



EDITORIAL

Enseñanza de la medicina: el entorno

Medical education: the environment



“Han pasado ya los días en los que el profesor producía un currículum y en los que el entrenamiento clínico de los estudiantes se limitaba a encuentros casuales con algunos pacientes durante las rotaciones clínicas.”

R. M. Harden, 2005

“There is widespread agreement that traditional curricula are grossly overcrowded with factual information which soon becomes out of date and inhibits students from developing into creative critical thinkers and problem solvers.”

King's Fund, 1991

Si aceptamos que la enseñanza es una relación transaccional entre discentes y profesores, debe haber un objeto, unos objetivos y un método establecidos a través del currículum y unos condicionantes que determinen el entorno en el que se desarrolla la enseñanza.

En los países anglosajones y en Estados Unidos, el currículum clásico introducido por Abraham Flexner en 1911, con el que se enseñaba al estudiante los principios de las ciencias biomédicas básicas antes de acceder a las materias clínicas, se ha modificado sustancialmente o sustituido por otros que han incorporado nuevas metodologías y técnicas docentes^{1–9}. Sin embargo, muchas facultades, la mayoría entre los países hispanohablantes, se han resistido a la necesaria evolución y siguen utilizando un modelo estático de estructura curricular que apenas da cabida a los cambios de la práctica clínica ocurridos durante las últimas décadas. Entre estos, cabe destacar:

- a) El crecimiento exponencial del conocimiento médico, que exige una actualizada y cuidadosa integración de las ciencias básicas y clínicas en el currículum.
- b) El incesante desarrollo de la tecnología médica, que introduce nuevas maneras de comunicar, diagnosticar y curar.
- c) Los cambios en las prevalencias y tipos de las enfermedades condicionadas por las nuevas terapias, la creciente longevidad y el consecuente incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas.
- d) El aún insuficiente desarrollo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- e) El creciente y deseable protagonismo clínico de la Atención Primaria.
- f) El avance de la labor asistencial en equipo al que debe incorporarse el alumno.
- g) El papel de la medicina protocolizada basada en la evidencia.
- h) La introducción de nuevos estándares y requerimientos éticos en la práctica clínica.
- i) La circunstancia representada por la pandemia actual que ha introducido cambios trascendentes, algunos de ellos probablemente permanentes, en las formas de comunicación, no solo entre discentes y profesores sino incluso entre los médicos y otro personal sanitario con los pacientes.
- j) La irrupción imparable de las técnicas de simulación cada vez más sofisticadas y útiles.

Las reformas curriculares introducidas en las últimas dos décadas incluyen la reestructuración e integración horizontal y vertical de los contenidos, el uso de estrategias educativas más apoyadas en el contexto clínico real y el aprendizaje independiente, así como la introducción de nuevas técnicas de evaluación que califican los conocimientos, habilidades y actitudes^{6,7,10}. Todos tienen en común dos características: a) haber superado las rígidas fronteras entre las enseñanzas preclínicas y clínicas del currículum, y b) perseguir objetivos comunes como son transmitir conocimientos, enseñar habilidades e inculcar el código de valores de la profesión de una manera equilibrada y en la práctica clínica real. Para ello es necesario propiciar un contacto más precoz de los alumnos con el enfermo y la participación creciente en su atención, fomentando en ellos el interés por los estudios complementarios y el recurso a las bibliotecas.

El entorno físico que representa el «dónde enseñar» supone un aspecto crítico para modernizar un currículum. Tradicionalmente los servicios clínicos en los hospitales universitarios proporcionan un escenario ideal para formar al estudiante. Sin embargo, el hospital ha dejado de ser el

único y, si consideramos algunas facetas del aprendizaje, el mejor lugar para enseñar al alumno. Hoy resulta indudable que una parte importante de lo que el alumno debe saber, se aprende mejor en el contexto de la Atención Primaria.

Pero no podemos olvidar que la enseñanza de la medicina en nuestros días representa un *continuum* entre los niveles de pregrado y posgrado, aunque estos funcionen de manera independiente y, todo ello, con el «enlace» que supone la necesaria superación del examen de acceso (MIR), y la condición de «trabajador en prácticas» del residente, lo que no favorece el mejor desarrollo del proceso formativo.

A ello debemos añadir circunstancias como la sobrecarga asistencial del profesor, la crónica infravaloración de la actividad docente y el marcado envejecimiento del cuerpo de profesores. Para mitigarlo, en diversas facultades de otros países se han instaurado reformas curriculares. En el caso de España, nuestra limitación principal se relaciona más con el diseño de nuestras universidades, la rigidez de la actual estructura departamental y el inmovilismo y desmotivación de una parte importante del profesorado, junto con la precariedad de la categoría de profesor asociado, son factores que explican en buena parte la desafección generalizada hacia la carrera académica, que parece haber perdido todo su atractivo para los profesores más jóvenes (colectivo decisivo para implantar cualquier mejora curricular).

La solución al problema deberá pasar por la «reforma» de la carrera académica, al modo que se viene practicando en algunos de los países citados, con estrategias que motivan la «adhesión» a la tarea docente, favoreciendo la formación y promoción del profesorado.

El paro tecnológico que afecta a algunas de nuestras facultades podría mitigarse recuperando algunos de los mejores cerebros que recibe la universidad y que mantenemos infrautilizados durante años en el contexto clínico. Pues bien, y citando a R. Díez-Lobato «acabemos con el acorralamiento del alumno en las grandes aulas, dejemos que estas se ventilen mucho más y emplacemos al alumno al lado del enfermo bajo nuestra tutela»¹⁰.

La experiencia adquirida en otras facultades ha demostrado que es imprescindible disponer de una Unidad, Comité o Cátedra de Educación Médica que, actuando por encima de los intereses departamentales, en conjunción con los equipos decanales, impulse el cambio. Este órgano deberá estar formado por profesores expertos en metodologías docentes que tengan intención, tiempo y autoridad institucional delegada para integrar y monitorizar la corriente educativa en su conjunto, evitando la disfunción impuesta por la fragmentación del saber médico y las presiones a veces excesivas de los especialistas.

Un problema nuevo que afecta la interacción de las enseñanzas de pregrado y posgrado en los hospitales universitarios aflora con la reducción del horario laboral de los médicos residentes (48 horas semanales). La *European Working Time Directive* (EWTD)^{11,12} hace que el aprendizaje del residente basado en el equilibrio entre los requerimientos de su formación teórico-práctica y la realización del trabajo asistencial, en caso de conflicto entre ambos se vea forzado a dedicar proporcionalmente más tiempo a la asistencia en su vertiente más rutinaria o menos formativa, lo que recortará sus actividades clínicas y reducirá el tiempo dedicado a su propia formación y la del estudiante de pregrado. Aunque, siguiendo a Díez-Lobato, cabe preguntarse de nuevo qué parte de este escaso tiempo adicional estaría dispuesto a dedicar el residente a la atención del alumno de pregrado. La polémica permanece abierta y se hace precisa la búsqueda de soluciones¹⁰.

Bibliografía

1. Barzansky B, Etzel SI. Educational Programs in US medical Schools, 2003-2004. *JAMA*. 2004;292:1025-31.
2. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, et al. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77:361-7.
3. Carreras J. Diseño de nuevos planes de estudio de medicina en el contexto del espacio europeo de educación superior. I. Punto de partida y decisiones previas. *Educación Médica*. 2005;8:191-203.
4. Charap M. Reducing resident work hours: unproven assumptions and unforeseen outcomes. *Ann Intern Med*. 2004;140:814-5.
5. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Eng J Med*. 2006;355:1339-44.
6. Dent JA, Harden RM. A practical guide for medical teachers. Edinburg: Elsevier, Churchill & Livingstone; 2005.
7. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. 2003, <http://www.gmc-uk.org>.
8. Peinado Herreros JM. Libro Blanco. Titulación Medicina. ANECA; 2006.
9. SEDEM. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. *Educación Médica*. 2005;8:3-7.
10. Díez-Lobato R. 6-1 Dendra Medica / *Ars Medica* 2010;6:69-82.
11. Benes V. The European Working Time Directive and the Effects on Training of Surgical Specialists (Doctors in Training): a position paper of the surgical disciplines of the countries of the EU. *Acta Neurochir (Wien)*. 2006;148:1227-331233.
12. Maybury C. The European Working Time Directive: a decade on. *Lancet*. 2014;384:1562-3.

José A. Gutiérrez Fuentes

Editor Educación Médica

Correo electrónico: jagutierrezfuentes@gmail.com