

AULA DOCENTE

MESA 1

Las urgencias y emergencias en la formación del médico de familia

Moderador:

J.A. Cordero Torres

Médico de Familia, Especialista en Urgencias y Emergencias (Universidad de Extremadura), miembro del grupo de Urgencias de semFYC. Médico del Servicio de Urgencias del Hospital Regional Universitario de Badajoz.

Ponentes:

M. Carbonell Soriano

Médico de Familia, Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Peset. Valencia. Coordinador del Grupo de urgencias de SVMFYC. Miembro del grupo de urgencias (GUAC) de semFYC.

M. Canals Aracil

Médica de Familia, Centro de Salud "Calesas". Madrid. Miembro del Grupo de urgencias (GUAC) de SemFYC.

J. Arroyo Fernández de Aguilar

Médico de Familia. Coordinador de UME de Badajoz. Miembro del Grupo de urgencias (GUAC) de SemFYC. Especialista en Emergencias por la Universidad de Extremadura. Coordinador autonómico en Extremadura del Programa ESVAP de Semfyc.

Los servicios de urgencias hospitalarios en la formación del médico de familia

M. Carbonell Soriano

En la actualidad existe una polémica sobre la forma de acceder a una formación reglada de urgencias. Por un lado la SEMFYC propone un área de capacitación específica en urgencias y emergencias para médicos de familia, en contraposición otras sociedades abogan por la creación de una nueva especialidad vía MIR o la creación de una "superespecialidad" a través de otras ya establecidas.

Sea cual sea la vía elegida, los médicos especialistas en MFYC deben tener una formación integral en urgencias y emergencias para desempeñar su actividad laboral la cual abarca todas las facetas de la asistencia médica. Los objetivos en la formación del médico especialista en MFYC en el ámbito de urgencias deben de ser:

1. Soporte de las funciones vitales.
2. Conocer y aplicar el concepto de sistema integral de urgencias y emergencias.
3. Conocer y aplicar el concepto de calidad en urgencias.
4. Conocer y aplicar los procedimientos de soporte vital básico y avanzado.
5. Adquirir la capacidad para enseñar los procedimientos de soporte vital básico a la población general y primeros intervinientes.
6. Adquirir la capacidad para enseñar los procedimientos de desfibrilación externa automática a la población general y primeros intervinientes.
7. Adquirir la capacidad para enseñar los procedimientos de soporte vital básico y avanzado al personal sanitario.
8. Adquirir la capacidad de dirigir un equipo de urgencias y/o emergencias.
9. Asistencia a las urgencias y emergencias médicas.
10. Valoración y manejo integral del paciente con "trauma grave".

11. Valoración y manejo de accidentes de múltiples víctimas y triage.
12. Conocimiento de sistemas de coordinación y regulación médica de la demanda urgente.

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios son en la actualidad un conjunto heterogéneo tanto en su composición (Médicos especialistas en MFYC, internistas, generalistas...) como en su funcionamiento, por lo que se debería hacer un esfuerzo para aunar criterios tanto en el ámbito asistencial como en la formación de los residentes. Por otro lado debido al incremento constante de la presión asistencial de dichos Servicios la calidad de la formación de los residentes tiende a disminuir, debiéndose tomar medidas tanto para la adecuación de las plantillas como para la formación continuada del docente.

En diversos Servicios de Urgencias Hospitalarios de la Comunidad Valenciana se está realizando una encuesta a los residentes de MFYC, con el fin de evaluar la formación recibida en urgencias y si esta era suficiente para desempeñar la labor asistencial en un servicio de urgencias hospitalarias, así como de las distintas vías de formación que en estos momentos se barajan cuyos resultados y conclusiones se expondrán en el XXV congreso de la SEMFYC de Santiago de Compostela.

La atención continuada/urgencias en atención primaria ¿un buen lugar de aprendizaje?

M. Canals Aracil

La atención a las urgencias es una parte más del trabajo diario del Médico de Familia (MF).

Uno de los elementos conceptuales de la Atención primaria (AP) es que ésta es "continuada y permanente"; es decir, a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia, lo cual incluye la atención al paciente que demanda asistencia de forma urgente. En los últimos tiempos estamos asistiendo a una peligrosa corriente que considera que la atención urgente no debiera ser parte de la AP, y así, vemos como en determinadas comunidades autónomas se está organizando la urgencia extrahospitalaria en servicios ajenos a ésta. Esto creemos puede crear una peligrosa "tercera vía" de acceso al sistema sanitario, así como repercutir en una pérdida de la continuidad en la atención a estos pacientes.

Las razones de esta tendencia son múltiples, y no es éste el escenario de discusión. Sin embargo todos estos factores pueden influenciar que los propios residentes de Medicina de Familia tengan la sensación de que fuera del hospital no se puede recibir formación en urgencias.

Por otra parte, el MF está acostumbrado a trabajar en un escenario de alta incertidumbre, con pocos medios diagnósticos y además lo hace con una orientación biopsicosocial. Estas características hacen que el MF sea un profesional muy eficiente en el trabajo en urgencias. De hecho, hay estudios que lo demuestran. Estas características diferenciales difícilmente se pueden adquirir en otro ámbito que no sea la AP.

La puesta en marcha del nuevo programa de la especialidad puede ser una excelente oportunidad para reconducir esta tendencia y falsas creencias, puesto que posibilita, no sólo la formación en las Áreas esenciales y específicas de la AP, sino que también garantiza una formación sólida que sirva de base para una posterior formación en otras áreas de capacitación, como puede ser la urgencia.

Otro de los puntos novedosos del programa en que se aumenta el contacto del residente con el Centro de salud (CS), de forma que se amplía la rotación al inicio de la residencia (3-6 meses) y se garantiza la permanencia del 50% de la duración del periodo de formación en el CS.

En lo que a la Atención Continuada (AC) se refiere, se explicita la obligatoriedad de realizar guardias en AP, de forma creciente hasta alcanzar el 75% de las horas de AC durante el periodo de R4.

Estos cambios representan, a nuestro juicio, una oportunidad de mejora, no sólo de la formación del residente en MF, sino también en la formación continuada de los tutores, así como de la propia organización de las urgencias en los CS de las distintas Unidades Docentes (UD).

A partir de estas premisas surgen distintas interrogantes a las que trataremos de responder en esta ponencia:

¿Cómo se van a organizar las Unidades Docentes para afrontar estas rotaciones?

¿Hay capacidad en AP de formar a residentes en urgencias?

¿Cuáles son las opiniones y expectativas de los residentes con respecto a la formación en urgencias fuera del hospital?

Las unidades de emergencias como recursos docentes. Experiencias y futuro como unidades docentes de apoyo

J. Arroyo Fernández de Aguilar

El cada día mayor número de médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria que se dedican profesionalmente a las Urgencias y Emergencias propicia el uso de las unidades medicalizadas de emergencias como recurso dentro de la formación del residente de MFyC. Los resultados después de un año de experiencia como servicio docente colaborador de la Unidad Docente de MFyC del Área de Badajoz nos hacen mirar de forma ilusionada el futuro de estas unidades como recursos docentes y nos hacen reflexionar sobre las mejoras a introducir en el período de rotación de los residentes por las mismas.

Como ideas principales:

- 1) Las Unidades Medicalizadas de Emergencias deben de usarse como recurso docente a fin de conseguir completar la formación del residente de MFyC en el área de la urgencia y la emergencia extrahospitalaria.
- 2) Los períodos de rotación por las UMES podrían y deberían completarse con otras actividades docentes dentro del área de las urgencias y emergencias.
- 3) <Al ser servicios con unos horarios de trabajo “especiales” y sin posibilidad de programación de la actividad asistencial, se podrían estudiar fórmulas de distribución del tiempo que el residente pasa en estos servicios, a fin de optimizar su aprovechamiento tanto docente como asistencial.

Con la rotación del residente por una UME llega a completarse la formación del futuro especialista en MFyC en el área de las urgencias y emergencias, que hasta ahora se basaba en guardias hospitalarias y guardias de atención continuada en los centros de salud; de esta forma, el residente conoce de primera mano a través del trabajo en una UME el tercer pilar de la asistencia a las urgencias y emergencias, pilar por lo demás fundamental en la asistencia a la urgencia y la emergencia en el ámbito extrahospitalario.

Asimismo, al ser la actividad asistencial de una UME una labor “no programada” sino en función de la demanda que se genera, se establecen períodos en los cuales la “no actividad” del equipo de la UME permiten otras actividades docentes con el residente, entre las que se pueden citar:

- Análisis de los casos atendidos por la unidad y evaluación de los mismos.
- Resolución de las dudas que presente el residente después de una actuación.
- Análisis de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de los casos atendidos.

Durante la rotación del residente éste deberá participar en las actividades no asistenciales del servicio, tal y como ocurre en otras rotaciones, y de esta manera se incorporará más profundamente en el trabajo y en el equipo humano que forma parte de una UME. Entre estas actividades figuran:

- Sesiones clínicas internas (y externas en el caso de que las hubiera por ejemplo, con centros de salud o con servicios de urgencias hospitalarios).
- Revisiones, tanto de artículos científicos como de protocolos; estos protocolos también pueden ser internos o conjuntos con otros servicios antes citados.
- Reuniones de equipo, con finalidad organizativa, administrativa, etc.

Un aspecto muy importante es la motivación del residente cuando rota por estas unidades; desde nuestra experiencia, al ser una rotación voluntaria de un mes, el residente llega a nuestra unidad con un alto grado de motivación e incluso “curiosidad” por el trabajo que se realiza en una

UME, habiendo mostrado gran interés por “hacer muchas cosas” durante su período de rotación, lo que se traduce en una gran implicación del residente en la actuación asistencial, en el trabajo “al pie del cañón”, en la infinidad de preguntas, dudas, consejos, alternativas...que nos han ido mostrando a lo largo de las rotaciones y que nos han hecho reflexionar en no pocas veces sobre alternativas diagnósticas o terapéuticas que no se habían considerado en un primer momento.

Inciendo más en la motivación de esta rotación, nuestra experiencia arroja el dato de que sistemáticamente los residentes que han pasado por nuestra unidad prolongan voluntariamente su jornada laboral de forma muy notable, incluso hasta altas horas de la noche, sin estar de guardia (durante su rotación realizan dos guardias de 24 horas en la UME) y por que consideran que ese día “no han visto lo suficiente” o quieren “ver más cosas”. Si lo comparamos con lo que ocurre en otras rotaciones, sin señalar a ninguna en concreto, realmente vemos una diferencia significativa en la motivación y el interés del residente en rotar por una UME.

Por este último motivo, se podrían establecer fórmulas de distribución de las horas totales de trabajo mensuales para el residente (guardias aparte) mientras dura la rotación por una UME, ya que los períodos de trabajo del personal asistencial de las UMES no suele ser el convencional, sino más bien turnos especiales tal y como el que tenemos en nuestra unidad, de 24 horas, y también por el hecho de que nuestra actividad asistencial no puede ser programada ni planificada de antemano al depender de la generación de casos urgentes y emergentes en el medio extrahospitalario (no se tiene consulta programada). De esta forma, permitir turnos prolongados de trabajo del residente en una UME mejoraría el aprovechamiento del tiempo de rotación al asistir a más casos, a más pacientes, pero sin que ello perjudicara el residente en cuanto al tiempo total trabajado en ese mes. Fórmulas como libranza después de turnos prolongados de trabajo, ocupando ese tiempo de libranza en otras actividades como elaboración o revisión de protocolos, revisiones clínicas, etc. creo que deberían discutirse en los foros adecuados y si realmente resultan en un beneficio para el residente aplicarse durante estas rotaciones.

MESA 2

El espacio europeo de educación superior: ¿en dónde y cómo aprenderán los estudiantes a ser médicos?

Moderadores:

P. Bonal Pitz

Médico de familia. Doctor en Medicina. Coordinador del Grupo Pregrado de la semFYC. Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Coordinador Pregrado y tutor de la UD de MFyC de Sevilla.

J.M. Fraga Bermúdez

Decano de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

Ponentes:

A. Berlin

Senior Lecturer del Department of Primary Care & Populations Sciences del Royal Free and University College Medical School, University College London, Department of Primary Care and Population.

M. Roland

Maitre de Stage et Professeur de Médecine Générale CUMG. Université Libre de Bruxelles.

J. Peinado Herreros

Profesor del Departamento de Bioquímica y Decano de la Facultad de Medicina de Granada. Secretario de la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España. Coordinador del Libro Blanco de la titulación de Medicina.

V. Pedraza Muriel

Catedrático y Director del Departamento de Radiología y Medicina Física de la Universidad de Granada. Miembro del Consejo de Coordinación Universitaria.

Aprender a ser médico en el centro de salud y en la comunidad en el Reino Unido

A. Berlin

Factores

El incremento de la participación de la Atención Primaria en la formación pregrado en medicina ha sido un gran éxito para los Médicos de Familia/General Practitioners (GPs) británicos. Muchos de los factores importantes ya existen en otros países, sobre todo cambios socio-demográficos, epidemiológicos y asistenciales. Sin embargo, en Inglaterra se observan varias influencias particulares. Estas incluyen la creación de unidades académicas con categoría de Departamentos y Cátedras de Medicina de Familia/Atención Primaria en todas las Facultades de Medicina (su creación se produjo durante los años 70 y 80), y la larga, y respetada tradición en la formación postgrado de los médicos de familia. También los aspectos económicos, el dinero, como siempre, daban un fuerte impulso por el estatus de empleo "autónomo" de los GPs (que les deja tomar decisiones independientes a nivel económico), y además, desde 1992, un sistema de financiación que permitió a los Departamentos de Medicina de Familia compensar a los médicos de los Centros de Salud (CS) con retribuciones dignas y atractivas por su labor docente universitaria.

Aunque tenemos que reconocer que las fuerzas de cambio más potentes han sido pragmáticas (sobre todo la reducción de unidades hospitalarias). En 1993 el Consejo General de Médicos (que reglamenta la licenciatura) publicó su documento "Médicos del Futuro"¹ en el que recomendó la reorganización de los planes de estudio, en base (entre otros) a la de integración de sus asignaturas, sustentados en las necesidades clínicas de la

sociedad (no puramente científicas), haciendo un mayor énfasis en el aprendizaje en la comunidad y centrado en la relación médico-paciente. A principios de los años 90 la proporción promedio de los planes de estudio realizado en la comunidad era 3 semanas o un 3% de horas, en 2005 en mi facultad ha llegado a aproximadamente 15 semanas o un 15%. Por otro lado, este rápido incremento no ha estado exento de dificultades. Un nuevo sistema de clasificar y comparar los departamentos universitarios basados en publicaciones de trabajos de investigación ha conducido a una disminución del valor de la docencia. Al mismo tiempo, los sueldos de un GP en un CS (por fuerzas del mercado) ha subido mucho más de lo que se puede ganar en la universidad. Aunque en nuestra facultad, el Departamento de Atención Primaria es el más grande, en otras facultades se están reduciendo, sobre todo por la menor dedicación a las tareas investigadoras, aunque no en la docencia, y por las dificultades en retener a los GPs académicos. Una expansión nacional de "numerus clausus" en la licenciatura con 4.000 alumnos en 1996, a 7.000 en 2005 ha implicado una masificación de estudiantes en los CS. Nuestro propio éxito también está creando nuevos retos, como son la introducción de rotaciones postgrados en los centros de salud para la mayoría de los residentes de otras especialidades².

Desarrollo de la docencia en los centros de salud

Los posibles resultados del aprendizaje en la comunidad son amplios y se puede dividir en diez áreas principales (tabla 1). Mediante la educación basada en la comunidad el estudiante puede adquirir habilidades prácticas, conocimiento y actitudes.

Eligiendo los resultados educacionales

Está claro que cada programa o actividad docente en el pregrado no puede cumplir todos los objetivos listados en la Tabla 1. El arte consiste en elegir los objetivos y los resultados docentes más acertados para el contexto del Plan de Estudios. Para cada intervención se tiene que responder a lo siguiente:

1. Que resultados u objetivos queremos lograr.
2. Quien puede dedicarse a diseñar y proveer la docencia.
3. Cuando debe situarse en el Plan de Estudios.

A principios de los 70, cuando empezaron las rotaciones por los centros de salud, los objetivos y las metodologías docentes utilizadas eran muy generales empleando metodologías docentes poco ambiciosas. El método más usado al principio era lo que se llamaba famosamente en Inglés "sentado con la Tía Neli", el estudiante en la esquina del consultorio absolutamente pasivo observando el tutor pasando la consulta hora tras hora. Poco a poco, con el incremento de horas y la extensión de intervenciones a través de los años de la licenciatura, los Departamentos de Medicina de Familia y sus tutores desarrollaron programas más sofisticados y con objetivos de aprendizaje más concretos.

¿Cómo aprenden los estudiantes en la comunidad?

Ahora tenemos una multitud de ejemplos de las distintas innovaciones en este campo. Aquí voy a intentar resumir y categorizar las intervenciones más frecuentes en las facultades inglesas

1. *Contacto inicial con pacientes (año 1º)*. Enfocado en la experiencia de las expectativas del enfermo, con el desarrollo de técnicas básicas de comunicación, y vinculado con los programas de psicología, sociología y ética. Es típico que en estas intervenciones el estudiante conoce (a raíz de un medico de familia) una persona o familia en su propia casa o el centro para entrevistar (a veces a lo largo de unos meses) y preparar un informe. Este proyecto también pueden estar vinculado con las asignaturas más tradicionales por ejemplo la genética (visitando a una familia que padece, por ejemplo, de la hemofilia) o la fisiología reproductiva (visitando a una mujer embarazada). Variaciones sobre este tipo de programa son muy populares, se desarrollan en casi todas las facultades^{3,4}.

2. *Participación en la comunidad (años 1º- 2º)*. Dirigida a las intervenciones no sanitarias propiamente, y con la intención de que los estudiantes se impliquen con la comunidad. Se vinculan con la sociología y la salud pública. Como ejemplo se incluyen proyectos basado en agencias no gubernamentales o de voluntariado (pe: grupos de pacientes diabéticos o de mujeres refugiadas). Estas intervenciones son menos populares porque son más difíciles de organizar y asegurar que los estudiantes realmente aprecien los objetivos y no se conviertan en un peso para las organizaciones en que están trabajando⁵.

TABLA 1 Aprender a ser médico en la comunidad – posibles resultados del aprendizaje.**La comunidad**

Ampliar su percepción de los aspectos de mayor relevancia para la comunidad local.

Una mayor concienciación de las influencias sociales sobre la salud.

Evaluación del paciente en su propio medio-ambiente.

El Individuo

Comprensión del comportamiento de “buscar ayuda” y la experiencia de la enfermedad, única en cada paciente.

Enfoque biopsicosocial.

Enfoque centrado en el paciente.

La evolución natural de las enfermedades y su manejo a raíz de la atención continuada.

La familia

El impacto de las relaciones sociales y sistémicas.

Enfermedades heredadas y genéticas.

La metodología clínica

Aprender los métodos clínicos – los básicos y los más avanzados.

Técnicas de comunicación medico-paciente.

Integración de las habilidades técnicas y los conocimientos.

Completar, y ampliar, las experiencias clínicas de otras especialidades (p.e. ginecología, dermatología, medicina interna etc.).

Apreciar la extensión de la “normalidad”.

Manejar la incertidumbre y el uso del tiempo como tratamiento o herramienta diagnóstica.

Incorporar el paciente en las decisiones clínicas.

Aspectos éticos (pe. confidencialidad, autonomía del paciente, la concordancia, etc.).

Conceptos de la salud y la enfermedad

Técnicas de la promoción de la salud y la prevención de enfermedad.

Concepto e impacto de la discapacidad.

Los síntomas sin explicación médica.

La provisión servicios sanitarios

La relación entre servicios de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.

Habilidades de Gestión.

Técnicas de trabajo en equipo.

Intervenciones de salud pública y comunitarias.

Intervenciones inter-sectoriales.

El papel de las agencias sociales, no gubernamentales y voluntarias.

La responsabilidad social

Mejor capacidad de manejar las necesidades de las comunidades no atendidas.

Responsabilizar para tomar una actitud social.

Metodologías pedagógicas

Promoción del aprendizaje auto-didáctico, reflexivo y “por vida”.

Desarrollo de técnicas en las que el paciente “actúa” como docente.

La aplicación de técnicas pedagógicas centradas en el que aprende.

Actitudes hacia los médicos de medicina familiar

Más interés en la especialidad de MF.

Mejor actitud hacia los MF y la Atención Primaria.

3. Docencia en la metodología clínica y especialidades (años 2º, 3º o 4º).

Orientada a la adquisición de las técnicas claves de la medicina: la entrevista clínica y la exploración física del paciente. Estas rotaciones pueden ser introductorias o estar vinculadas con otras especialidades⁶. Por ejemplo, cuando un estudiante pasa por la sala de cardiología, pasará un día a la semana por el centro de salud para entrevistar y explorar pacientes con factores de riesgo, historias típicas de infarto etc., y hablar con el tutor sobre el manejo del paciente cardíaco crónico y las intervenciones preventivas. En muchos casos los pacientes, como están relativamente sanos desarrollan un papel muy activo en la enseñanza⁷. Hay ejemplos de vínculos

con la medicina interna, dermatología, reumatología, geriatría, otorrinolaringología, ginecología⁸ y salud mental⁹. Son muy populares entre los médicos de familia y los estudiantes. Los resultados, en términos de las condiciones vistas¹⁰ y las notas en los exámenes¹¹, son positivos. Son también útiles para aliviar la masificación de estudiantes en los hospitales. A veces las relaciones con los especialistas hospitalarios tienen que ser llevadas con cuidado.

4. Programas troncales de Medicina de Familia (Core Courses) (años 4º o 5º).

Estas rotaciones son universales, se realizan en todas las facultades^{12,13}.

Tienen como objetivo conocer en qué consiste la Medicina de Familia y la Atención Primaria y el papel de los profesionales en la comunidad. Al mismo tiempo, se produce el aprendizaje de como se presenta los enfermos, como se maneja los problemas sin definición y con pocos recursos técnicos. En su núcleo central este tipo de programas suele estar enfocado a la integración del manejo clínico con la relación medico-paciente y las técnicas de comunicación^{14,15}. En este periodo, los estudiantes llevan un papel activo en la consulta y en muchos casos se graban vídeos para analizar en grupos pequeños. Para ampliar la experiencia los estudiantes tienen que cumplir unas tareas por ejemplo una auditoria clínica, un diagnóstico de las necesidades de la comunidad o un análisis de un caso significativo¹⁶. Estos programas duran de 3 a 8 semanas y frecuentemente los estudiantes combinan el tiempo en el centros con sesiones o clases en la universidad. En nuestra facultad cada estudiante pasa 4 semanas en un centro de salud Londinense (un estudiante con un tutor) durante el cuarto año y también otras 4 en quinto en un centro rural.

Aprender en el Centro de Salud y la evidencia

En el campo de la enseñanza es difícil generar evidencias que cumplan los criterios que se esperaría de las intervenciones clínicas. Sin embargo, la enseñanza basada en CS ha sido investigada con mucho más detalle que la formación hospitalaria tradicional. La evidencia afirma que hay valor añadido sobre todo lo relacionado con aspectos psico-sociológicos y de salud pública. Las experiencias son más amplias, y se destaca la comparación entre los contenidos clínicos que se puede adquirir en el hospital y en el CS^{9,10}. Así, los resultados en los exámenes clínicos entre estudiantes que han pasado toda la rotación clínica en medicina interna en el hospital son iguales a los de estudiantes que la realizaron exclusivamente en la comunidad¹¹. También existe evidencia de que las rotaciones más largas influyen positivamente en la actitud hacia los médicos de familia y la especialidad¹⁷. Significativamente la docencia en Atención Primaria no es más costosa pero necesita nuevos modelos de financiación y retribuciones. Finalmente, el contacto con los estudiantes sube la moral de los profesionales en los CS y los motivan profesionalmente¹⁸, lo que puede tener efectos muy positivos para los pacientes⁹.

Por otra parte la experiencia de Inglaterra y otros países sugiere que el contacto con profesionales en Atención Primaria con bajo nivel de preparación en programas no bien planeados tiene un efecto negativo persistente en las actitudes y valores de los futuros médicos hacia la especialidad.

Bibliografía

1. General Medical Council (1993) Recommendations on Undergraduate Medical Education - Tomorrow's Doctors (London, GMC).
2. National Health Service Modernising Medical Careers .2004 <http://www.mmc.nhs.uk/pages/home> accessed 4/7/05
3. Hannay D, Mitchell C, Chung MC. The development and evaluation of a community attachment scheme for first-year medical students. *Med Teach*. 2003;25:161-6.
4. Pill RM, Tapper-Jones LM. An unwelcome visitor? The opinions of mothers involved in the community-based undergraduate teaching project. *Medical Education*. 1993;27:238-44.
5. Lennox A, Petersen S. Development and evaluation of a community based, multi-agency course for medical students: descriptive survey. *BMJ*. 1998;316:596-9.
6. Wallace P, Berlin A, Murray E, Southgate L CeMENT: a multi-centre project to develop community based medical education in North Thames Medical Education 2001;35:160-6.
7. Stacy R, Spencer J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. *Med Educ*. 1999;33:688-94.
8. Nicholson S, Osonnaya C, Carter YH, Savage W, Hennessy E, Collinson S. Designing a community-based fourth-year obstetrics and gynaecology module: an example of innovative curriculum development. *Med Educ*. 2001;35:398-403.
9. Walters K, Buszewicz M, Russell J, Humphrey C. Teaching as therapy: cross sectional and qualitative evaluation of patients' experiences of undergraduate psychiatry teaching in the community. *BMJ*. 2003;326:740.

10. Bryant P, Hartley S, Coppola W, Berlin A, Modell M, Murray E. Clinical Exposure during clinical methods attachments in general practice. *Medical Education* 2003;37:790-3.
11. Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical method in general practice? A randomised crossover trial based on objective structured clinical examinations. *BMJ*. 1997;315:920-3.
12. Robinson LA, Spencer JA, Jones RH. Contribution of academic departments of general practice to undergraduate teaching, and their plans for curriculum development. *Br J Gen Pract*. 1994;44:489-91.
13. Berlin A, Carter F. Teaching and learning in the community (Module) in Teaching and Learning In Clinical Contexts: A Resource For Health Professionals ed. McKimm J, London Deanery, 2003 <http://www.clinicalteaching.nhs.uk>
14. Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2001;35:666-72.
15. Thistlethwaite JE, Jordan JJ. Patient-centred consultations: a comparison of student experience and understanding in two clinical environments. *Med Educ*. 1999;33:678-85.
16. Henderson E, Hogan H, Grant A, Berlin A. Conflicts and coping strategies. A qualitative study of students attitudes to Significant Event Analysis: *Medical Education* 2003;37:438-46.
17. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitudes of medical students towards general practice and general practitioners *Br J Gen Pract*. 2002;52:359-63.
18. Hartley S, Macfarlane F, Gantley M, Murray E. Influence on general practitioners of teaching undergraduates: qualitative study of London general practitioner teachers. *BMJ*. 1999;319:1168-71.

Los nuevos planes de estudios de la licenciatura de medicina: qué pueden aportar desde los centros de salud los médicos de familia en España

J. Peinado Herreros

Las Facultades de Medicina, han sido el lugar donde, desde la creación de la universidad, se han formado generaciones de médicos. Durante este tiempo, la medicina ha progresado de forma espectacular, y se ha convertido en un bien social, en el que la salud de la población, a pesar de sus crecientes costes, es una conquista irrenunciable. En este contexto, la formación de los médicos es la más exigente y prolongada en comparación con otras profesiones.

El proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se ha convertido en una extraordinaria oportunidad para reflexionar en torno a la formación médica, considerada de forma integral, desde su inicio en la Universidad, seguida de la formación especializada y la formación a lo largo de la vida. Con este motivo, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (CND) ha elaborado el "Libro Blanco" de medicina, en el que tras analizar la normativa nacional sobre EEES, la directiva europea sobre la titulación, la LOPS, el sistema de acceso a las facultades de medicina y la especialidad, la demanda de médicos y las relaciones de la universidad con el sistema sanitario, los diferentes currícula y metodologías docentes existentes en la UE y USA, y otros muchos aspectos, se proponen para su debate:

1. Los objetivos y competencias del título de médico con formación básica.
2. Una duración de los estudios de 360 créditos europeos, (6 años), incorporando un 90% de materias formativas comunes.
3. Se describen conocimientos, aptitudes y destrezas, resaltando la importancia de la formación práctico-clínica, su necesaria evaluación y su continuidad con los programas de formación especializada.
4. Se propone que el título de médico incluya el master, favoreciéndose el acceso al doctorado. A la formación básica se incorporan aspectos relacionados con la iniciación a la investigación.
5. Se postula, también, un cambio en las relaciones entre la universidad y las instituciones sanitarias, desarrollando todo el potencial docente de las mismas, a la vez que se permite la adecuada carrera académico-profesional del médico.

En el "Libro Blanco" se propone que los nuevos planes de estudio incorporen aspectos hasta ahora escasamente considerados, tales como las habilidades de comunicación, la nutrición y terapia nutricional, los cuidados paliativos, las urgencias y emergencias o la medicina familiar y comunitaria. En este contexto los centros de salud y los médicos de familia van a jugar un nuevo papel. En primer lugar la presencia de contenidos formativos comunes de medicina familiar y comunitaria en los futuros planes

de estudio, incorporará de una manera definitiva estos profesionales a la universidad, y enriquecerá aspectos relacionados con la comunicación y las habilidades clínicas. En segundo lugar estos especialistas aportarán una visión integral del individuo sano y enfermo, de los aspectos curativos y de prevención, todo ello en un ambiente muy próximo a la realidad social.

Medicina y espacio europeo de educación superior

V. Pedraza Muriel

Introducción

La adopción de un sistema comparable de titulaciones, la ordenación de los programas de estudios en dos ciclos principales (grado y postgrado), la definición de un sistema común de créditos, el impulso a la movilidad, la promoción y garantía de la calidad y el propósito de conseguir una dimensión europea para la educación superior constituyen los objetivos fundamentales del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)¹. Objetivos adicionales a los anteriormente descritos son los siguientes: a) la orientación de los estudios universitarios hacia el empleo; b) la creación de un espacio académico atractivo para estudiantes pre y postgraduados de todo el mundo [la desproporción existente entre el número de estudiantes y licenciados de distintos países que cursan estudios en las universidades europeas (< 500.000) y norteamericanas (> 2.000.000) se encuentra en el origen de esta decisión]^{1,2}.

Notas distintivas

Caracterizan, por otra parte, al EEES las siguientes notas distintivas³⁻⁶: 1) menor tiempo de formación del primer título universitario (grado); 2) adecuación entre la duración real de los estudios y la duración prevista para los mismos en las distintas titulaciones; 3) mayor atención a los resultados de la enseñanza que a los procedimientos y/o métodos de estudio; 4) impulso decidido a la investigación; 5) cambio del modelo educativo basado en la enseñanza (del profesor) por un nuevo modelo basado en el aprendizaje (por los estudiantes); 6) responsabilidad plena de las universidades en la formación de postgrado (master y doctorado). Los dos últimos puntos son particularmente importantes. El primero de ellos debe conducir, necesariamente, a un cambio de mentalidad de los profesores, a una modificación sustancial de la metodología educativa y a la probable adquisición, por los estudiantes, de las competencias profesionales, habilidades y actitudes que se predicen, como elemento clave, del proceso formativo del EEES. El segundo, aparte el respaldo que recibe la autonomía universitaria, asegura una oferta diversificada de títulos de postgrado, posibilita, mediante el mecanismo de precios públicos, el acceso general a los mismos y promueve la igualdad de oportunidades (principio de gran importancia política y considerable fuerza moral) en el acceso a los niveles superiores de la educación.

Grado y Postgrado

La filosofía general de la enseñanza de los títulos de grado en el EEES trata de hacer compatibles tres fines distintos entre sí^{3,7}: una formación de orden general, la orientación profesional de los estudios y el desarrollo intelectual y/o cultural de los estudiantes. En el marco de la disminución de los periodos de estudio conducentes a los títulos de grado, no es posible renunciarse, momentáneamente, sobre si será posible o no conseguir dichos fines. Lo esencial, a mi juicio, para que los programas de grado alcancen mínimos aceptables de calidad son una clara definición de las directrices generales propias de los diferentes títulos y un método educativo que haga posible la adquisición de conocimientos y competencias, la distinción entre conceptos y datos y el desarrollo del razonamiento y la crítica, es decir, la capacidad de pensar. Por otra parte, en lo concerniente a los títulos de postgrado, las hipótesis en las que nos movemos contemplan el postgrado como instrumento formación profesional avanzada (master), especializada o no, y/o investigación (doctorado).

Directrices generales comunes

En España, las directrices generales comunes de los títulos de grado, ya publicadas, incluyen una organización curricular comprendida entre 180 y 240 créditos y la estructuración de los contenidos formativos en dos niveles o categorías: contenidos comunes y contenidos específicos. Los comunes confieren validez académica nacional a los títulos; los específicos

completan la formación en una forma discrecionalmente decidida por las universidades. La relación entre unos y otros se sitúa entre el 50 y el 75% a favor de los primeros. La fijación de un límite (60 créditos) a los periodos anuales de estudios y la asignación de créditos a los contenidos educativos de los diferentes títulos [formación teórica, prácticas, trabajos académicamente dirigidos y actividades generales (estudio, exámenes, extensión cultural)] completan las mencionadas directrices⁸.

Para los títulos de postgrado, la doctrina oficial española se concreta en los siguientes puntos: *a*) requisitos de acceso (título de grado previo); *b*) fijación de un mínimo de créditos para la admisión (180/master-300/doctorado); *c*) desarrollo de un número suplementario de créditos (60 - 120, según los casos); *d*) atribución a las universidades de los criterios de ordenación y desarrollo (cursos, seminarios, tesis) conducentes a los mismos⁹.

Características del sistema universitario español actual

El sistema universitario español ha experimentado en los últimos años cambios profundos. Ha crecido de modo espectacular el número de universidades, centros y alumnos. El sistema se ha descentralizado. Se ha reconocido plenamente por los poderes públicos la autonomía de las universidades. La investigación científica, técnica y artística se percibe por todos, no sólo como un elemento de acceso al conocimiento, sino como un instrumento de desarrollo socio-económico y cultural fundamental. Se ha incrementado de modo notable la movilidad de los estudiantes, profesores e investigadores y se han introducido, por último, mecanismos de acreditación y evaluación de la calidad de las enseñanzas impartidas⁷. Todo ello ha hecho posible la sintonía de nuestras universidades con las instituciones académicas europeas. Cabe esperar, por ello, que la respuesta del sistema universitario español a los desafíos del EEES sea positiva y sitúe a nuestras universidades en la línea de salida con las mejores de Europa.

De hecho, España ha asumido hasta este momento en relación con el EEES los siguientes compromisos: 1) ha introducido el suplemento al diploma en todas las titulaciones; 2) ha incorporado a la estructura de las enseñanzas universitarias el sistema europeo de créditos (ECTS); 3) ha adoptado un sistema comparable de calificaciones; 4) ha definido y publicado las directrices generales de ordenación docente de los futuros títulos universitarios de grado y postgrado; 5) tiene en avanzado estado de desarrollo las denominaciones de los nuevos títulos de grado; 6) ha elaborado los criterios de homologación de los distintos grados académicos. Quedan por desarrollar sólo las directrices propias de las titulaciones de grado, un proceso que debe estar concluido antes del 30 de septiembre de 2007.

Grado en Medicina

La formación médica pregraduada se rige, en este momento, en nuestro país, por las directrices del plan de estudios de 1990. Características principales de dicho plan de estudios son las siguientes¹⁰:

- Disminución general del tiempo lectivo reservado a la formación teórica.
- Incremento paralelo del tiempo lectivo dedicado a la formación clínica.
- Introducción de materias optativas.
- Articulación de los contenidos educativos básicos en orden a hacer posible la coordinación de los mismos.
- Predominio en la formación de los contenidos generales, los conceptos, mecanismos y principios en lugar de los datos.
- Atención especial durante el proceso formativo a la patología común, la educación y promoción de la salud y la prevención, individual y comunitaria, de la enfermedad.

Algunas de las orientaciones sugeridas por el EEES están implícitas en el plan de estudios vigente. No debe ser difícil, por ello, acomodarse a los cambios previstos por aquél. En líneas generales, estos cambios pueden resumirse en la forma siguiente¹¹:

Aspectos generales

- Duración del periodo de estudios: 6 años / 5500 horas
- Orientación general de los estudios: adquisición de los conocimientos, competencias, habilidades y actitudes necesarias para una formación médica básica de calidad
- Énfasis en la formación teórica y práctica relacionada con el diagnóstico.
- Cambio de la instrucción pasiva por el aprendizaje activo.
- Mayor atención a los estudiantes que a las materias.

- Disminución general de la sobrecarga de los planes de estudios.
- Preparación específica para identificar, formular y resolver problemas clínicos y de salud.
- Adaptación del proceso educativo a los cambios que puedan sobrevenir en la formación médica postgraduada y continuada.
- Equilibrio en la formación entre los contenidos de ciencia básica y medicina clínica.
- Orientación médica de los contenidos de ciencia básica incluidos en el currículum.
- Atención preferente a la formación clínica hospitalaria y extrahospitalaria.
- Intensificación de las relaciones estudiantes/tutor y estudiantes/pacientes.

Actitudes y valores

- Percepción del carácter binomial -ciencia y profesión- de la medicina.
- Disponibilidad para el aprendizaje y la formación continua.
- Rechazo de los conocimientos y prácticas no basados en la evidencia científica.
- Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades.
- Conciencia de la repercusión económica de las decisiones.
- Reconocimiento de los límites de la propia competencia profesional.
- Protección a los pacientes del riesgo de malpraxis médica.
- Respeto a la dignidad, privacidad y derecho de información de los pacientes.
- Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina.
- Adecuación profesional y personal al imperativo moral del trabajo bien hecho.

Medicina y postgrado

En Medicina, la larga duración de los estudios de grado (6 años) plantea algunos problemas, los más importantes de los cuáles son el acceso al título de master y la naturaleza de los estudios conducentes al mismo. La normativa española impide, en este sentido, que puedan definirse por las universidades programas de postgrado que coincidan con los títulos oficiales de Especialista en Ciencias de la Salud a que alude la ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre ordenación de las profesiones sanitarias. Por otra parte, la mencionada ley dispone que la formación médica especializada teórica y práctica se llevará a cabo a tiempo completo, sin que sea posible realizar otras actividades excepto las relacionadas con el doctorado. En estas condiciones, la formación conducente al título de master habría que hacerla, bien antes de alcanzar el título de grado (lo cual es jurídicamente imposible) o bien después de ser especialista (lo que plantea la paradoja de que se pueda ser doctor antes que master). Una fórmula sencilla para hacer posible que los médicos especialistas en formación puedan conseguir el título de master sin prolongar el tiempo de su proceso educativo de postgrado es, a mi juicio, dar validez académica (60 créditos), vía convenio entre las universidades y los centros sanitarios docentes afiliados a las mismas, a los programas teóricos de formación de las distintas especialidades, agrupándolas temáticamente si fuese necesario para ello¹². La decisión oficial definitiva al respecto se producirá en el curso de los próximos meses dentro del desarrollo reglamentario de los títulos de postgrado que tiene pendiente el Gobierno.

Resumen

En el ámbito de la medicina, los principios que definen el EEES inducirán probablemente algunos cambios. Parecen claros en este sentido: *a*) el reforzamiento del carácter profesional de la formación médica; *b*) la modificación de los métodos de enseñanza y aprendizaje; *c*) la orientación de los contenidos y modelos curriculares hacia la identificación y solución de problemas; *d*) la adaptación de los planes de estudios a las necesidades y cambios sociales en materia de salud (con especial referencia a los cambios que puedan producirse en la práctica médica durante la formación médica postgraduada y continuada); *e*) la formación en conocimientos, competencias, actitudes y valores; *f*) el desarrollo e impulso a la cooperación en materia formativa (criterios y metodología educativas comparables, promoción y garantía de la calidad, colaboración institucional, impulso a la investigación). El papel central atribuido a las universidades en este proceso obliga a exigir de ellas el mayor cuidado y atención posibles en el cumplimiento de sus responsabilidades y cometidos. Nos jugamos mucho en el empeño para no hacerlo así.

Bibliografía

1. European Higher Education Area: The Bologna Declaration. Bologna, June 1999.
2. The Bologna Process (I): Establishing the European Higher Education Area. General Objectives. Conference of European Higher Education Ministers. Prague, May 2001.
3. Presidency Conclusions. European Council. Barcelona, Mars 2002.
4. The Bologna Process (II): Realising the European Higher Education Area. Priorities and New Objectives. Conference of European Higher Education Ministers. Berlin, September 2003.
5. The Bologna Process (III): Achieving the Goals. Conference on European Higher Education Ministers. Contribution of the European Commission. Bergen, May 2005.
6. Bologna Conference on Qualifications Frameworks. Danish Ministry of Science, Technology and Innovation. Kobenhavn, January 2005.
7. La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior. Documento Marco. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Madrid, Febrero 2003.
8. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que establece la estructura de las enseñanzas y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Boletín Oficial del Estado número 21, de 25 de enero de 2005, pp. 2842-2846.
9. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado. Boletín Oficial del Estado número 21, de 25 de enero de 2005, pp. 2846-2851.
10. Pedraza V. Investigación en atención primaria de salud. Premisas básicas. Aten Primaria. 2004;34:318-22.
11. Pedraza V. Grado en Medicina. Características y objetivos generales de la formación. Conferencia de Clausura. XXIII Seminario de la Asociación de Profesores Universitarios de Radiología y Medicina Física. Bilbao, Mayo 2005.
12. Formación de postgrado en Medicina y Espacio Europeo de Educación Superior. Todo Hospital. Barcelona, 2005, pp 1-10.

TALLER 1

Cómo se puede convertir un tutor en un docente eficiente.
«Manso como cordero pero astuto como serpiente»

Responsable:

J. Saura Llamas

Tutor de medicina familiar y comunitaria (MFyC). Medico de familia del Centro de Salud Barrio del Carmen de Murcia.

Objetivos

Mejorar la competencia docente de los tutores de medicina familiar y de otros docentes (formar a formadores), basándose en experiencias y actividades concretas previamente desarrolladas.

- Conocer algunas de las metodologías más prácticas y útiles para la formación de los residentes de MFyC, como formación de adultos que es.
- Conocer y saber manejar algunas de las técnicas y de los instrumentos docentes más utilizados.
- Conocer los aspectos más importantes de la relación tutor-residente, y manejar algunas técnicas para establecer y/o mejorar esta relación.
- Iniciar un debate sobre la necesidad de mejorar estas técnicas e instrumentos existentes, y estimular el desarrollo y la difusión de nuevas herramientas docentes.

TALLER 2

Confianza, respeto, responsabilidad y diálogo: un nuevo modelo de tutor, un nuevo programa

Responsable:

F. Molina Durán

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Responsable del área de formación de la Dirección General de Calidad, formación e investigación de la región de Murcia.

Docentes:

M.T. Martínez Ros

Doctora en Medicina. Especialista en MFyC. Técnica de salud de la UDMFyC de Murcia.

F.J. Sánchez Marín

Licenciado en Pedagogía. Becario licenciado por el FIS (2004-2007).

Objetivos

Que los participantes del taller sean capaces de clarificar, experimentar y reflexionar sobre los valores y los antivalores en docencia y las implicaciones que éstos tienen sobre la docencia MIR de MFyC.

- Clarificar qué son los valores y los antivalores en docencia y cuáles son las características que los definen y distinguen de otras dimensiones de la docencia MIR de MFyC.
- Experimentar los valores y antivalores Docentes en primera persona y valorar las implicaciones de esas vivencias como potenciadoras o inhibidoras del proceso de aprendizaje mutuo.
- Valorar la proyección de los valores en situaciones reales.
- Analizar y reflexionar sobre los valores desde el intercambio de experiencias de valor.
- Ofrecer a los tutores de MFyC unas referencias básicas relativas al proceso de enseñanza-aprendizaje en general y de educación en valores de los residentes en particular.
- Proponer a los tutores algunas claves para la reflexión desde su labor como Docentes y, dentro de ésta, de los procesos y estrategias que desarrollan para la educación en valores.
- Presentar a los tutores técnicas, herramientas e instrumentos para facilitar su labor como transmisores de valores.

FORO

¿Es necesario incorporar la atención primaria a la enseñanza de medicina?

Moderador:

R. Iglesias Losada.

Doctor en Medicina. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Médico de Familia del Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela.

Ponentes:

P. Bonal Pitz

Doctor en Medicina. Médico de Familia, Centro de Salud Universitario Bellavista de Sevilla. Coordinador Pregrado y tutor de la UD de MFyC de Sevilla. Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla.

J.M. Fraga Bermúdez

Decano de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

A. Pose Reino

Especialista en Medicina Interna. Profesor Asociado de la Universidad de Santiago de Compostela.

E. Díez-Feijoo Varela

Alumno de 5º curso de la Facultad de Medicina de Santiago. Representante de la GIME (Grupo Independiente de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela).

F. Rivas Navarro

Estudiante de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Vicepresidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). Presidente del Consejo Europeo de Estudiantes de Medicina (EMS Council).