesionales | Administraciones (<i>educación/sanidad</i>) |
| <ul style="list-style-type: none"> • licenciatura/grado/máster/doctorado | |
| <ul style="list-style-type: none"> • especialidad/áreas de capacitación específica (ACE) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • diplomas de acreditación (DA) y diplomas de acreditación avanzada (DAA) | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Códigos profesionales y estándares competenciales | colegios de médicos/SSCC (<i>nacionales/internacionales</i>) |
| <ul style="list-style-type: none"> • código deontológico | |
| <ul style="list-style-type: none"> • valores profesionales (profesionalismo) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • competencias profesionales | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Mantenimiento/renovación de competencias | |
| <ul style="list-style-type: none"> • genéricas o transversales | colegios de médicos/SSCC (<i>procesos de recolección</i>) |
| <ul style="list-style-type: none"> • específicas (de especialidad) | SSCC/colegios de médicos (<i>procesos de recertificación</i>) |
| <ul style="list-style-type: none"> • perfil del puesto de trabajo | empleador |

lo PER es más complejo, ya que, a diferencia de la pirámide de Miller, que incluía sólo el verbo evaluar, incluye tres verbos: planificar, evaluar y retroalimentar. El círculo PER debe entenderse como un todo y es fundamental para su comprensión tener presente, primero, que la planificación precede a la

evaluación y, segundo, que la planificación empieza en niveles superiores a los cuatro escalones de la pirámide convencional de Miller.

Las credenciales relacionadas con los médicos y la profesión médica son instrumentos que permiten objetivar y dar fe de unos



conocimientos o unas competencias que capacitan para un desempeño concreto. Los organismos responsables de otorgar las credenciales difieren en los diferentes países.

La tabla 7 muestra diferentes credenciales o códigos relacionados con los médicos en España y las instituciones u organizaciones responsables de los mismos.





**DE LA TEORÍA
A LA ACCIÓN**

En el apartado “Cambio de era, cambio de paradigmas” (ved el punto 1.4), se ha abordado cómo, adentrados ya en el siglo XXI y condicionados por diferentes tipos de cambios, demográficos, epidemiológicos, organizativos, tecnológicos, de gestión e incluso de los propios fines de la medicina, han aparecido nuevos paradigmas en diferentes áreas. No son menores otros cambios sociales (individuo/familia)

La sociedad, cada vez más protagonista e informada, exige una nueva forma de entender la salud, por lo que es necesario formar médicos con nuevas competencias adecuadas a los cambios

o económicos (abundancia/carencia), que en poco tiempo han transformado un entorno que considerábamos seguro en uno nuevo con un horizonte lleno de incertidumbres. La sociedad, que está viendo languidecer el estado del bienestar, reclama una nueva forma de vida que, además, es cada vez más larga, y en la que la salud adquiere una dimensión que va más allá de la de no estar enfermo. Como la sociedad, cada vez más protagonista e informada, exi-

ge una nueva forma de vivir y de entender la salud, es necesario una nueva estructura sanitaria y, para conseguirlo, también requerimos una nueva formación de los médicos, nuevas competencias por desarrollar, adecuadas a los cambios. En la nueva estructura, el médico será un elemento relevante del equipo de salud que atenderá al ciudadano y, si se lo propone, seguirá siendo el líder de dicho equipo. En el nuevo orden de competencias, los médicos no deben retener competencias que históricamente les eran propias sino que deberán saber cuáles han de compartir con otras profesiones sanitarias, en especial con enfermería. Los médicos habrán de entender que compartir no es perder, antes bien, es recuperar espacio para dar cabida a nuevas competencias sobre las que ellos tendrán la principal responsabilidad.

En definitiva, nadie puede olvidar que la confianza social es el cemento que mantiene la cohesión social [42] y que dicha confianza se forja a través de un complejo diálogo social en el que los diferentes agentes deben estar alerta a los cambios que aparecen en las expectativas de unos agentes sociales sobre los otros. Los proveedores sanitarios y sus profesionales disfrutaban de una valoración elevada por parte de la sociedad, mayor que la universidad y que otras instituciones o colectivos profesionales [43]. Puesto que nos dirigimos a una sociedad abierta en la que rendir cuentas no sólo es una expectativa social sino que también es una exigencia, ya que será necesario reconocer a tiempo



los cambios de expectativas y adelantarse en la toma de las medidas oportunas para mantener o incrementar la confianza social que mantiene la cohesión social.

Es un hecho, que debiera estar fuera de discusión, que la sociedad reclama un cambio de paradigma educativo para la formación de los médicos –centrado hasta ahora en el conocimiento científico de la enfermedad antes que en el paciente y preocupado más por enseñar que por aprender–, para el que el Espacio Europeo de Educación Superior ha diseñado un marco de referencia [44-48]. Nuestra creencia absoluta, quizá la podríamos llamar fe, en el progreso basado en la investigación experimental al uso no nos debe hacer perder de vista el avance de las ciencias cognitivas. El sentido común pone de manifiesto la necesidad de compaginar unas y otras si queremos encontrar el punto justo. Pero hay dos cuestiones que requieren una reflexión. Una es de dónde partimos y adónde queremos llegar; cuál era el paradigma imperante y aceptado y cuál debe ser el nuevo. La otra cuestión, más difícil de valorar, es si los cambios que ya se han ido produciendo están en el camino de este nuevo paradigma al que nos gustaría llegar o si nos alejan de él.

Frente al cambio de paradigma educativo ha habido hechos por los que se ha pasado de puntillas y, en algunas ocasiones concretas, se puede asegurar que han pasado desapercibidos. Un hecho insólito ha sido la falta de reflexión de las administraciones y de

**La confianza social es
el cemento que mantiene
la cohesión social**

las propias universidades sobre la necesidad de un profesorado con nuevas competencias para abordar el nuevo enfoque educativo. Bolonia requiere un nuevo tipo de profesorado o, si se prefiere, un profesorado actualizado, preparado y formado para afrontar nuevos retos, nuevas metodologías y, sobre todo, nuevos objetivos educativos. Algunas universidades españolas han desarrollado iniciativas dirigidas a la formación de profesores fundamentalmente a través de los institutos de ciencias de la educación (ICE), aunque muchos de estos se interesan más por la docencia en las enseñanzas de primaria y secundaria que por la docencia universitaria. En cualquier caso, no se ha determinado el impacto de estas actuaciones de

**Bolonia ha pedido cambios,
pero hemos estado más
interesados en hacer muchas
cosas que en hacerlas mejor**



formación del profesorado y quizás este colectivo siga ignorando los cambios que se requieren. El énfasis que ha marcado Bolonia es aprender más que enseñar. El coste de hacer las cosas mal hechas es muy alto y, sin embargo, da la sensación de que hemos estado más interesados en hacer más cosas que en hacerlas mejor. Es más, ni siquiera nos hemos interesado en controlar de forma efectiva la calidad de nuestros cambios.

Debemos plantearnos superar el pensamiento fragmentado, disperso, desunido y compartimentado.

Es imposible reorganizar el conocimiento si no hacemos convergir diferentes disciplinas

Otro hecho también insólito en el mundo de la educación superior, en el que se encuentra un colectivo muy cualificado y cercano a la excelencia técnica, es el mantenimiento de los usos y costumbres de la sociedad industrial, cuando este mismo colectivo reconoce que ha llegado una nueva era, la de la sociedad del conocimiento. La máquina de vapor, como paradigma de la Revolución Industrial, permitió incremen-

tar la producción, la efectividad y los beneficios, pero compartimentó el espacio de cada producto y también de cada ciudadano. Hoy en día, las TIC, como paradigma de la sociedad del conocimiento, han superado la compartimentación y han creado una red de elementos comunicados que ha conducido a lo que hemos venido a llamar globalización. Una vez más, debemos repetir que ya se ha producido un cambio cultural y que razonablemente se deben esperar nuevas y quizá más drásticas transformaciones sociales. La complejidad y la diversidad del mundo actual evidencian la caducidad de los modelos pensados hasta ahora. El texto de nuestro pensamiento debe adaptarse al contexto actual [49]. Por ello, debemos plantearnos superar el pensamiento fragmentado, disperso, desunido y compartimentado. Hoy es imposible reorganizar el conocimiento si no hacemos converger varias disciplinas. La trans-disciplinariedad se debe utilizar como un instrumento para unir varias aproximaciones, para fundir en uno nuevo los diversos discursos de pensamiento de cada disciplina y cuyo resultado dé lugar a algo más que la suma de las partes. En palabras de Edgard Morin [50], debemos llegar al pensamiento sistémico o complejo, lo cual exige que la causalidad unilineal y unidireccional sea reemplazada por una causalidad multirreferencial; que la lógica clásica sea corregida por la dialógica capaz de concebir nociones a un tiempo complementarias y antagónicas. No se trata tanto de una reforma programática como paradigmática, una reforma del pensamien-



to que permita no sólo separar para conocer, sino también unir lo que está separado. Esta aproximación permite entender el trabajo asociativo como una nueva fuente de conocimiento. Ante un cambio social constatado, ante un cambio de pensamiento ampliamente sustentado por la teoría y empíricamente demostrado, ante tantas evidencias, ¿pueden los profesionales de la docencia quedarse inactivos, irreflexivos e inoperantes? ¿Pueden las instituciones responsables de la formación de los médicos seguir pasivamente el flujo de la corriente?

En contraste con los profesionales –y las instituciones–, que cultivan su pericia como técnicos, la sociedad demandará profesionales cívicos, profesionales que trabajen con los ciudadanos en lugar de actuar sobre los ciudadanos, sencillamente que ejerzan el profesionalismo cívico [51] como un instrumento esencial de mejora a favor del ciudadano. Por ello, este concepto de profesionalismo cívico debe propiciarse y enseñarse desde las estructuras académicas. El profesorado, los estudiantes y las instituciones educativas, en especial la universidad, tendrán que afrontar importantes cambios para salir del aislamiento científico-técnico en el que se envuelven y se protegen. Los profesionales de la educación superior tendrán que hacer su trabajo más público, con metodologías más interactivas, con respeto al ciudadano, de forma más abierta, visible y colaborativa, tendrán que impregnarse y transmitir sólidos valores democráticos. El profesorado, los estudiantes y las institucio-

nes educativas deberán comprometerse con la comunidad como iguales para buscar soluciones prácticas a los problemas de la comunidad. La universidad y los universitarios deberán utilizar su habitual ejercicio académico, el marco teórico, sólo como guía de las actividades prácticas en favor de una sociedad democrática. Los compartimentos que hasta ayer eran estancos –llámense facultad, cátedra, profesor, estudiante, instituto, asignatura servicio, consulta o tantos otros términos del sistema aprender/enseñar– han dejado de serlo para pasar a formar parte de una red donde cualquier acción o decisión es compartida y, por lo tanto, debe ser participada. Las redes sociales (Facebook, Twitter, LinkedIn y otras) no son sólo una moda, son una realidad que mal utilizada puede generar problemas, entre los que destaca la mezcla de información válida con la dudosa, pero que en cualquier caso ofrecen numerosos aspectos positivos ante los que no debemos permanecer indiferentes. Participar en dichas redes sociales llegará a ser una responsabilidad para, entre otros aspectos, asegurarse de la calidad de los contenidos que circulan por ellas.

En función del nuevo paradigma, cuyos cambios básicos en los procesos de formación se muestran en la tabla 8, y de las consecuencias que conlleva para las instituciones responsables de la formación de los médicos, se debe considerar qué cambios de estrategias, de procesos educativos y, posiblemente, de objetivos institucionales



TABLA 8. Cambios básicos en los procesos de formación. Nuevo paradigma.

| | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| 1. De centrada en el profesor | a | centrada en el estudiante |
| 2. De enseñar | a | aprender |
| 3. Del proceso | a | resultados/competencias |
| 4. De conocimientos y habilidades | a | actitudes y conductas |

deben ser activados y, tal vez, acelerados con urgencia.

Muchas instituciones implicadas en la formación médica han empezado reformas o adaptaciones en la dirección que señala la sociedad, pero se necesita un plan común que dirija el cambio que necesita esta sociedad globalizada. Es necesario que dicho plan, esta planificación, surja de una estructura mancomunada en la que todos los im-

plicados estén representados y, por lo tanto, una propuesta unipersonal o uninstitucional no es la adecuada. Pero desde el convencimiento de que ha llegado el momento de pasar a la acción se proponen en el anexo una serie de acciones para cada institución u organización implicada en menor o mayor medida en la formación de los médicos.

Cada institución/organización debería considerar si las acciones propuestas merecen o no su priorización. Las acciones que se relatan no pretenden dogmatizar ni deben considerarse exhaustivas. Con seguridad, ni son todas las que están ni están todas las que son, e indudablemente cada institución puede formular y formulará otras acciones que considere necesarias y prioritarias en su ámbito. Las acciones propuestas pretenden tener un punto en común, que es la urgencia de activarlas si se pretende permanecer en el mundo del conocimiento interrelacionado e intercomunicado. La formación de los médicos, por un lado, y mantener y ase-

En la formación de los médicos, se necesita un plan común de todas las instituciones implicadas que dirija el cambio que necesita esta sociedad globalizada



gurar a la ciudadanía su competencia profesional, por el otro lado, son dos cuestiones absolutamente relacionadas que ya no se pueden mantener en compartimentos estancos. No es ni ética ni socialmente justificable que, por el coste de las reformas necesarias ni mucho menos por la comodidad o desidia de algunos colectivos, se mantenga la formación médica propia del anterior milenio. Entre otros aspectos que hay que revisar, la evaluación destaca con luz propia. Así, evaluación no es un sinónimo de examen; la evaluación debe concebirse como un elemento formativo del aprendizaje y deben conocerse las diferentes metodologías que permiten evaluar procesos que van mucho más allá de los conocimientos y la capacidad de recordarlos. El análisis de los puntos expuestos con anterioridad permite detectar diferentes carencias o desencajes en las diferentes instituciones implicadas en la formación de los médicos y entre ellas.

Basándose en estos problemas o desencajes, se han valorado algunas de las cuestiones que afectan a cada una de las diferentes instituciones responsables de la formación de los médicos. Posiblemente, el mejor análisis de la problemática de cada institución lo hará cada una de ellas y, por eso, es deseable que lo aborden, tanto de forma individual como conjunta, con suma prioridad. La necesidad de adaptarse al tiempo en el que vivimos y en especial a la globalización empuja a las instituciones hacia cambios en sus estructuras sociales. Sin embargo, muchas instituciones, en lugar de ser proacti-

No es ni ética ni socialmente justificable que se mantenga la formación médica propia del anterior milenio

vas al cambio y si cabe liderarlo, se mantienen inmóviles, incómodas, inadaptadas o incluso resistentes al mismo.

Las acciones que se consideran en el anexo no deben entenderse como exhaustivas. Algunas cuestiones, por obvias, ya han sido encauzadas por sus responsables o, en otros casos, se han detectado problemas que las

En la nueva cultura, se han borrado los compartimentos estancos, los hábitats o castillos personales o gremiales, en los que muchos profesionales se habían instalado con comodidad y en los que algunos siguen irreflexivamente instalados



La Administración pública no sólo debe hacer las cosas bien sino principalmente asegurar que se haga bien lo que deba hacerse por parte de quien sepa hacerlo

instituciones u organismos responsables han abordado y están en proceso de resolver o mejorar. Las acciones que se proponen no pretenden ser 'la' solución sino proponer la reflexión sobre algunas cuestiones que, en la compleja encrucijada socioeconómica y en el período de cambios sociales que estamos viviendo, deben considerarse prioritarias y que, por lo tanto, se deben abordar en un corto plazo de tiempo si se pretende mantener el paso de las necesidades del ciudadano y de la sociedad. La cultura que está impregnando el mundo del siglo XXI genera transformaciones irreversibles sobre las que debemos reflexionar. Que nadie piense que los indignados de nuestras plazas al volver a sus casas han dejado el mundo igual. En muchos casos, esta cultura y estas transformaciones no las sentimos como propias y muchos profesionales se sienten incómodos en un escenario que no reconocen. En esta nueva cultura, se han borrado los compartimentos estancos, los

hábitats o castillos personales o gremiales, en los que muchos profesionales se habían instalado con comodidad y en los que algunos siguen irreflexivamente instalados. Ejemplos al respecto, especialmente cotidianos, hay muchos. Así, en esta nueva cultura ya no es políticamente correcto que un centro educativo, una facultad por ejemplo, decida el plan de estudios sin contrastarlo con la opinión de otras instancias (como el Consejo Social o el colegio profesional), o que un colegio decida por sí sólo cuáles son los requisitos para colegiar, o que la CNECS o una sociedad científica decidan ni qué tipo ni cuántos especialistas son necesarios sin consensuarlo con otras instituciones. Hoy, una administración de progreso sabe que su primera responsabilidad no es tan sólo la de hacer las cosas bien sino principalmente asegurar que se haga bien lo que deba hacerse por parte de quien sepa hacerlo. Debemos recordar y aceptar que estamos en una red de vasos comunicantes en la que lo que cada uno conoce y hace está condicionado por lo que hacen los demás. La comunicación y las redes son elementos consustanciales de la nueva cultura. Trabajar en red requiere nuevos procedimientos, nuevas metodologías y nuevos objetivos que cada institución deberá adquirir y adaptar. En un período de tiempo muy corto, ha cambiado el paradigma de la formación del médico y, aunque una institución se esfuerce, ya no es posible que lo haga bien si pretende hacerlo aislada de la red en la que, lo quiera o no, se encuentra. Parece ser que la sinergia es irrenunciable.



ANEXO

*Acciones
para la mejora
de la formación
y la competencia
de los médicos*

INTRODUCCIÓN

Este anexo expone una propuesta de acciones encaminada a construir un plan global de mejora de la formación de los médicos y se ordena en cinco apartados, que agrupan las diferentes instituciones u organizaciones implicadas en la formación de los médicos, tabla 3.

Debe enfatizarse, una vez más, que la propuesta es unilateral, no es exhaustiva y no pretende dogmatizar. Su intención no va más allá de espolear el debate y facilitar la reflexión de las instituciones españolas implicadas en la formación de los médicos sobre su responsabilidad social en la formación de éstos.

Las acciones de reflexión prioritaria que se proponen se ordenan siguiendo los mismos cinco apartados de la tabla 3:

- instituciones del sistema educativo.
- instituciones del sistema sanitario.
- organizaciones profesionales médicas y biomédicas.
- organizaciones industriales, comerciales e intermediadoras.
- organizaciones de la ciudadanía.



1. INSTITUCIONES DEL SISTEMA EDUCATIVO

- 1.1. Formación de grado-máster, doctorado y posgrado (universidades y administraciones de educación y de sanidad)
- 1.2. Formación de especialistas (instituciones asistenciales, administraciones, CNECS, unidades docentes, jefes de estudio, tutores y otras)
- 1.3. Formación para el DPC y la FC (proveedores, gestores e intermediarios)

1.1. Formación de grado-máster, doctorado y posgrado (universidades y administraciones de educación y de sanidad)

Las facultades de medicina, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Tendrán en cuenta las prioridades sanitarias del entorno en el que se ubican, a la vez que habrán de definir el producto final de su proceso formativo y las estrategias educativas para lograrlo.
2. Definirán, conjuntamente con los demás agentes implicados, el producto formativo final, definiendo los resultados, los *outcomes* o competencias finales de los graduados y considerando a estas competencias finales como el elemento vertebrador de los currículos.^P
3. Facilitarán nuevas formas de gobierno de la institución, la gobernanza, en las que participen los agentes sociales encargados de marcar las líneas de actuación que deben desarrollar los equipos de gestión de las facultades (equipos de canales) y dando cabida de forma clara a la participación de los estudiantes y de la ciudadanía.
4. Tomarán las decisiones y las acciones necesarias para crear el clima educativo adecuado para obtener el mejor producto final y de forma particular lo harán en los centros sanitarios acreditados para la docencia.
5. Tomarán las decisiones y desarrollarán los procesos necesarios para implementar el desarrollo profesional (DP) necesario de los docentes y en especial capacitarán al profesorado en las metodologías educativas y evaluativas que los nuevos procesos de aprendizaje requieran.
6. Serán conscientes permanentemente de la importancia educativa del *rol-modeling* que ejercen sus profesionales, por lo cual garantizarán el clima de trabajo adecuado para la

^P La importancia de obtener el consenso con los demás agentes viene dada por la exigencia de la ciudadanía de un médico con unas competencias que van más allá de las puramente académicas y técnicas.



consecución de los objetivos definidos y promoverán los valores que la ciudadanía reclama a la profesión médica.

7. Se coordinarán y se integrarán, junto a todas las instituciones implicadas en la formación de los médicos, en una red o matriz que ofrezca una formación de un orden superior a la suma de las partes, evitando compartimentos estancos, como la actual formación especializada (formación MIR), y posibilitando un verdadero *continuum* educativo en la formación de los médicos.
8. Serán transparentes en sus objetivos, la gestión y los balances y rendirán periódicamente cuentas tanto de sus decisiones como de sus actividades y sus logros ante el Consejo Social o ante quien corresponda en cada caso.
9. Someterán la estructura, la planificación y los resultados de los procesos formativos a mecanismos de reconocimiento y acreditación tanto internos y externos como locales, nacionales e internacionales en consecuencia con los principios de búsqueda de la excelencia, la mejora permanente y la transparencia social.
10. Facilitarán que los procesos de reconocimiento y acreditación sean lo más específicos posible, cercanos a las particularidades de las ciencias de la salud y a la medicina en particular.
11. Disminuirán las dificultades para el proceso de acceso a las facultades de medicina, dando valor al objetivo de seleccionar a personas idóneas para conseguir las competencias que la ciudadanía demanda a los médicos.
12. Introducirán en los currículos el concepto de que, además de la labor asistencial, son funciones propias del médico enseñar e investigar y, por lo tanto, la formación en docencia y en investigación serán materias básicas del grado.⁹
13. Revisarán permanentemente los currículos para adecuarlos a las demandas de la sociedad.
14. Incorporarán periódicamente al currículo las competencias, tanto genéricas o transversales como las específicas, para mantenerlos en sintonía con el plan docente de la formación especializada.
15. Darán la relevancia que la sociedad demanda a las competencias genéricas o transversales.^r
16. Valorarán convenientemente la necesaria incorporación de las nuevas tecnologías (TIC) sin que se produzca una brecha digital que pudiera perjudicar al paciente.

⁹ Justificado por la necesidad de incorporar los valores y transmitir las competencias propias de la sociedad del conocimiento. No se ha de pretender que un graduado en medicina sea un gran investigador y un excelente docente. Se trata de que su razonamiento clínico tenga un rigor y un método científico. Por otra parte, sea o no un docente profesional, debe cumplir un mínimo de condiciones docentes para comunicar de forma eficaz la información tanto a otros profesionales como al propio paciente.

^r Entre otras destacan el liderazgo, la empatía, la confianza, el pensamiento crítico, la reflexión, los sesgos cognitivos, el manejo de la complejidad y la incertidumbre, el profesionalismo cívico o la alfabetización en salud, entre otros.



17. Serán conscientes de que el cumplimiento de la legalidad, basado en un criterio de mínimos, puede no corresponderse con las expectativas sociales, por lo que primarán su responsabilidad social para conseguir los logros que la sociedad les demanda.

1.2. Formación de especialistas (instituciones asistenciales, administraciones, CNECS, unidades docentes, jefes de estudio, tutores y otras)

Las instituciones asistenciales-docentes responsables de la formación especializada en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Garantizarán que el período de formación especializada finalice cuando se adquiera un nivel satisfactorio en las competencias definidas, lo que habrá sido comprobado a través de las necesarias evaluaciones formativas y sumativas programadas.⁵
2. Someterán la estructura, la planificación y los resultados de los procesos formativos a mecanismos de reconocimiento y acreditación tanto internos y externos como locales, nacionales e internacionales y en consecuencia con los principios de búsqueda de la excelencia, mejora permanente y transparencia social.
3. Serán permanentemente conscientes de la importancia educativa que el *rol-modeling* ejerce sobre los profesionales, garantizando el clima de trabajo adecuado para la consecución de los objetivos definidos y promoviendo los valores que la ciudadanía reclama a la profesión médica.
4. Se coordinarán y se integrarán con todas las instituciones implicadas en la formación de los médicos en una red o matriz que ofrezca una formación de orden superior a la suma de las partes, evitando compartimentos estancos, dando el *feedback* necesario tanto a los responsables de la formación de grado como a los de la FC y posibilitando un verdadero *continuum* educativo en la formación de los médicos.
5. Serán transparentes en sus responsabilidades docentes y rendirán cuentas a las instancias que correspondan.
6. Garantizarán que el plan docente definido se aplica en su institución, especificando el nivel de autonomía y responsabilidad de los residentes.
7. Revisarán de forma permanente los planes docentes para adecuarlos a las demandas de la sociedad.
8. Incorporarán periódicamente al plan docente las competencias, tanto genéricas o transversales como las específicas, para facilitar el DPC y la FC.

⁵ El concepto formativo que subyace es lo realmente relevante; no es el período que transcurre sino los logros alcanzados.



9. Pondrán en contexto todas las competencias profesionales dando especial valor a las competencias genéricas o transversales como liderazgo clínico, empatía, pensamiento crítico y reflexión, así como manejo de la incertidumbre.
10. Fomentarán la formación encaminada a mejorar la calidad en los pacientes, orientando el autocuidado y protegiendo la vulnerabilidad del paciente en general y la del anciano en particular.
11. Promoverán que todas las figuras docentes, en especial los tutores, desarrollen y muestren su competencia en su actividad docente.

1.3. Formación para el DPC y la FC (proveedores, gestores e intermediarios)

Las instituciones responsables del DPC y la FC, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Promoverán la FC por constituir una parte relevante del DPC.[†]
2. Integrarán la práctica clínica con el aprendizaje.[‡]
3. Se responsabilizarán de que la FC y el DPC obedezcan a un reconocimiento y acreditación tanto internos y externos como locales, nacionales e internacionales, buscando las formas de acreditación y reacreditación validadas internacionalmente por los organismos profesionales más experimentados y reputados, consecuentes con los principios de búsqueda de la excelencia, la mejora permanente y la transparencia.
4. Promoverán observatorios que permitan identificar tanto las necesidades que demanda la sociedad como las carencias formativas (*gaps*) colectivas o individuales de los profesionales.
5. Definirán con claridad lo que es formación médica continua (FMC) distinguiéndola de lo que son otros procesos de formación, en especial de los encaminados a dar nuevas capacitaciones o títulos a los profesionales.[§]
6. Estimularán actividades dirigidas a incorporar nuevas competencias demandadas por el sistema de salud y por la sociedad en general.

[†] Además de la importancia intrínseca de la FC, no deja de ser una razón pragmática su valoración objetiva en créditos de FC realizada por diferentes agencias nacionales o internacionales.

[‡] Tendrán presente el principio de aprender haciendo formulado como “se hace mientras se aprende y se aprende mientras se hace”, de modo que este tipo de aprendizaje fundamental se complemente con la formación desligada del trabajo diario, formación continua (FC), en el que se pueden desarrollar múltiples tipos de actividades como cursos, talleres, seminarios, estancias, congresos, innovación o investigación, entre otros.

[§] Según el glosario europeo sobre FMC/DPC (Wolters Kluwer Health. Madrid, 2008), la formación médica continua es el conjunto de actividades educativas orientadas al mantenimiento o la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes



7. Fomentarán la formación encaminada a mejorar la calidad en los pacientes, la alfabetización en salud, orientando el autocuidado y protegiendo la vulnerabilidad del paciente en general y la del anciano en particular.
8. Establecerán con claridad los límites de los proveedores de FC evitando desde su origen los posibles conflictos de intereses.

que un médico necesita para su práctica cotidiana. Los contenidos de las actividades de FMC se basan en el cuerpo de conocimientos y habilidades usualmente reconocidos por la profesión médica, tanto en lo que se refiere a las ciencias básicas como a las clínicas y a la provisión de la asistencia médico-sanitaria. *En España, la LOPS define la formación Continua como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.* De manera genérica, la FMC se suele definir como el conjunto de actividades educativas que lleva cabo el médico una vez finalizado su período de pregrado y de especialización, para mantener actualizada su competencia y que no comportan una titulación adicional (N. del T.).



2. INSTITUCIONES DEL SISTEMA SANITARIO

- 2.1. Empleadores/patronales proveedoras de servicios asistenciales
- 2.2. Órganos financiadores y reguladores de la formación médica (administraciones central y autonómicas y entidades de derecho público)

2.1. Empleadores/patronales proveedoras de servicios asistenciales

Las instituciones y organizaciones proveedoras de servicios asistenciales con funciones docentes, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Contribuirán ordenadamente y en la medida que les corresponda, en las tres fases del *continuum* educativo/formativo: formación de grado, especializada y continua.
2. Se coordinarán con el fin de formar una red en la que cada estructura tenga claramente asignadas sus responsabilidades, en la que a cada una se le asignen las tareas para las que está más capacitada y en la que ninguna asuma ni más ni menos de lo que le corresponda y todo ello en función del principio de que nadie puede hacerlo todo bien y que los resultados obtenidos por la suma de todos son superiores al de la suma de las partes.
3. Serán responsables de generar y mantener el clima de trabajo más adecuado a los intereses del paciente, *person centred*,^w frente a los intereses y conveniencias de la propia institución u organización.
4. Favorecerán el liderazgo clínico entendiendo que es una mejora de calidad en la atención del paciente.
5. Favorecerán el profesionalismo cívico como una mejora de calidad del sistema de salud.
6. Estimularán la formación de los profesionales para la mejora de la alfabetización en salud de la sociedad.
7. Contratarán/emplearán a los profesionales de acuerdo con sus capacidades y competencias probadas.
8. Identificarán y reconocerán el DPC^x alcanzado por sus profesionales, lo estimularán y lo incentivarán para mantener, mejorar y adecuar sus competencias a la tarea a desem-

^w En oposición a *disease oriented*.

^x El desarrollo profesional continuo (DPC) debe entenderse desde una perspectiva global e integradora de elementos de formación, de valoración de la actividad asistencial, docente e investigadora, de la capacidad de respuesta a los cambios del entorno, de la capacidad de reflexión sobre la propia práctica y su repercusión social y, en definitiva, del progreso competencial. Por ello, su evaluación y reconocimiento ha de ser dinámico (lo que haces y cómo lo haces) y no estático como el currículo (lo que eres).



peñar y, si fuera el caso, detectarán las carencias que pueden ser remediadas con la FC o cualquier otro proceso formativo.

9. Asumirán, en consecuencia con el punto anterior, la doble responsabilidad institucional de detectar y remediar, con las medidas oportunas, los problemas de competencia profesional de sus médicos.
10. Contribuirán a que los profesionales desarrollen la actividad asistencial centrándose en los procesos y moviéndose en estructuras transversales en lugar de hacerlo en estructuras verticales y centrados en la enfermedad.
11. Dispondrán de los mecanismos necesarios para medir resultados clínicos como elemental norma de calidad interna y los facilitarán a los responsables de los órganos reguladores para la mejora de los procesos de certificación (de profesionales) y de acreditación (centros y programas).
12. Actuarán con transparencia frente a la ciudadanía y rendirán cuentas tanto a sus órganos jerárquicos superiores como a los profesionales de su institución/organización, dado que éstos aportan el conocimiento y, por lo tanto, dan valor a la institución/organización.

2.2. Órganos financiadores y reguladores de la formación médica (administraciones central y autonómicas y entidades de derecho público)

Los órganos financiadores/reguladores, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Garantizarán la formación de médicos competentes.
2. Facilitarán la actuación profesional de cualquiera que tenga una competencia certificada, flexibilizando y desregulando, si fuera necesario, cualquier normativa que no ofrezca un valor añadido al sistema.
3. Delegarán o, en su caso, devolverán a los diferentes agentes (*empowerment*) las tareas para las que éstos estén capacitados, reservándose la responsabilidad final y la supervisión de las actuaciones delegadas.
4. Promoverán los procesos periódicos de validación/certificación como eslabón básico para garantizar la seguridad del paciente y como mecanismo de detección de mala praxis médica.
5. Asegurarán la implementación de los sistemas de certificación y recertificación profesional en función de los principios de búsqueda de la excelencia y mejora permanente que les son propios, orientando dichos sistemas de certificación y recertificación hacia los procesos más reconocidos y homologables en el ámbito internacional.
6. Utilizarán los resultados clínicos y los indicadores de salud como elementos indispen-



sables de la calidad de los profesionales y en consecuencia en los procesos de certificación y recertificación.

7. Evaluarán el coste real de la formación de un médico en todo el continuo educativo así como del coste sanitario de la mala praxis o acciones iatrogénicas.
8. Garantizarán, teniendo en cuenta que la financiación está limitada a lo posible,^y la suficiencia financiadora en las diferentes etapas de formación de los médicos.
9. Justificarán junto a los demás agentes implicados los límites de la financiación de la formación médica.^z
10. Consensuarán con los demás agentes implicados las inversiones relacionadas con la formación de los médicos para financiar lo que la ciudadanía demande como imprescindible.
11. Garantizarán que los procesos de formación de los médicos tengan la estructura más flexible posible y en particular la formación de especialistas.^{aa}
12. Mejorarán el proceso de acceso tanto al grado de medicina como a la formación especializada teniendo presente el objetivo de seleccionar a los médicos idóneos para las competencias que la ciudadanía demanda a los médicos asistenciales.
13. Crearán las condiciones para la participación e integración de los médicos en formación en las actividades generadoras de conocimiento y en particular en los proyectos de investigación que se desarrollen en los centros, tanto en el grado como en la formación especializada.
14. Facilitarán nuevas formas de gobierno, la *gobernanza*, en las instituciones asistenciales para que participen los agentes sociales encargados de marcar las líneas de actuación que deben desarrollar los equipos de gestión de las instituciones.
15. Optimizarán los recursos humanos existentes y se responsabilizarán de cubrir tanto las actividades asistenciales como las actividades de formación.

^y El presupuesto de la Administración no es ilimitado sino limitado y, por lo tanto, invertir o gastar en una cosa limita la inversión o el gasto en otra.

^z La formación médica requiere tanto de recursos como de infraestructuras públicas, por lo que son absolutamente necesarias tanto la transparencia como la rendición de cuentas en todas las etapas del proceso.

^{aa} Con el objetivo de facilitar tanto a los propios profesionales como a los gestores sanitarios la asignación de tareas en función de competencias, a condición de que no haya competencias exclusivas de una especialidad médica y que una tarea la puede desempeñar el médico especialista que tenga reconocido que la sabe hacer.



3. ORGANIZACIONES PROFESIONALES MÉDICAS Y BIOMÉDICAS

- 3.1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), colegios oficiales de médicos y otros colegios
- 3.2. Sociedades/instituciones científicas

3.1. *Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), colegios de médicos y otros colegios*

El Consejo y los colegios de médicos, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Se comprometerán, a través de los convenios oportunos, a poner a disposición de las estructuras docentes de la formación de grado, especializada y continua su conocimiento en aras de que dichas estructuras definan adecuadamente los *outcomes* y competencias finales.
2. Se comprometerán a garantizar a la ciudadanía la promoción de la competencia profesional de los colegiados registrados con ejercicio mediante procesos de certificación y recertificación reconocidos en el ámbito internacional.
3. En los procesos de certificación y recertificación, utilizarán como indicador relevante la actividad asistencial, los resultados clínicos y los indicadores de salud.
4. Promoverán entre sus colegiados la cultura de la autoevaluación y el aprendizaje permanente.
5. Dispondrán las actuaciones pertinentes y movilizarán los recursos necesarios tanto para la actualización permanente de los profesionales como para los programas de medidas correctoras (*remedial*) necesarias para los profesionales cuya evaluación evidencie carencias o deficiencias.
6. Velarán por la competencia profesional en su totalidad, pero focalizarán su interés en las competencias genéricas o transversales, dado que otras instituciones lo harán con las competencias específicas.
7. Promoverán el liderazgo clínico en todas las instituciones asistenciales y en el Sistema Nacional de Salud.
8. Promoverán el profesionalismo cívico para que se difunda extensamente en toda la sociedad.
9. Velarán por la calidad asistencial del sistema de salud de cada paciente y muy en especial de los pacientes más vulnerables.
10. Actuarán como abogados de la buena práctica profesional, velarán por ella y pondrán en todo momento su leal conocimiento al servicio de la ciudadanía, supeditando a ésta



sus intereses corporativos al igual que el médico antepone los intereses del paciente a los propios.^{bb}

3.2. Sociedades/instituciones científicas

La sociedades científicas, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Se comprometerán a poner a disposición de las estructuras docentes de la formación de grado, especializada y continua su conocimiento en aras de que dichas estructuras definan adecuadamente los *outcomes* y competencias finales.
2. Serán garantes de la actualización del conocimiento en una especialidad determinada (*state of the art*) difundiendo a través de todos los medios disponibles, como guías, protocolos o las TIC, entre otros.
3. Se comprometerán con las organizaciones colegiales a desarrollar los procesos de certificación y recertificación de los profesionales aportando el conocimiento específico de sus respectivas especialidades.
4. En los procesos de certificación y recertificación utilizarán como indicador relevante la actividad asistencial, los resultados clínicos y los indicadores de salud.
5. Promoverán el liderazgo clínico en todas las instituciones asistenciales y en el Sistema Nacional de Salud.
6. Declararán los intereses que identifiquen como propios y cuidarán y dispondrán de los mecanismos adecuados para evitar cualquier conflicto de intereses.
7. Se coordinarán con los demás agentes con responsabilidades formativas para velar por el continuo del proceso formativo y se responsabilizarán de manera específica de la FC.
8. Se responsabilizarán de definir las competencias específicas de sus respectivos ámbitos y las adecuarán a cada una de las etapas formativas, grado, especializada y continua, estructurando, si fuera el caso, programas docentes para determinadas credenciales.
9. Se comprometerán con el análisis y difusión de la práctica basada en la evidencia, participando en los comités o grupos de trabajo de sus respectivas áreas de conocimiento.
10. Se comprometerán con la definición de estándares para la práctica clínica participando en su definición y unificación y avalarán guías contrastadas u otros medios encaminados a la buena práctica.

^{bb} El hecho de que el médico representado por sus estructuras corporativas anteponga los intereses del paciente/ciudadano a los propios es la razón por la que tanto el médico como la profesión ganan frente a la sociedad un respeto y un prestigio social que les es propio y les caracteriza y, como consecuencia, debe entenderse la bondad del corporativismo médico en el que las responsabilidades asumidas son mayores que los privilegios concedidos.



4. ORGANIZACIONES INDUSTRIALES, COMERCIALES E INTERMEDIADORAS

- Industria farmacéutica, biotecnológica, de equipamientos tecnológicos y TIC
- Organizaciones comerciales/intermediadoras (MEC)

Las organizaciones industriales, comerciales e intermediadoras, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Deben considerarse agentes con responsabilidades en la formación de los profesionales de la salud.
2. Incorporarán en sus idearios la mejora de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.
3. Como partes de la estructura sanitaria del país, se responsabilizarán de ganar y mejorar la confianza de la sociedad tanto en el sistema sanitario como en sus propias instituciones/organizaciones.
4. Dispondrán de un código de buenas prácticas actualizado, en cuya elaboración y revisión periódica participarán los demás agentes implicados para la defensa de los intereses de los ciudadanos.
5. Serán responsables de buscar nuevas formas de retorno a la sociedad de parte de su actividad lucrativa.^{cc}
6. Se responsabilizarán de la mejora de la alfabetización en salud en todas sus actividades y acciones relacionadas directamente con la ciudadanía y la promocionarán en todas las actividades que patrocinen.
7. Promocionarán de forma activa el profesionalismo cívico en todos los niveles y actividades y muy especialmente en las profesiones sanitarias.
8. Implementarán procedimientos que permitan visualizar la transparencia de las actividades relacionadas con la formación de profesionales.
9. Contribuirán a la financiación de programas de formación médica, DPC y FC, desde el ámbito del patrocinio, garantizando en todo momento la independencia de la entidad organizadora y en especial de la dirección de la actividad.

^{cc} En la actualidad, hay diferentes aproximaciones entre las que cabe citar la del filósofo Thomas Pogge (profesor de la Universidad de Yale) a favor de establecer el Fondo de Impacto sobre la Salud –*Health Impact Fund* (HIF)–. El HIF es una nueva propuesta para estimular la investigación y el desarrollo de fármacos muy útiles para reducir la morbilidad de la población mundial que cambiaría el sistema tradicional de patentes de los nuevos fármacos.



10. Establecerán con claridad en todo momento la diferencia entre:
 - a. actividades o programas de DPC y FC en las que su vinculación estará limitada al patrocinio de las mismas, y
 - b. actividades de información y promoción de producto o ambas en las que actuarán como promotor y patrocinador.
11. Patrocinarán actividades de DPC y FC englobadas en programas de formación de instituciones profesionales o de unidades docentes de organizaciones sanitarias; estas instituciones y organizaciones serán las responsables de aportar el conocimiento científico y los recursos de gestión necesarios para cualquier proceso de formación médica.
12. Serán responsables de asegurar que las actividades de DPC y FC hayan recibido la acreditación científica de un ente acreditador reconocido en el ámbito internacional.
13. Como patrocinadores y en colaboración con los promotores de la actividad serán responsables de garantizar la difusión y las condiciones de acceso de las actividades o programas de formación médica a todos los profesionales interesados.



5. ORGANIZACIONES DE LA CIUDADANÍA

- Asociaciones de ciudadanos y pacientes
- Redes sociales

Las organizaciones de la ciudadanía, en el ejercicio de su responsabilidad social,

1. Demandarán profesionales cívicos, profesionales que trabajen con los ciudadanos en lugar de actuar sobre los ciudadanos e instarán a que el acto médico esté impregnado de sólidos valores democráticos.
2. Demandarán, a través de ciudadanos informados y comprometidos, participar en los órganos de gobierno de las diferentes instituciones u organizaciones relacionadas con la formación de los médicos.
3. Aceptarán la representación en todos los órganos participativos que las diferentes instituciones u organizaciones relacionadas con la formación de los médicos establezcan.
4. Urgirán a la clase política, al gobierno y a toda la Administración a que facilite nuevas formas de gobierno de las instituciones académicas y asistenciales con responsabilidad en la formación de los médicos, la *gobernanza*, en la que participen los agentes sociales encargados de marcar las líneas de actuación que deben desarrollar los equipos de dirección y gerencias respectivas.
5. Ofrecerán su colaboración en cualquier fase de la formación médica dado que el paciente es en sí mismo una fuente de información y recurso formativo.
6. Transmitirán las demandas de la ciudadanía, serán abogados de los pacientes y en particular de los vulnerables y débiles.
7. Pondrán en evidencia todos los problemas que la alfabetización en salud origina.^{dd}
8. Fomentarán la colaboración de las organizaciones filantrópicas.

^{dd}Entre otros ejemplos, caben la capacidad de entender las instrucciones en los envases de medicamentos, papeles de citas, folletos de educación médico-sanitaria, los formularios de consentimiento o la capacidad de negociar complejos sistemas de atención de salud. Así pues, incluye un complejo grupo de lectura, escucha, análisis y habilidades para tomar decisiones y la capacidad de aplicar estos conocimientos a las situaciones de salud.



REFERENCIAS

REFERENCES

1. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
2. Proyecto de la Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM, Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 704-6.
3. Flexner A. Medical education in the United States. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation; 1910.
4. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical schools and residency. *The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
5. The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform, Hastings Center Studies in Ethics Series. In Hanson MJ, Callahan D, eds. Georgetown University Press, 1999. p. 239.
6. The 10/90 report on health research 2003-2004. In Davey S, ed. 2004. p. xxvi + 282.
7. Kaplan RM, Satterfield JM, Kington RS. Building a Better Physician — The Case for the New MCAT. *NEJM* 2012; 366: 1265-8.
8. Frenk J, Chen L, Bhutta AZ, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923-58.
9. Beveridge W. Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services. 1942.
10. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. London: GMC; 2009. URL: <http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors2009.pdf> 39260971.pdf.
11. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7_fre.pdf. Versión castellana y catalana: Instituto de Estudios de la Salud, Generalitat de Cataluña, Centro Colaborador de la OMS para Educación Médica y Formación en Salud Pública, 1995.
12. Boelen C. Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva: World Health Organization; 2000.
13. Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 592-3.
14. Woollard B. Caring for a common future: medical schools social accountability. *Med Educ* 2006; 40: 301-11.
15. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
16. Boelen C. Responsabilidad social y excelencia. *Educ Med* 2009; 12: 199-205.
17. International Organization for Standarization. Guidance on Social Responsibility. ISO-26000. Geneva; 2010. URL: <http://www.iso.org/iso/iso catalogue/management standards/social responsibility.htm>.
18. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assesing Professional Competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35.



19. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Smith SR, Dollase R, Friedman Ben-David M, et al. Outcome-Based Education. AMEE Guides; 1999.
20. Boelen C, Woollard R. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. GCSA conference in East London, South Africa, October 10-13, 2010. Versión castellana: Consenso Global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina. *Educación Médica* 2011; 14: 1-14.
21. Venkat Narayan KM, Ali MK, Koplan JP. Global Noncommunicable Diseases-Where Worlds Meet. *N Engl J Med* 2010; 363: 1196-8.
22. Holman H. Chronic Disease—The Need for a New Clinical Education. *JAMA* 2004; 292: 1057-9.
23. Rudd RE, Keller DB. Health Literacy: New developments and research. *Journal of Communication in Healthcare* 2009; 2: 240-57.
24. Frank JR, ed. The CanMEDS physician competency framework: better physicians better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
25. IIME Core Committee. Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Medical Teacher* 2002; 24.
26. El proyecto de la WFME sobre estándares en Educación Médica Básica. *Educ Med* 2004; 7 (Supl. 2): S07-18.
27. El Proyecto de la WFME sobre Estándares en Educación Básica de Postgrado. *Educ Med* 2004; 7 (Supl. 2): S26-38.
28. Estándares globales de la WFME para la mejora de calidad. *Educ Med* 2004; 7 (Supl. 2): S39-52.
29. Van der Vleuten CPM, et al. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 703-19.
30. Meng C. Discipline-Specific or Academic?; Acquisition, Role and Value of Higher Education Competencies. ROA Dissertation Series Nr. 8. Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market; 2006.
31. Roebuck C. Developing effective leadership in the NHS to maximise the quality of patient care. The need for urgent action. The King's Fund; 2011. p. 23.
32. Schön DA. La formación de los profesionales reflexivos – Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Ed. Paidós; 1992.
33. Friedman Ben David et al. Portfolios as a method of student assessment. AMEE Medical Education Guide No. 24. *Medical Teacher* 2001; 23: 535-51.
34. Sandars J. The Use of Reflection in Medical Education. AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher* 2009; 31: 685-95.
35. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education* 2005; 39: 418–27.
36. Higgs J, Jones MJ. Clinical reasoning in the health professions. Butterworth-Heinemann. 2 ed. 2000. p. 336.
37. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education* 2004; 39: 98-106.
38. Mylopoulos M, Regehr G. Cognitive metaphors of expertise and knowledge: prospects and limitations for medical education. *Medical Education* 2007; 41: 1159-65.
39. Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ* 2009; 338: b1860.



40. Groopman J. *How Doctors Think*. New York: Houghton Mifflin; 2007. p. 307.
41. Miller GE. The assessment of clinical skills performance. *Acad Med* 1990; 65 (Suppl): S63-7.
42. Fukuyama F. *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. The Free Press 1996. p. 480.
43. Jovell A, Blendon RJ, Navarro MD, Fleischfresser C, Benson JM, DesRoches CM, et al. Public trust in the Spanish health-care system. *Health Expectations* 2007; 10: 350-7.
44. Karle H. International recognition of basic medical education programs. *Med Educ* 2008; 42: 12-7.
45. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. *Educ Med* 2010; 13: 127-35.
46. Prat-Corominas J, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educ Med* 2010; 13: 197-203.
47. Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (III): Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14: 73-81.
48. Prat-Corominas J, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educ Med* 2011; 14: 141-9.
49. Fundació Cercle per al Coneixement. www.criteris-consideracions.cat. Quart criteri. Una eina per pensar els models. http://www.fundaciocperc.net/criteris/assets/criteris_i_consideracions_completa.pdf. [20.08.2012].
50. Morin E. *¿Hacia dónde va el mundo?* Paidós Ibérica; 2011.
51. Boyte HC, Fretz E. Civic Professionalism. *Journal of Higher Education Outreach and Engagement* 2010; 14: 67-90.



CRÉDITOS

CREDITS

1. **Amo Mora, Isabel***
Gerente de Marketing Institucional, Almirall.
2. **Aranda Sánchez, Miquel**
Hospital de Terrassa.
3. **Ayuso Colella, M. Carmen**
Profesora de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.
Hospital Clínic de Barcelona.
4. **Baños Díez, Josep E.**
Profesor de la Universitat Pompeu Fabra.
5. **Bertrán Soler, Josep M.**
Expresidente del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona, COMT.
6. **Boelen, Charles***
Co-Chair, Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools.
7. **Branda, Luis**
McMaster University.
Universitat de Girona.
8. **Bruguera Cortada, Miquel**
Profesor de la Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.
Hospital Clínic de Barcelona.
Expresidente del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB.
9. **Cabanillas Olmo, Juanjo***
Senior Manager Patients Advocacy and Ally Development, AMGEN.
10. **Cardellach López, Francesc***
Decano de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.
Hospital Clínic de Barcelona.
11. **De Teresa Galván, Javier**
Presidente del Colegio de Médicos de Granada.
12. **De Toca Zavala, Lucas***
Expresidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, CEEM.
13. **Domènech Torné, Francesc**
Miembro de la Junta Directiva de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.
14. **Domínguez Cruz, Enrique**
Director General en España, Almirall.
15. **Domínguez Sanz, Jordi***
Jefe de Relaciones Institucionales, Almirall.
16. **García Barbero, Mila**
Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández.
17. **García-Estañ, Joaquín**
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.
Presidente de la CNDFME.
18. **García Olmo, Damián**
Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
Hospital Universitario La Paz, Madrid.
19. **Giblin, Jonathan P.**
Ramón y Cajal Investigator.
Departamento de Ciencias Fisiológicas I.
Facultad de Medicina, Universitat de Barcelona.
20. **Gómez Asorey, Carmen**
Servicio Madrileño de Salud.
21. **Gual Sala, Arcadi**
Profesor de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.
Fundación Educación Médica, FEM.



22. **Jovell Fernández, Albert J.**
 Director del Institut Global de Salut Pública i Política Sanitària. Universitat Internacional de Catalunya.
 Presidente del Foro Español de Pacientes.
23. **Kellner, Thomas***
 Managing Partner, AXDEV Group Inc.
24. **Lumbreras Garuz, Dolores**
 Directora del ABS Montnegre.
 Institut Català de la Salut, ICS.
25. **Macarulla Sanz, Enric**
 Consorci Sanitari de l'Anoia.
 Profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona.
26. **Mancheño Rico, Esteban**
 Presidente de la Fundación Rico Rodríguez.
27. **Martí Rague, Ignacio**
 Director de Relaciones Institucionales, Almirall.
28. **Martín-Zurro, Amando**
 Vicepresidente de la Fundación Educación Médica.
29. **Monràs Viñas, Pere**
 Médico. Fundació Cercle per al Coneixement.
30. **Net Castel, Àlvar**
 Profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona.
 Presidente de la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, ACMSCB.
31. **Nolla Domenjó, Maria***
 Directora adjunta de la Fundació Dr. Robert.
 Fundació Educación Médica, FEM.
32. **Oriol Bosch, Albert***
 Presidente de la Fundación Educación Médica, FEM.
33. **Otero Rodríguez, Antonio***
 Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid.
34. **Palés Argullós, Jordi***
 Profesor de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.
 Director de la Fundación Educación Médica, FEM.
35. **Prat Corominas, Joan**
 Profesor de la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida.
 Fundación Educación Médica, FEM.
36. **Ris Romeu, Helena**
 Directora General, Unió Catalana d'Hospitals, UCH.
37. **Rodríguez Rodríguez, F. Javier**
 Vicedecano de la Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
 Portavoz de Sanidad del Partido Popular en la Asamblea de Madrid.
38. **Rodríguez de Castro, Felipe**
 Decano de la Facultad de Medicina de Las Palmas.
 Hospital Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
 Fundación Educación Médica, FEM.
39. **Rodríguez Sendín, Juan José***
 Presidente de la Organización Médica Colegial, OMC.
40. **Roma Millán, Josep**
 Institut d'Estudis de la Salut, IES.
 Fundación Educación Médica, FEM.
41. **Ruiz García, Boi**
 Consejero, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.
42. **Ruiz-Iglesias, Lola**
 Responsable Health Care Strategy, Hewlett-Packard.
43. **Sans Boix, Antònia**
 Althaia, Hospital General de Manresa.



44. **Sans Corrales, Mireia***
Directora del EAP El Castell, Castelldefels,
Institut Català de la Salut, ICS.
Profesora de la Universitat de Barcelona.
Vocal del Col·legi Oficial de Metges
de Barcelona, COMB.
45. **Segura Benedito, Andreu***
Profesor de la Universitat Pompeu Fabra.
Director de la Oficina del Plan Interdepartamental
de Salud Pública del Departamento de Salud,
Generalitat de Catalunya.
46. **Setoain Quinquer, Jordi**
Miembro de la Reial Acadèmia de Medicina
de Catalunya.
47. **Silva, Honorio**
Tesorero de la Federación Panamericana
de Facultades y Escuelas de Medicina,
FEPAFEM/PAFAMS.
48. **Torrent-Farnell, Josep**
Profesor de la Facultad de Medicina
de la Universitat Autònoma de Barcelona.
Director General de la Fundación Dr. Robert.
49. **Vázquez Mata, Guillermo**
Director del Instituto de Formación
del Consejo de Médicos de Andalucía.
Fundación Educación Médica, FEM.
50. **Vilardell Tarrés, Miquel**
Profesor de la Facultad de Medicina
de la Universitat Autònoma de Barcelona.
Presidente del Col·legi Oficial de Metges
de Barcelona, COMB.
51. **Villanueva, Tiago**
Médico de familia. Portugal.
-
- * Participantes en la *Task Force*: Encuentro Escuela de Salud
Pública de Menorca, septiembre de 2011.



