

EDITORIAL semFYC

“Currículum oculto”

The hidden curriculum

En algunos foros y entornos docentes se repite el término de currículo oculto; eso nos lleva a la reflexión de cuántos currículos existen y nos encontramos con al menos 3: el currículo formal, el currículo real y el currículo oculto.

El currículo formal, en nuestro caso, es el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 3 de mayo de 2005¹, y cuyo objetivo es la adquisición de los valores, el perfil y las competencias de nuestra especialidad. La mayor parte de los investigadores en evidencias sobre las intervenciones formativas efectivas coinciden en que una de ellas es la existencia de programas formativos sólidos^{2,3}. Pero, ¿el currículo formal es el currículo real que se desarrolla en todas las unidades docentes?

En la figura 1, siguiendo a Davis et al⁴, se recogen las complejas relaciones que intervienen en la adaptación del programa a la realidad, y este complejo entramado que interactúa entre sí determina finalmente el currículo real.

Así, el programa formativo formal puede determinar que el residente debe aprender a erradicar el *Helicobacter pylori*, pero si la gastroscopia no es accesible para el médico de familia, difícilmente no podrá poner un tratamiento erradicador. Difícilmente se aprenderán algunas competencias, ejemplo de los abordajes familiares y comunitarios, si ni su tutor ni en su centro de salud docente no se realizan, con el añadido de que si las herramientas informáticas nos conducen sólo a la atención individual; si tenemos que aprender la atención a la mujer pero no seguimos embarazos y tenemos limitada nuestra actuación en la planificación familiar y si decimos que hay que aprender la atención al niño pero no atendemos niños. Es decir, que si nuestra competencia como tutores no responde al perfil del programa y los entornos, la estructura y la organización nos ponen barreras, nos encontraremos con una limitación parcial de nuestro programa. También, por el contrario, pueden aparecer competencias no incluidas en el programa que por interés del residente o de la organización se incluyen en el proceso formativo del residente. Todo esto

conforma el currículo real. Si su distorsión con respecto al programa formal es importante, tenemos un problema, porque estamos formando especialistas, pero no sabemos exactamente en qué.

A este complicado entramado se une el currículo oculto. La Sociología de la educación denomina “currículum oculto” a aquellos aspectos no explícitos del currículo y considera que este currículo es una suerte de “currículum moral”. En este sentido, este aspecto del currículo no sería tan “oculto”. Y más en nuestro caso, ya que nuestro programa de la especialidad explicita en el currículo formal los valores implícitos del médico de familia.

El currículo moral y de los valores está de actualidad⁵ por excesiva presencia de valores negativos que conllevan desmoralización.

En el momento actual, hay una serie de valores impregnados en nuestra profesión que nos están afectando y tienen que ver con el poder, la jerarquía, la autoridad, el saber todo y ser capaz de resolver todo. Tenemos la sensación de que las personas que atendemos no nos respetan, que hemos perdido poder, autoridad y prestigio. Sin embargo, frente a esto, las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)⁶ siguen demostrando que la profesión más valorada por las personas es la profesión médica y el barómetro sanitario, el médico de familia⁷. Seguimos teniendo la sensación que tenemos que saberlo todo y curarlo todo y que cualquier tipo de malestar es un problema que tiene una respuesta en nuestras manos. Además, hemos consentido, asumido y a veces con nuestra actitud alentado a que un listado no despreciable de “no enfermedades” con sus correspondientes fármacos forme parte de nuestro quehacer cotidiano.

Además a los médicos de familia se nos añade el peso del estigma de “si eres buen estudiante, haces una especialidad, y si no, Medicina de Familia”. Aunque ya va siendo superada, esta losa es evidente y es una de las razones ocultas, junto con el miedo de pérdida de poder por parte de algunos profesores de las facultades de Medicina, lo que explica parte de nuestra dificultad para entrar en ellas. A

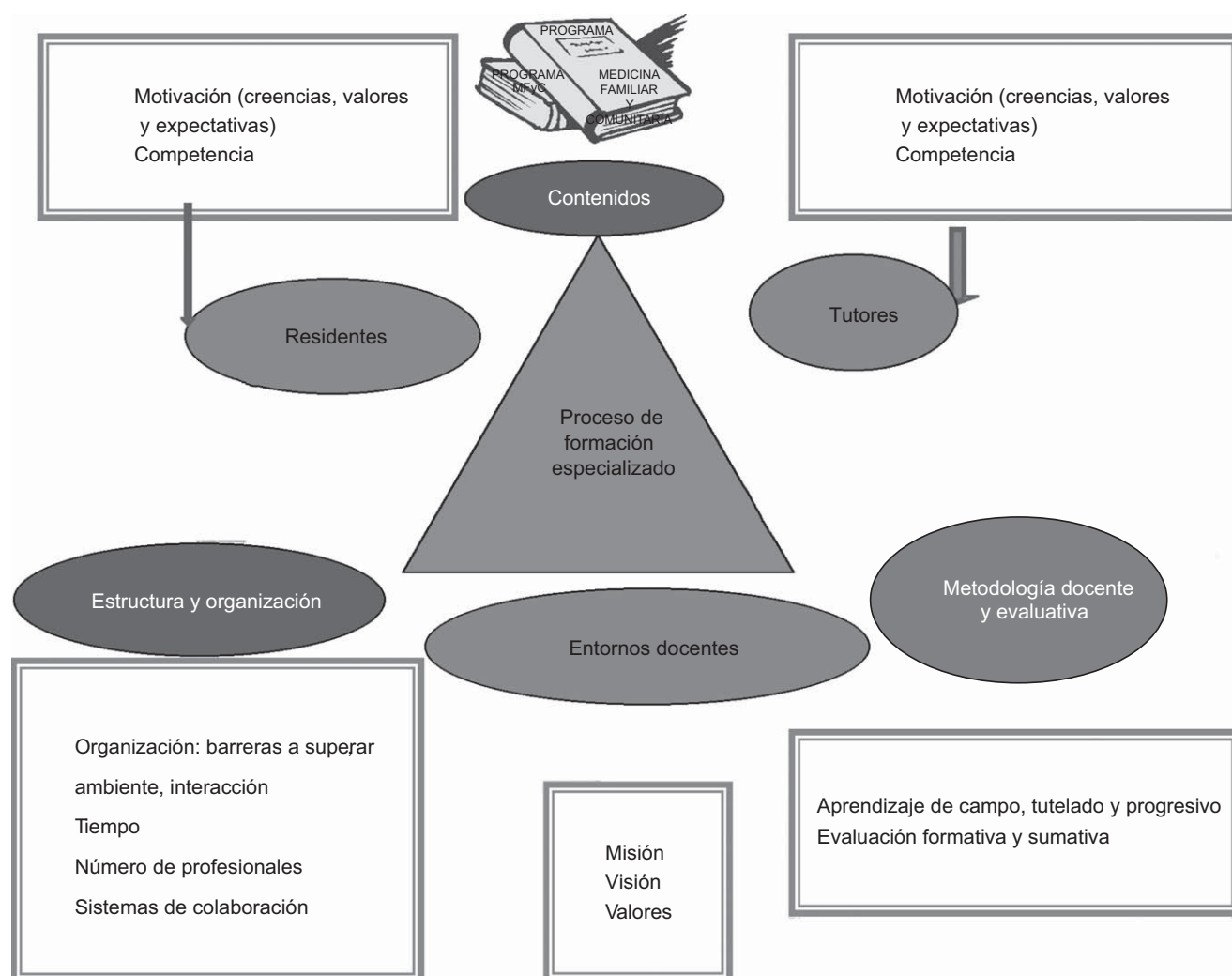


Figura 1 Proceso de formación especializada.

esto se añade la cantinela de “los candidatos al examen MIR no eligen Medicina de Familia con buenos números” (sin embargo, el segundo día del MIR éramos la número 19 de las 47 especialidades ofertadas en número de plazas elegidas y, además, todo el mundo debería saber que comparar poblaciones de 1.800 y 50 sin ajustes no es correcto).

Por todas estas razones, al elaborar nuestro programa de la especialidad, antes de definir las competencias, se incluyeron los valores profesionales, porque la competencia profesional del médico de familia no se construye sólo con conocimientos y capacidades, sino también con actitudes, que incluyen el comportamiento ético, el humanismo y la profesionalidad. Teniendo en cuenta que no hay enseñanza neutral, sino que toda está cargada de actitudes, valores y compromisos, y siguiendo a Adela Cortina⁸ que nos dice que “por huir del adoctrinamiento no debemos caer en la indoctrinación”, es fundamental reflexionar e incorporar los valores del médico de familia en el programa porque éstos permiten ordenar las restantes competencias de una forma ajustada a las exigencias de ser personas. Por eso, nos parece clave explicitar qué significado tienen nuestros compromisos con las personas, con la sociedad, con la

ética, con la formación, con la calidad y con nuestra especialidad.

Es evidente que en aprendizaje de actitudes y valores existe un profesional clave, el tutor. Entre los criterios para ser tutor existen algunos que son más difíciles de medir, pero que son mucho más clave que los explicitados por el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero⁹, que son el manejo de las relaciones interpersonales, la capacidad de llevar a cabo encuentros docentes, la accesibilidad y la cercanía y, sobre todo, el modelo válido de comportamiento profesional.

Si observamos bien la figura 2, vemos que si nuestro modelo habitual de comportamiento profesional es el del tutor B, de nada vale explicitar el currículo oculto en un programa formativo o dar clases al respecto, porque no enseñamos valores con lo que escribimos o lo que decimos, sino con lo que hacemos.

Aunque en este momento, como afirma Diego Gracia, compaginar la renuncia a los monopolios y a los privilegios con la búsqueda de la excelencia es la gran tarea, y lo cierto es lo que dice Max Scheler: “todos los valores positivos son importantes para organizar la vida humana en condiciones,



Figura 2 Los valores y su aplicación en la realidad.

porque una existencia que no aspire a la alegría, a la utilidad, a la belleza, a la justicia o a la verdad tiene poco de humana”.

Así que, aunque sea por nosotros mismos, por no perder moral, debemos hacer verdad nuestros compromisos y transmitirlos. La deliberación sobre las éticas profesionales y las éticas institucionales puede ser el método adecuado para la remoralización de la universidad, de los servicios de

salud y como no de nuestra profesión. Nada más, pero también nada menos¹⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005. [Consulta 28/09/2009] Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>.
2. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians'. N Engl J Med. 1993;329:1271-3.
3. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. Lancet. 1993;342:1317-22.
4. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995;274:700-705.
5. Project of the ABIM Foundation. ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. Lancet. 2002;359:520-2.
6. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro Junio 2006. [Consulta 28/09/2009] Disponible en: http://217.140.16.67/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2640_2659/2649/e264900.html.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Barómetro sanitario 2008. [Consulta 28/09/2009] Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/LIBROBS2008.pdf>.
8. Cortina A. Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI. (Premio Internacional de Ensayo Jovellanos, 2007). Oviedo, Nobel, 2007.
9. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE 45/2008 (Feb. 02, 2008).
10. García D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Tricastela; 2004.

Verónica Casado Vicente
Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria,
Madrid, España
Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud,
Madrid, España
 Correo electrónico: veronica.casado@telefonica.net