

Reflexiones sobre el futuro de la formación de los profesionales sanitarios

Arcadi Gual Sala

Catedrático de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut
Universitat de Barcelona
Secretario de la Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM
Patrón de la Fundación Educación Médica, FEM

Felipe Rodríguez de Castro

Jefe de Sección. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Negrín
Las Palmas de Gran Canaria
Catedrático de Medicina. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM
Patrón de la Fundación Educación Médica, FEM

Introducción

Antes de plantearnos el futuro de la formación de profesionales sanitarios nos debemos preguntar cómo serán, o mejor, cómo nos gustaría que fuesen esos profesionales sanitarios, y en especial nuestros profesionales de la medicina y la enfermería, en un futuro próximo. No es fácil responder a esa pregunta porque la velocidad y profundidad de las transformaciones sociales y económicas a las que estamos sometidos son tan intensas que hacen muy difícil esbozar el modelo de profesional sanitario que cuidará⁵ de nuestra salud en la próxima década. Tampoco es fácil predecir lo que debería ser un modelo sanitario que tuviera en cuenta el necesario equilibrio económico que implica incorporar los avances tecnológicos y los cambios sociales a las demandas asistenciales de la ciudadanía.

⁵ El término «cuidar» se refiere a uno de los atributos del Profesionalismo definidos por Cruess en relación al relevante papel de «sanador» que han de desempeñar tanto los médicos como las enfermeras; el profesionalismo reivindica este papel que los médicos tecnológicos han «abandonado» en contraste con la total incorporación por parte de la enfermería. (Cruess, RL; Cruess SR & Steinert Y. *Teaching Medical Professionalism*. Cambridge University Press. 2009).

En el año 2009, la Fundación Educación Médica señaló diferentes aspectos, aún vigentes, tanto del perfil profesional de la medicina del futuro como, debidamente adaptados, de la enfermería del futuro.

Cuadro 1. Perfil de profesionales sanitarios para la década de los años 20

- Que traten enfermos y no enfermedades
- Que tengan permanentemente una actitud crítica y reflexiva
- Que sean buenos comunicadores y empáticos
- Que sean responsables individual y socialmente
- Que tomen la mejor decisión tanto para el paciente como para el sistema
- Que sean capaces de ejercer liderazgo
- Que sean competentes, efectivos y seguros
- Que sean honrados y confiables
- Que se comprometan con las personas enfermas y con la institución
- Que vivan los valores del profesionalismo

Fuente: modificado de «El médico del futuro», 2009, H. Pardell & A. Gual.

Retos de la formación de los profesionales sanitarios

La formación de profesionales sanitarios en España, al igual que sucede en otras partes del mundo desarrollado, ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años. Estos cambios plantean nuevos retos y ofrecen oportunidades, tanto a los docentes como a la Administración. El Cuadro 2 muestra algunos de los retos a los que se enfrenta la formación de especialistas.

Cuadro 2. Retos actuales en la formación de los profesionales sanitarios

<ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso selectivo <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Acceso al grado y a la formación especializada 2. La formación académica: grado y formación especializada <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Calidad, movilidad, diversidad, competitividad 2.2. Formación en competencias y su evaluación 2.3. La formación del postgrado 3. El entorno educativo <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Curriculum oculto 3.2. Evidencia y autonomía del médico/a 3.3. Relaciones con las aseguradoras y la industria 3.4. Estrés y formación; la vulnerabilidad del/de la residente 4. Competencias genéricas o transversales <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Profesionalidad como competencia 4.2. La ética en el proceso formativo 4.3. Habilidades comunicativas como prioridad 5. Nuevo perfil del residente <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Diferencias intergeneracionales 5.2. Cambios demográficos 5.3. La democratización del conocimiento y los cambios tecnológicos 5.4. Relaciones tutor-residente 5.5. Nuevas interpretaciones el profesionalismo médico

El proceso selectivo. Acceso al grado y a la formación especializada

La cualificación que se exige a los profesionales sanitarios es cada vez mayor. Medicina es la carrera universitaria más larga y en el caso de Enfermería también se observa un incremento notable del número de candidatos y una nota de acceso cada vez más alta. El tiempo mínimo requerido para poder ejercer como médico general en el sector público en nuestro país es de 11 años. En enfermería, la gran profesión emergente del siglo xx, con la ampliación a cuatro años del ciclo de grado y la posibilidad de cursar títulos de master o acceder a las nuevas especialidades, el periodo de formación puede duplicar fácilmente el de hace una década. Por otra parte, el oficio de la medicina o la enfermería adelanta la fecha de caducidad de sus destrezas y conocimientos a medida que el cambio tecnológico se acelera. Por eso, la necesidad de la formación continuada es más acuciante en el ámbito sanitario que en otras profesiones.

A este nivel de exigencia hay que añadir que los salarios de los profesionales sanitarios en España están muy por debajo de los de otros países europeos. En nuestro país un profesional de la medicina o enfermería cobra prácticamente lo mismo a los 35 que, a los 55 años, mientras que en muchos de los países de nuestro entorno se va ascendiendo progresivamente a mejores cotas retributivas y de reconocimiento profesional. Pese a todo, Medicina es la carrera más demandada por en el inmenso poder social que gestiona la medicina, entendiéndose por tal el ejercicio de resolver sobre aquello que los seres

humanos consideran su mayor patrimonio: su salud. Además, la medicina ha sabido integrar, quizás como ninguna otra profesión, los avances de la ciencia y la técnica, lo que la hace particularmente fascinante.

Pero la admiración ante los avances científicos en el campo de la biología, o el deseo de ejercer un destacado papel social, no son requisitos suficientes para ser un buen médico/a o enfermero/a. Muchos educadores comparten la idea de la evidente necesidad de modificar los actuales criterios de selección de los candidatos a estudiar estas profesiones. Es preciso ir más allá de la simple nota de corte actual para primar el perfil humano y vocacional orientado al ejercicio profesional. Algunos autores han señalado que las calificaciones obtenidas en ciencias durante los estudios preuniversitarios se correlacionan con los resultados logrados durante los dos primeros años de la carrera, pero no guardan prácticamente ninguna relación con los alcanzados en los últimos cursos o con la competencia clínica conseguida. De hecho, los estudiantes más brillantes en las asignaturas de ciencias en el bachillerato parecen tener unos intereses más limitados y mayores dificultades en las relaciones interpersonales (1). Otros investigadores han encontrado resultados semejantes (2), lo que ha llevado a que un significativo número de facultades de medicina de Gran Bretaña, Estados Unidos, Australia o Canadá estén evaluando criterios alternativos de admisión en sus centros. Algunas universidades privadas han implementado criterios de selección adicionales a los estatales. En estos criterios deben contemplarse no sólo los conocimientos en las ciencias básicas, sino también otros aspectos no cognitivos relacionados con la personalidad de los candidatos (3,4).

La formación académica: grado y formación especializada

a) Calidad, movilidad, diversidad, competitividad

La Unión Europea (UE) ha experimentado en los últimos años cambios profundos y ha pasado a considerarse un espacio social cada vez más integrado. Ha sido creciente el interés de los países europeos por construir una Europa del conocimiento y por establecer sistemas que permitan garantizar la calidad de las enseñanzas que imparten sus instituciones universitarias. El «Espacio europeo de educación superior» (EEES) — conforme a los principios de calidad, movilidad, diversidad y competitividad—, la UE quiere conseguir mayores niveles de desarrollo y de bienestar, y avanzar hacia la conquista de dos de sus objetivos estratégicos: la conversión del EEES en un polo de atracción para los estudiantes y los profesores de otras partes del mundo, y el incremento del empleo en Europa.

b) Formación en competencias y su evaluación

El modelo de médico y de enfermera europeo sería aquel que, al final de sus estudios de grado, tuviera todas aquellas competencias básicas que le permitieran ejercer de manera tutelada en nuestro sistema sanitario y acceder a una formación especializada en

cualquiera de las disciplinas (aunque esto no es tan claro en enfermería, donde la especialización tiene un carácter más opcional). Además, debería capacitarles para iniciarse en la investigación biomédica y, eventualmente, en la docencia. En cuanto a sus competencias profesionales, al diseñar los perfiles profesionales y académicos también debe tenerse en cuenta la opinión de los otros agentes implicados, como son las administraciones educativas y sanitarias, el sistema público de salud, las organizaciones profesionales, profesionales de la medicina o la enfermería en ejercicio, los estudiantes, los graduados y, de modo especial, los tutores de postgrado que van a recibir, en última instancia, a los graduados formados en las facultades.

Pero no basta con definir las competencias. El modelo curricular ha de poner mayor énfasis en el desarrollo de las competencias que en la mera transmisión de información y de conocimientos teóricos. Tampoco hay que olvidar que un *curriculum* basado en competencias es, por definición, un *curriculum* integrado, y que los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deben asegurar una preparación real de los estudiantes para que se responsabilicen de su propio proceso de aprendizaje y para llevar a cabo un proceso de aprendizaje autónomo de por vida. Finalmente, para garantizar una correcta adquisición de las competencias por parte de los estudiantes, hemos de ser capaces de formarlos en todos los entornos educativos posibles: hospital, atención primaria, laboratorio de habilidades clínicas.

Conjuntamente con otros elementos, esta evaluación de las competencias tendría que ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de formación postgraduada. Ello permitiría aliviar, al menos en parte, la hipoteca que ejercen sobre la enseñanza pregraduada (5) los exámenes llamados de médicos y enfermeras internos y residentes (MIR y EIR), cuya reforma se hace cada vez más apremiante. Un EEES como el que se está construyendo va a permitir una mayor permeabilidad del conocimiento y va a dotar a los estudiantes y a los profesionales de mayores cotas de libertad de movimiento.

c) La formación de postgrado

En la última década se han producido en España cambios regulatorios sustanciales en la formación especializada que han contemplado aspectos tanto laborales como formativos. Prácticamente todas las especialidades, tanto médicas como de enfermería, están experimentando cambios específicos sustanciales que plantean nuevos retos educativos. El cuerpo de doctrina se ha incrementado de forma notable, sin que paralelamente haya aumentado el período formativo. Además, la evolución de los conocimientos técnicos y científicos ha transformado radicalmente la calidad de vida y el pronóstico de muchos pacientes e inciden en el desarrollo, en la evolución y en el ejercicio de la medicina y, como es natural, en los planes de formación de los futuros especialistas (6).

Como consecuencia de esta explosión en el conocimiento y en las posibilidades terapéuticas de la medicina, ha emergido con fuerza la «subespecialización». Esto genera un cierto sectarismo intelectual y puede poner en peligro la figura del especialista general, —particularmente en los hospitales docentes de mayor proyección—, aunque precisamente sea ésta la figura idónea para la formación de los jóvenes especialistas. Los

conocimientos que deben lograrse en esta fase de la formación son de carácter aplicativo, con un énfasis especial en la adquisición del juicio crítico y de las habilidades necesarias para el ejercicio profesional. Las actitudes se incorporan por imitación espontánea de los modelos que se presentan con la actuación de los profesionales y a través de la cultura institucional con la que los residentes han de convivir a diario.

El entorno educativo

a) El currículum oculto

Una gran parte de lo que se enseña, y desde luego mucho de lo que se aprende, tiene lugar fuera de los cursos o explicaciones formales (7), pues se basa, en interacciones que tienen lugar fuera de los espacios formalmente identificados como docentes. Esta idea supone considerar a los hospitales, a los centros de salud y a las instituciones formativas en su conjunto, como entidades culturales y comunidades morales íntimamente implicadas en la construcción de definiciones de lo que está bien y de lo que está mal, lo que es «buena» o «mala» asistencia. Este concepto de *curriculum informal* exige un reconocimiento de la educación médica como un proceso cultural y, por tanto, como algo en constante cambio y sometido a fuerzas externas.

b) Evidencia y autonomía del profesional de la medicina (*El equilibrio entre arte y ciencia*)

A medida que la ciencia progresa y su capacidad terapéutica aumenta, la responsabilidad de los profesionales de la medicina y de la enfermería crece de forma paralela en un sistema que espera y recompensa una práctica profesional ajustada a normativas y protocolos. Se uniformiza así el estilo de la práctica clínica y se disminuye al máximo la variabilidad (8) con protocolos, guías de práctica clínica, normativas, reglas internas de prescripción y vías clínicas, que cumplen el doble propósito de conseguir que la medicina se base en la mejor evidencia disponible y restringir el poder discrecional del personal médico o de enfermería sobre el gasto. En las últimas décadas se ha abandonado el ejercicio aislado para incorporarse a equipos sanitarios; se ha pasado del trabajo realizado por cuenta propia al efectuado por cuenta ajena. En definitiva, la autonomía profesional ha disminuido en la misma medida en que la habilidad en la percepción clínica se ha visto reemplazada por la evidencia objetiva, protocolizada y oficializada.

En medicina, la máquina no puede reemplazar al hombre, pero hace al profesional cada vez más dependiente de ella.

c) Relaciones con la industria y las compañías aseguradoras

El carácter especializado del conocimiento de los profesionales sitúa a los profesionales de la medicina, y en menor medida a la enfermería, como agentes de dos principales: los pacientes y los gestores de los centros. La dependencia de más de un principal, junto a la difícil medición de los resultados de los servicios médicos, la urgencia y la sobrecarga de trabajo, favorecen un trasvase de la autoridad real (derecho efectivo de decisión y control) desde quienes ostentan la autoridad formal (directivos y administradores) hacia los profesionales sanitarios. Éstos, a falta de esquemas de incentivos apropiados, pueden inducir al consumo excesivo, con intervenciones innecesarias que pueden ser consecuencia de un déficit de formación, pero también pueden estar motivadas por la práctica de una medicina defensiva, por la personalidad y la manera en que cada profesional sanitario ejerce su oficio, y por los diferentes grados de aversión al riesgo, el manejo de la incertidumbre y la prudencia (9,10).

La separación entre factores de oferta y demanda no siempre está clara en un mercado imperfecto como el sanitario, en el que la demanda está, en parte, inducida por la oferta. Habitualmente es el médico el que determina la demanda que las personas usuarias hacen de los servicios sanitarios. Actores con un papel destacado en el gasto sanitario son tanto la industria farmacéutica como otros sectores industriales relacionados con la tecnología biosanitaria, que, además de proporcionar soluciones a necesidades, origina necesidades y multiplica el número de enfermos con el desarrollo del llamado «marketing del malestar» (11). Las compañías aseguradoras desempeñan también un rol apreciable al influir directa (formación y prestigio del profesional) o indirectamente (estipendios generalmente bajos) en el flujo de personas usuarias que asiste el profesional y que condiciona la relación entre ambas partes (12).

Aunque los conflictos de intereses se han generalizado en la vida de los profesionales sanitarios, ni en la formación de grado ni en la especializada se suele contemplar la enseñanza de cómo abordar esos conflictos.

d) Estrés y formación. La vulnerabilidad del estudiante de grado o de formación especializada

A pesar de las múltiples lealtades encontradas a las que se enfrenta el alumnado de grado o de formación especializada, y muy concretamente un MIR o un EIR, es posible y deseable que mantenga su foco de atención centrado en el paciente. Los periodos formativos reglados, especialmente la residencia, en la que se compatibiliza la actividad laboral con la formación, son etapas con un considerable nivel de estrés para los futuros especialistas. En ocasiones se da un ambiente en el que se tiene miedo a preguntar y a aclarar dudas o aspectos de difícil comprensión. El resultado es un residente frágil que tiene ante sí la tarea, aparentemente imposible, de relacionarse de una manera compasiva con otro ser humano que sufre: la persona enferma.

Lo que se aprende en un contexto de emociones fuertes se altera por estas emociones, por esto mismo es preciso rebajar la ansiedad del profesional sanitario en formación,

asegurándole que tendrá oportunidades suficientes para adquirir las competencias requeridas en su programa, sin necesidad de sacrificar las necesidades o preferencias de sus pacientes. Hay que pedir a los residentes que informen a sus enfermos de su papel como futuros especialistas, así como de las ventajas e inconvenientes que suponen los hospitales docentes. El residente debe estar adecuadamente supervisado, dado que la sensación de desamparo o un estatus «prematuramente independiente» son las quejas más comunes. Lejos de esto, los tutores deben ofrecerse como mentores y han de ser percibidos por sus residentes como los baluartes de los derechos y la seguridad del enfermo cuando se vean en peligro por una cierta política institucional (14,15).

Competencias genéricas o transversales

Las competencias específicas configuran al profesional y le dan carta de naturaleza y autoridad en una determinada materia, pero la defensa de las competencias genéricas o transversales no va en perjuicio de las específicas; antes al contrario, un especialista será tanto mejor cuando además de poseer sus competencias específicas, tenga y mantenga las competencias genéricas o transversales. En el Cuadro 3 indicamos algunas competencias genéricas más relevantes, como el profesionalismo, la ética y la comunicación.

Cuadro 3. Competencias genéricas o transversales

<ul style="list-style-type: none"> – Los valores profesionales (<i>el profesionalismo</i>) – La ética – La comunicación – Las ciencias cognitivas <ul style="list-style-type: none"> – El razonamiento clínico – La capacidad reflexiva – La gestión clínica – La informática – Alfabetización en salud (<i>health literacy</i>) (17)

Fuente: Modificado de «El médico del futuro», 2009, H. Pardell & A. Gual.

a) El profesionalismo como competencia

El profesionalismo es la adherencia al ideario —virtudes y compromisos— que guía la actuación de los profesionales de la medicina y que se manifiesta en forma de conductas características; por lo tanto, debe considerarse como una competencia que los estudiantes y los residentes deben ir alcanzando a lo largo del proceso educativo, para luego mantenerla y mejorarla durante toda su vida activa. Este proceso espontáneo dependería de los modelos profesionales que van encontrando y de la cultura institucional

predominante en el centro en el de aprendizaje (*curriculum oculto*). Actualmente se considera necesario que el proceso por el que se adquiere esta competencia sea explícito (18) y aun antes de que se expongan a las primeras experiencias clínicas, los residentes deberían desarrollar un espíritu crítico en situaciones de conflictos entre valores (19).

b) La ética en el proceso formativo

Otra clase de problemas éticos son los que surgen por las obligaciones éticas que el residente tiene como profesional y estudiante, como profesional y tutelado, y como profesional y empleado de una institución docente (19). La resolución de estos conflictos en un momento de alto nivel de estrés, cuando las debilidades personales -miedo, cansancio, dudas, ignorancia- conducen, en ocasiones, a tomar decisiones éticamente dudosas, es particularmente compleja. Aunque el planteamiento teórico es igualmente válido para profesionales de la medicina y de la enfermería, son los primeros los que al ser responsables de un mayor número de decisiones clínicas y terapéuticas se encuentran más afectados por estos problemas.

Conflictos entre los papeles de médico y de discente. Las obligaciones de los residentes de aplicar tratamientos o realizar procedimientos para beneficiar a sus pacientes, pero también de adquirir experiencia clínica son, a veces, incompatibles.

Conflictos entre los papeles de médico y de tutelado. Un segundo tipo de dilema ético surge para el residente por sus obligaciones con sus pacientes y con su tutor. En condiciones «normales» la idea de beneficencia que tiene el residente se alinea perfectamente con la que tiene su tutor, pero, a veces, pueden discrepar sobre la mejor opción terapéutica.

Conflictos entre los papeles de médico o enfermera y de empleado. En ocasiones el residente puede tener conflictos entre sus obligaciones hacia el paciente y la necesidad de seguir las normas del centro en el que trabaja.

c) Habilidades comunicativas como prioridad

Es preciso que los residentes se formen adecuadamente en habilidades comunicativas y que sean conscientes de que una buena comunicación debe considerarse siempre como un cimiento de calidad en la relación entre el o la profesional sanitario y la persona usuaria; como una fuente de satisfacción para ambos, y como un determinante de una mejor adherencia al tratamiento. Aunque una restricción en el tiempo limita la efectividad de una entrevista clínica tampoco hay que desdeñar el lenguaje paraverbal que es de gran importancia. Además de pacientes, los enfermos son personas que experimentan situaciones vitales que no siempre desean comentar delante de sus familiares. El usuario quiere ver en la consulta siempre al mismo profesional y que éste le dedique el tiempo suficiente para decir lo que quieren decir. Las consultas se perciben como situaciones estresantes por lo que las personas enfermas recuerdan menos del 50% de lo que se les dice durante la entrevista clínica. Hay diferentes alternativas entre las que destaca la entrevista telefónica, el video, la monitorización a través del teléfono móvil, el correo

electrónico y otros instrumentos relacionados con la telemedicina que ya han sido ensayadas con éxito en distintas circunstancias (20). En todo caso, conviene recordar que el desarrollo de la telemedicina quebranta la tradicional sincronía témporo-espacial de la relación entre cada profesional sanitario y su paciente, con importantes repercusiones desde el punto de vista de la gestión (8).

El médico o la enfermera en formación deben ser conscientes de que cada vez es más habitual que su paciente se implique en la elección del tratamiento o en la decisión de cómo abordar su problema de salud. En un modelo cultural más igualitario suele optarse por una fórmula de responsabilidad compartida (21). El colectivo médico tiene dificultades a la hora de identificar a las personas que tienen mayores problemas en la comprensión, que no suelen exteriorizar sus limitaciones y pueden tener una evolución clínica peor.

Nuevo perfil del residente (MIR y EIR)

a) Diferencias intergeneracionales

Un nuevo reto con el que se enfrentan los tutores es la creciente diversidad socioeconómica, cultural y étnica que tienen los residentes. Por otra parte, en los centros formativos coexisten diferentes generaciones de médicos y enfermeros, con distintos valores y distintos estilos de aprender y de trabajar como se describe de forma simple en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generacionales

Generación	Años de nacimiento	Descriptor	Características
Generación silenciosa	1923-1945	Leales	No intereses personales; creen en las instituciones; jerárquicos.
<i>Baby boomers</i>	1946-1964	Optimistas	Crecieron en un mundo de oportunidades; idealistas y maniqueos; relaciones interpersonales; comparten.
Generación X	1965-1978	Escépticos	Sin fe en las instituciones; seguridad en sí mismos; personas de recursos; independientes.
Generación Y	1979-1996	Realistas	Marcados por la técnica; espacios virtuales y redes sociales; aprecian la diversidad y les gusta colaborar.
Generación Z	1997-2010	Autodidactas*	Creativos, sobreinformados; el mundo se ha quedado pequeño para esta generación. La diversidad es consustancial. Acostumbrados a la inmediatez.

* Destierran la educación formal para centrarse en proyectos más vocacionales.

Fuente: Modificada de Elkind, 2009 (22)

Los actuales MIR y EIR se han educado en un mundo en el que se han producido cambios tecnológicos rápidos y profundos. Están acostumbrados al acceso a la información de manera prácticamente ilimitada, sin esfuerzo, son críticos con los métodos docentes tradicionales altamente jerarquizados y son capaces de ordenar sus propias experiencias educativas. Se sienten cómodos estableciendo relaciones con colegas que sólo conocen de forma virtual, lo que les permite organizarse sin restricciones geográficas para resolver problemas complejos. Los miembros de la generación Y han comprobado que algunos de sus integrantes han alcanzado posiciones sociales y económicas destacadas, lo que hace que el sistema tradicional de jerarquías se vea con cierta indiferencia. Aunque se disponen de pocos datos acerca de la actitud laboral de profesionales de medicina o enfermería más jóvenes (22), lo cierto es que un número significativo de tutores siente que sus residentes están más preocupados que ellos mismos por armonizar su vida personal con la laboral y por su calidad de vida.

b) Cambios demográficos, más mujeres en Medicina, más hombres en Enfermería

Uno de los cambios demográficos más notables que se ha producido en los últimos años es el incremento de la proporción de mujeres en las últimas generaciones en medicina y, aunque en mucha menor proporción, el aumento de hombres en enfermería. Las repercusiones que tendrá en la profesión esta feminización creciente no están claras. Las mujeres tienen una mayor predisposición a escoger especialidades menos técnicas, más orientadas al paciente y que permitan un desempeño más planificable. Este patrón, que se reproduce en la mayoría de los países occidentales, coincide con el creciente deseo de una mayor proporción de médicos —hombres y mujeres— de tener un trabajo más flexible y con carreras de diseño menos lineal, con períodos sabáticos o interrupciones ocasionales (23).

c) La democratización del conocimiento y los cambios tecnológicos

En la actualidad, con el acceso a las nuevas tecnologías la información ya no fluye de arriba hacia abajo, sino que tiene un curso bidireccional. Varios autores han apuntado el poder de Google en la práctica clínica, sugiriendo que puede proporcionar un diagnóstico correcto en más del 50% de los casos clínico-patológicos (24). Todo ello demuestra que la disponibilidad inmediata de una información prácticamente ilimitada tiene un enorme potencial transformador, no sólo del conocimiento de los residentes, sino también de las relaciones con sus tutores, sus colegas y sus pacientes por lo que todos los agentes implicados en el proceso formativo tienen que adaptarse a esta nueva situación y, como en todas las revoluciones, los que tienen que hacer un mayor esfuerzo son aquellos que están situados en lo más alto de la pirámide jerárquica, incluso hay una relación inversa entre el tiempo que se lleva ejerciendo y la calidad de la asistencia que se presta (25).

Probablemente, la pendiente de caída de la competencia esté condicionada por la aceleración de los cambios científicos y técnicos y por la automatización del proceso clínico sin alcanzar la competencia reflexiva (26). En el futuro más inmediato cada

generación contribuirá con habilidades complementarias a la formación del resto del equipo.

d) Relaciones tutor-residente

El aprendizaje se construye y, por consiguiente, los residentes no reciben información, sino que son expuestos a ideas sobre las que deben construir un significado, conectar esas ideas con experiencias y conocimientos, evaluarlas y elaborar juicios acerca de ellas. En este paradigma las relaciones entre el tutor y el residente son importantes porque las emociones positivas disminuyen la ansiedad y llevan al residente a adoptar comportamientos de aprendizaje más válidos, como hacer preguntas, asumir retos o probar hipótesis. Por el contrario, un contexto de emociones negativas, como el miedo o la ansiedad, puede interferir con el proceso de aprendizaje porque altera la capacidad del residente para procesar la información de una manera eficiente (14).

Las cualidades que deben presidir la relación entre el residente y el tutor han de ser la flexibilidad, la colaboración, la interdependencia y el respaldo a la propia identidad. El hilo conductor de estos ideales es el concepto de influencia recíproca, que significa que la interacción docente puede conducir al crecimiento de ambos, el tutor y el residente.

e) Nuevas interpretaciones del profesionalismo médico

Reconocer que la medicina actual tiene una base científico-técnica no implica entender la medicina como una ocupación para técnicos de alta cualificación. La medicina trata con enfermos, con personas que sufren, algunas de los cuales pueden ser tratadas con éxito. Pero también se responsabiliza del cuidado de aquellas otras -hoy día mayoritarias- cuyas dolencias sólo pueden ser paliadas. La medicina es una actividad moral cuya función primordial es sanar, lo que depende en gran medida de la confianza de su paciente y de la sociedad.

El profesionalismo es el conjunto de valores y compromisos por los que la sociedad otorga a los profesionales de la medicina y la enfermería un contrato social específico y los reconoce como profesión. Desde hace más de dos mil años el compromiso vinculante de los médicos y médicas se expresa en documentos como el «Juramento hipocrático» o, más recientemente, la Declaración de Ginebra. En los «Estatutos de la medicina para el nuevo milenio» se afirma que los médicos o médicas deben asumir diez compromisos basados en tres principios éticos: autonomía del o de la paciente, primacía de su bienestar y justicia social (19).

No está claro, sin embargo, cómo van a influir los cambios generacionales, demográficos y tecnológicos en la filosofía educativa y en la visión del profesionalismo (Tabla 1). Es preciso subrayar que éste, aunque resida sobre un núcleo de valores permanentes, no es estático, sino que evoluciona con su contexto social (27). Es posible que los nuevos residentes no acepten fácilmente que otros les digan cuáles deben ser sus valores, sus

principios y sus compromisos. Posiblemente, el equilibrio entre la vida personal y la profesional va a adquirir una importancia creciente. El altruismo y la justicia social permanecerán como principios básicos inmutables para la mayor parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, la autoformación continuada, la atención a la familia y la flexibilidad en la carga de trabajo pueden emerger como valores. Coherentes con estos cambios evolutivos en la noción de profesionalismo, los jóvenes profesionales de la medicina pueden diseñar sus carreras de forma muy diferente a la visión tradicional. Tal vez no se mantenga un compromiso de por vida con una especialidad en particular, lo que seguramente va a ocasionar nuevos retos y equilibrios entre valores e intereses personales e institucionales.

Estructuras implicadas en la formación de los profesionales sanitarios

De lo dicho hasta ahora concluimos que, efectivamente, quisiéramos que los futuros profesionales sanitarios tuvieran como centro de su actividad a sus pacientes y que las instituciones responsables de su formación, por responsabilidad social y con la obligada transparencia que la ciudadanía demanda, pusieran los recursos necesarios para ello. El primero de estos recursos son los humanos, es decir, las personas que instruirán a los profesionales de la medicina y la enfermería del futuro. Estas personas, no importa cuánta innovación se quiera introducir en el modelo educativo, pertenecerán sin duda a alguna de las siguientes instituciones o estructuras formativas: i) la universidad, ii) el sistema de formación especializada, y iii) el modelo de desarrollo profesional continuo (DPC) y de formación continuada (FC).

El futuro de la formación de los profesionales de la medicina y la enfermería. ¿Es mejorable? ¿Hay soluciones?

Considerando los problemas internos que se acaban de exponer para cada uno de los tres periodos del continuum educativo, la situación actual de la formación de los futuros profesionales de la medicina y la enfermería debe contemplarse con preocupación. Por si estos problemas fueran pocos, hay un factor de preocupación añadido, que es que el manido concepto de «continuum educativo» del colectivo médico o de enfermería está cada vez más cerca de ser una quimera que una realidad.

Sin embargo, en todos los casos y periodos detectamos un factor clave que no debería ser difícil de superar si hubiera voluntad de hacerlo. Este factor no es otro que el de la *desconfianza* mutua de todos y cada uno de los actores implicados. Los colegios no se fían de las SS.CC.; éstas no se fían ni de los colegios ni de la administración sanitaria; a su vez, las administraciones sanitarias no se fían ni de las organizaciones profesionales ni de la industria, y la industria no se fía de ninguna reglamentación. La Universidad se queja de los responsables de la formación especializada y éstos no confían en la Universidad. ¡Aquí nadie se fía de nadie! El interés particular y corporativo prima frente al interés colectivo, que no es otro que el de atender y cuidar a sus pacientes con profesionales bien formados que mantengan permanentemente sus competencias. Todos están de acuerdo en el fin, y

también en que en su parcela son los reyes y que nadie debe inmiscuirse en un terreno que no sea el de su «exclusiva propiedad».

Todo ello tiene fácil solución. Sólo hay que seguir cuatro pasos:

- Generar confianza
- Implicar a todos los actores
- Hacer lo que se sabe hacer y hacerlo bien
- Evaluar y retroalimentar (*feedback*)

Primer paso: Generar confianza no es cosa del BOE. Es cuestión de sentarse, pensar, razonar y actuar de común acuerdo. La cultura anglosajona, tradicionalmente pragmática y siempre más preocupada de encontrar la solución de los problemas que de normativizarlos, utiliza en diferentes ámbitos los *Joint Committees*, los Comités Conjuntos. Para coordinar los programas de grado y los programas de formación especializada, ¿cuál es la tarea más fácil?, ¿crear un *Joint Committee* entre los representantes de las Facultades de Medicina o de Enfermería y representantes de la formación MIR o EIR, o crear una Dirección General Interministerial de Coordinación del Grado y la formación especializada? ¿es mejor que la Administración -central y autonómica- organice 17 oficinas (con aproximadamente un mínimo de 40 funcionarios cada una, más los evaluadores) para asegurar que la formación continuada que diseñan los propios profesionales es buena, o sería mejor que estos profesionales (colegios, SS.CC., academias, industria, etc.) se organizaran para proveer la mejor FC en plataformas u organizaciones conjuntas que rindieran cuentas a la ciudadanía? No es necesario poner más ejemplos para concluir que se pueden organizar *Joint Committees* para realizar actuaciones en provecho del ciudadano, a partir de las diferentes estructuras existentes en la sociedad civil, o de la sociedad y la propia Administración. No es necesario crear nuevas estructuras, ni nuevas instituciones. Tampoco es necesario utilizar y abusar del BOE para ofrecer un mejor servicio a la ciudadanía.

Segundo paso: Hay que implicar a todos los actores porque, o están todos o no se cierra el círculo de la confianza. La sociedad civil, las instituciones de derecho público y la propia Administración están implicados en la tarea de formar los mejores profesionales, y si cualquiera de los actores no está presente, los demás, y con razón, van a desconfiar. Pero no hay ningún actor que deba asumir ser el convidado de piedra; todos tienen un papel. En la sociedad actual del siglo XXI, la ciudadanía elige al poder legislativo con la demanda de que se preocupe de preservar la salud como elemento clave del estado del bienestar. Sin embargo, la ciudadanía no elige ni al profesor de grado, ni al tutor de formación especializada, ni a los presidentes de los colegios o de las SSCC. El puente entre unos y otros es la Administración sanitaria, y es precisamente ésta la justificación de su existencia. Además, la Administración dispone de un instrumento del que ninguno de los demás actores dispone: la capacidad legal de legislar, de premiar o sancionar, de auditar, de conceder o de retirar. Tiene la *potestas* para encarnar a la Administración, ¿podríamos utilizar, como símil, el de director de escena? Seguramente sí porque un director de escena conoce perfectamente la obra a representar, pero es el único que no actúa frente al público. La universidad y sus profesores, las instituciones sanitarias y sus tutores y demás profesionales involucrados en la docencia, y las asociaciones profesionales (colegios y

SS.CC.), disponen de los medios y el conocimiento para enseñar, para facilitar el aprendizaje, para coordinar procesos y programas, para evaluar y retroalimentar. Todos estos actores disponen de la *autoritas* del conocimiento.

Tercer paso: Hacer lo que se sabe hacer y hacerlo bien. Este principio elemental no siempre se cumple, ni en la primera parte (hacer lo que se sabe hacer), ni en ocasiones en la segunda (hacerlo bien). El principio dice que cada cosa ha de hacerla el que la sabe hacer; las sillas, el sillero y las pastas, el pastelero. No es razonable pedir al profesor de histología que enseñe la auscultación cardíaca, ni al tutor de neumología que haga demostraciones de electrofisiología. Este concepto es aplicable a todos los actores, pero en especial a la Administración. Su principal misión, en todos los procesos relacionados con la formación de profesionales sanitarios, es conocer quién sabe hacerlo, vigilar que lo haga, y controlar que lo haga bien. En relación a estas responsabilidades, especialmente la tercera (que se haga bien), la Administración se ha visto enfrentada a conflictos que no ha resuelto del mejor modo posible, o lo ha hecho sin explorar otras alternativas posibles. Lo cierto es que la Administración, frente a un actor que ha hecho mal su trabajo o que simplemente no lo ha hecho, o incluso cuando ha supuesto que lo haría mal, ha tomado un papel protagónico que no le correspondía. La consecuencia no es otra que la hipertrofia de la propia Administración, la burocratización de los procesos y un incremento encubierto del coste de los mismos. La Administración dispone de suficientes recursos e instrumentos (auditorias, proveedores alternativos, sanciones, BOE, etc.) para hacer que la formación de los profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería, se encargue a los actores que tengan el conocimiento para hacerlo (la *autoritas*), y vigile que dichos actores lo hagan y que lo hagan bien.

Cuarto paso: Evaluar y retroalimentar (dar *feedback*) es un paso inexcusable, una condición *sine qua non* de cualquier proceso formativo. No se trata de enseñar, sino de saber con certeza si lo que se pretendía enseñar ha sido aprendido. Al referirnos a la evaluación no solo debemos pensar en la del alumno, sino también en la del profesor y muy especialmente en la del proceso. Todo es mejorable y para mejorar hay que medir, hay que evaluar. Nuestra cultura, más próxima al derecho romano que a la mentalidad anglosajona, antepone la sanción y el castigo al remedio y a la solución del problema. Los procesos de formación de profesionales de medicina y enfermería deben ser permanentes y estar en permanente revisión. La formación de grado, que es la que más se evalúa, no ha modernizado sus métodos de evaluación y es urgente que lo haga por dos motivos. En primer lugar, porque han aparecido nuevos métodos que permiten evaluar tanto conocimientos, como razonamiento, habilidades o conductas. Y, en segundo lugar, porque, aun suponiendo que no fuera estrictamente necesario introducir estas nuevas técnicas de evaluación en el grado, su inclusión permitiría familiarizar a los profesionales en ciernes con dichas metodologías, que en los pasos siguientes de su formación (especializada y continuada), sí serán estrictamente necesarias.

La evaluación no debe entenderse como un acto punitivo o sancionador. El fin inmediato no debe ser otro que informar al alumno (de grado, de formación especializada o de FC) de si lo hace bien o de cuánto y qué le falta para hacerlo bien. El fin mediato es doble: dar garantías al ciudadano de que el médico o la médica que le atiende es competente y dar

garantías al profesional de que su formación es la deseable, ya que cumple con los estándares dictados por la propia profesión.

Cinco propuestas para mejorar la formación de los profesionales de la medicina y la enfermería

Definir el profesional que demanda la ciudadanía y evaluar

Es absolutamente necesario que un grupo de trabajo en el que estén **todos** los actores representados -Administraciones (central y autonómicas, educativas y sanitarias); organizaciones profesionales (Colegios y SS.CC.); empleadores (públicos y privados); universidades (profesorado y consejos sociales); instituciones sanitarias (gerencias, directores de docencia o jefes de estudios y tutores); industria farmacéutica, y otros actores *ad hoc*- defina y revise periódicamente el modelo de profesional sanitario que queremos, tanto para mañana como para pasado mañana. Sin este punto de partida no se pueden mantener ni actualizar los programas formativos ni los recorridos curriculares en ninguno de los tres tramos de formación de profesionales de la medicina y enfermería.

Conseguir el continuum educativo y evaluar

Sin la concurrencia de todas las partes, de todos los actores, es imposible que el continuum *educativo* sea una realidad. No es posible que los currículos del grado y de la formación especializada, -procesos contiguos en el tiempo y estrechamente relacionados en el espacio-, estén integrados, se complementen y establezcan sinergias, si no es fruto de una negociación entre las partes implicadas. Esta negociación no debe llegar a un pacto de mínimos, sino generar la simbiosis necesaria para que la estructura del grado y la especializada sea un continuum de la mayor calidad posible que permita una formación de excelencia.

Implementar el Desarrollo Profesional (desligado de intereses) y evaluar

El desarrollo profesional, entendido como la evaluación de un periodo acotado en el tiempo del DPC (por ejemplo, de seis años), permite garantizar que la formación de médicos y enfermeros se mantiene a lo largo de su ejercicio profesional. El desarrollo profesional es como una foto fija realizada por quien tiene el conocimiento, la *autoritas*. Permite tres cosas: i) que la ciudadanía sepa que los profesionales que la atienden están bien formados, ii) que el personal médico o de enfermería tengan el soporte y el respaldo de las estructuras profesionales, y iii) que la Administración sanitaria pueda asegurar que el sistema sanitario cuenta con buenos profesionales.

Asumir el papel de cada parte (de cada actor) y evaluar

Básicamente se trata de asumir dos principios, el de «subsidiariedad», que, por cierto, es uno de los pilares de la Unión Europea; y el de «imparcialidad». Cada cosa, cada proceso, cada acto (enseñar, aprender, atender, cuidar, evaluar, certificar, etc.) debe realizarse cuando corresponde, por el actor adecuado y hacerse bien. Si queremos saber que el proceso se ha hecho bien, se deberá evaluar y, en su caso, certificar. En ocasiones, en relación a estos dos principios se observan elementos de tensión entre la Administración, que ostenta la *potestas*, y los profesionales, que ostentan la *autoritas*. La tirantez, incluso la desafección, surge cuando la Administración no sólo asume su potestad, sino que también pretende asumir la autoridad. Este sinsentido tiene casi siempre el mismo origen, que no es otro que el que surge cuando el responsable de «hacer», o no hace lo que debe o lo hace mal. En estas circunstancias la Administración incurre en el falso argumento de «*si usted no lo hace o no lo hace bien, ya lo haré yo*», en lugar de hacer que el actor responsable, o un nuevo actor, haga lo que tiene que hacer y lo haga bien. La asunción por parte de la Administración de tareas que pueden y deben hacer otros no siempre es la peor solución, pero siempre es una solución cara que termina burocratizando y alejando el proceso en cuestión del ciudadano.

Evaluar, evaluar y evaluar

Si queremos saber si el profesional que hemos definido es el que realmente queremos, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas. Si queremos comprobar que el proceso formativo es un verdadero continuum y no tres piezas sueltas, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas. Si queremos asegurar que la foto fija de la formación del personal de enfermería o medicina, el desarrollo profesional, es un proceso que realmente garantiza la excelencia, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas. Y si queremos estar seguros de que cada actor interpreta bien su papel, y que respeta y ayuda a que los demás actores coordinen y mejoren sus responsabilidades, no tenemos más remedio que evaluar, dar *feedback* y corregir o mejorar las debilidades detectadas.

Bibliografía

1. Gough HG. Some predictive implications of premedical scientific competence and preferences. *J Med Educ* 1978; 53: 291-300.
2. Tutton PJ. Psychometric test results associated with high achievement in basic science components of a medical curriculum. *Acad Med* 1996; 71: 181-6.
3. Barr DA. The art of medicine. Science as superstition: selecting medical students. *Lancet* 2010; 376: 678-679.
4. Muller D. Kathryn. *N Engl J Med* 2017; 376:1101-1103.

5. Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. *Educ Med* 2006; 9(4A): 159-172.
6. Rodríguez de Castro F, Álvarez-Sala JL, Sánchez Gascón F et al. Programa de formación posgraduada en neumología. *Arch Bronconeumol* 2009; 45: 394-404.
7. Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ Med* 2012; 15:13-22.
8. González López-Valcárcel B. Profesionales sanitarios, tecnologías y mercados. *Gest Clin San* 2004; 6: 3-5.
9. Del Llano Señarís JE. Gestión clínica y sanitaria: ayudando a conciliar necesidad y escasez. *Gest Clin San* 2003; 5: 3-6.
10. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty – The next medical revolution? *N Engl J Med* 2016; 375:1713-1715.
11. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *Br Med J* 2003; 326: 45-47.
12. González Y. La demanda de seguros sanitarios. *Revista de Economía Aplicada*. 1995; 3 (8):111-142.
13. Pauker SG, Wong JB. How (should) physicians think? A journey from behavioral economics to the bedside. *JAMA* 2010; 304: 1233-1235.
14. Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatr* 2004; 28: 183-189.
15. Haidet P, Stein HF. The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process. *J Gen Intern Med* 2006; 21: S16-S20.
16. 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.
17. Rudd, RE, Keller DB. Health Literacy: New developments and research. *J Commun Healthc* 2009; 2: 240-257.
18. Roberts TE. Enseñar, aprender y evaluar el profesionalismo: el mayor reto de todos. *FEM* 2017; 20:47-51.
19. Oriol A. El profesionalismo: asignatura pendiente del sistema educativo médico. *Eidon* 2010; 33: 52-57.
20. Roberts NJ, Partridge MR. Optimal consultations for those with respiratory illness. *Breathe* 2007;3: 331-337.
21. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* 2005; 15: 355-360.
22. Elkind MSV. Teaching the next generation of neurologists. *Neurology* 2009; 72: 657-663.
23. Winyard G. The future of female doctors. *Br Med J* 2009; 338: 1397-1398.
24. Tang H, Ng JH. Googling for a diagnosis. Use of Google as a diagnostic aid: internet-based study. *Br Med J* 2006; 333: 1143-1145.
25. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005; 142: 260-273.
26. Rodríguez de Castro F, Carrillo Díaz T, Frexinet Gilart J, Julià Serdà G. Razonamiento Clínico. *FEM* 2017; (en prensa).
27. Pardell H, Gual A. El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica. 2009.