



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

FACULTAD DE MEDICINA

OFICINA DE EDUCACIÓN MÉDICA

## La enseñanza clínica en los planes de estudio de las facultades de medicina españolas

En una mesa redonda celebrada en Barcelona el 1º de febrero de 1973, se analizó el estado actual de la enseñanza clínica en los planes de estudio de las facultades de medicina españolas. Esta mesa redonda fue organizada por el Servicio de Estudios del Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, como parte del programa del Segundo Congreso Nacional de Hospitales.

Para facilitar la discusión se distribuyó, previamente, un documento de trabajo en el que se exponían las características cualitativas y cuantitativas del problema que implican las enseñanzas clínicas en la actualidad. La elaboración de este documento estuvo a cargo de los doctores Juan Campos y Felipe Soler Sabarís. La discusión fue grabada, transcripta y distribuida entre los participantes quienes corrigieron el texto de sus intervenciones, añadieron o modificaron sus aportes a la mesa redonda en base al contexto general y después de haber reflexionado sobre el tema. De la presente síntesis es responsable la Oficina de Educación Médica de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Participaron en la mesa redonda: del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, los doctores Juan Nolla Panades, Francisco Vilardell Viñas, Juan Esteban Altarriba y la señorita Elvira Guilera Soler; de la Fundación Puiquert, el doctor Ignacio Ponce de León Castell; de la Universidad Autónoma de Barcelona, los doctores Máximo Bartolomé Rodríguez, Joaquín Borrull Sibina, Juan Campos Avillar, Felipe Soler Sabarís (Facultad de Medicina) y el doctor Luis Daufí Moreso (Instituto de Ciencias de la Educación); del Hospital del Sagrado Corazón, el doctor José M<sup>a</sup> Puigdollers Colás; del Hospital Nuestra Señora del Mar, el doctor Lino Torre Eleizegui; del Hospital de la Cruz Roja, el doctor Jordi Goll i Gorina; de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, los doctores Alfonso Balcells i Gorina, Juan Obiols Vié; de la Seguridad Social, doctores Pedro Díez (Ciudad Sanitaria Francisco Franco), Francisco Lamas (Instituto Nacional de Previsión), Juan Cabrerizo Portero (Residencia "Carlos Haya" de Málaga), Cipriano Cabrerizo M.D. (Residencia Infantil "La Fe" de Valencia); de P.A.N.A.P., el doctor José Soria; de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, el doctor Manuel Sanchez Salorio; de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, los doctores Vicente Rojo Fernandez, Jesús Lopez Varela (Fundación Giménez Diaz).

Agradecemos la desinteresada colaboración de quienes contribuyeron con sus opiniones a concretar este trabajo; de quienes comentaron y corrigieron los textos originales, y de quienes nos han hecho llegar sus puntos de vista respecto del tema debatido.

En el comienzo de la reunión se planteó el problema que implica, en la actualidad, proporcionar enseñanzas clínicas adecuadas a los estudiantes de medicina del país. El planteo de este problema estuvo a cargo del doctor M. Bartolomé. Luego se abrió el debate entre los participantes.

Con el objeto de obtener una exposición más clara, hemos subdividido el tema central en varios items fundamentales:

- 1º Capacidad y adecuación del sistema educativo a las necesidades y exigencias del sistema asistencial.
- 2º Numerus clausus a nivel educativo y profesional.
- 3º Límites y requisitos del acuerdo docente entre universidades y centros asistenciales.
- 4º Venia docente y control del aprendizaje.
- 5º Objetivos de las enseñanzas clínicas.
- 6º Licencia para ejercer la profesión médica.

#### Capacidad y adecuación del sistema educativo a las necesidades y exigencias del sistema asistencial.

La preocupación de todos los que de alguna manera están relacionados con la práctica de la medicina, es formar médicos adecuados a su función en el futuro. Uno de los problemas básicos al respecto, radica en cuántos alumnos es posible formar y cuántos médicos necesita el país para desarrollar sus programas de salud.

En España existen, en la actualidad, 21 facultades de medicina; cantidad suficiente, en opinión del Dr. Soler Sabarís, aunque discutible tal vez en cuanto a su distribución geográfica en relación con la densidad de estudiantes.

Según las conclusiones elaboradas por la Conferencia Mundial de Educación Médica de Nueva Delhi, la cifra ideal de alumnos por curso es 150, máximo tolerable 250. La tasa de estudiantes que por una u otra razón abandonan sus estudios no debe sobrepasar el 10%, lo contrario es índice de un deterioro en la calidad de la enseñanza. De acuerdo con estas cifras terminarían sus estudios 4.000 médicos por año, aproximadamente. Si se acepta la proporción aconsejada por la O.M.S. de 1 alumno cada 5 ó 10 camas para los cursos clínicos, más las requeridas para el internado rotatorio, la cantidad de camas de que se dispone en el país para docencia clínica resulta por completo insuficiente, caso de que ésta se continúe sólo con régimen hospitalario.

El déficit actual de camas docentes se agrava por el aumento anual de solicitudes de ingreso a las facultades de medicina, sobre todo en las universidades de los grandes centros urbanos. Por ejemplo, la Universidad Autónoma de Barcelona, que comenzó con 150 alumnos, ha debido aceptar 700 en el curso 1972/73. Una solución posible, propues-

ta por el Dr. Rojo, es que los estudiantes de las grandes capitales se desplacen hacia facultades menos concurridas. Se objeta a esta moción el desembolso económico que implicaría para los estudiantes el traslado a centros de estudios alejados del lugar de residencia de sus familias.

Frente a la imposibilidad de cubrir la docencia clínica con sus propios hospitales, las facultades de medicina han concertado acuerdos con diversos centros asistenciales.

Uno de los convenios básicos vigente en la actualidad -y que sirve de modelo para los acuerdos con otras instituciones- es el efectuado entre el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Educación y Ciencia, que abre a la enseñanza las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

En este momento, la Seguridad Social -de acuerdo con los datos proporcionados por el Dr. Lamas- cuenta con 30.000 camas, aproximadamente. El 50% del total de camas estaría en condiciones de ser utilizadas con fines docentes. Si se tiene en cuenta la relación antes mencionada de 1 alumno cada 5 ó 10 camas, se obtiene un total de 3.000 ó de 1.500 plazas docentes en toda España.

Ante estos datos surgen varias soluciones, cuyo común denominador es el concepto de plaza docente, que reemplazaría al de cama docente y que en lugar de estar basado exclusivamente en la proporción alumno-cama tiene en cuenta todos los demás factores que intervienen en la docencia: pirámide institucional, formación del profesorado, tipos de enfermos, clases de asistencia, etcétera. Permitiría, además incluir al médico de familia en la pirámide de enseñanza.

### Numerus clausus a nivel educativo y profesional

La limitación del número de alumnos que ingresen a las facultades de medicina se plantea como una realidad indiscutida, aunque en la mayoría de los casos no se instrumenta de manera adecuada. Para algunos de los participantes constituye una solución arbitraria que no contempla las necesidades sanitarias del país, ni las aptitudes y motivaciones del solicitante, y que se debe a la falta de utilización racional de los medios de enseñanza existentes y a presupuestos reducidos que impiden la creación de medios nuevos. Para otros, en cambio, el numerus clausus no sólo es necesario, sino que es una responsabilidad que la facultad de medicina debe asumir ante la sociedad por dos motivos.

En primer lugar, porque tiene la obligación de proporcionar al estudiante distintos tipos de experiencias docentes, que involucran clases teórico-prácticas, trabajo de la laboratorio, contacto con toda clase de pacientes (tanto desde el punto de vista socioeconómico como del cuadro patológico) en diferentes niveles asistenciales y operativos (ambulatorio e internado, medicina general y especializada, preventiva y curativa, etcétera). Para poder cumplir con esta obligación es indispensable una planificación cuidadosa y realista de los recursos económicos y docentes que determinarán la cantidad de alumnos que

le es posible formar, cantidad que no puede excederse sin riesgos para la calidad del aprendizaje.

En segundo lugar, la estructura sanitaria no puede absorber más médicos -si bien las necesidades sanitarias hablan de un déficit asistencial por falta de médicos-, y de aumentarse el número de egresados, aumentarían también el paro y el subempleo ya existentes.

La necesidad de establecer un numerus clausus se plantea, por lo tanto, en dos niveles. El primer nivel es el numerus clausus educativo para las enseñanzas básicas y para las clínicas.

La masificación de los estudios durante las ciencias básicas trae aparejado un descenso progresivo de la calidad de la enseñanza: aumentan las clases magistrales y teóricas, disminuyen las clases prácticas, y se impide la integración vertical conseguida a través de un contacto directo con el paciente desde los primeros años. Es más, disminuyen las exigencias de evaluación, como consecuencia directa de la disminución de la calidad de enseñanza y de la falta de contacto entre profesor y alumno (que en este momento está muy lejos de mantenerse en la proporción ideal de 1 a 6).

Por otra parte, el numerus clausus a nivel de ciencias básicas debe supeditarse a la capacidad de la facultad para proporcionar, luego, enseñanzas clínicas. Si las facultades no imponen una limitación del número de alumnos al comienzo de la carrera, lo impondrán las circunstancias a nivel de las ciencias clínicas, puesto que ninguna institución hospitalaria admitirá más alumnos de los que pueda absorber sin detrimento de su función asistencial. Y ya en las condiciones actuales, sólo un 20% de los alumnos recibe una correcta formación clínica.

Para compensar esta deficiencia en la formación clínica se intenta imponer con carácter propedéutico, un internado rotatorio como requisito previo a la licenciatura. Esta tendencia -que está siendo abandonada en los países en los que se imparte una formación clínica adecuada- resulta irrealizable por falta de plazas de internado.

El segundo nivel es el numerus clausus profesional que se plantea por dos razones: por una parte, por la necesidad de establecer un control de la competencia profesional del egresado; por otra, como intento de regular la salida de egresados en función de las posibilidades de empleo ofrecidas por el sistema asistencial del país.

Con respecto al primer punto, una de las mociones de la mesa, sugerida por el Dr. Villardel, es implantar un National Board según el modelo norteamericano, que permitiría controlar la capacidad profesional de todo aspirante a graduado en España. En lo que se refiere al segundo punto, es muy difícil -sin un previo estudio socioeconómico- predecir la tendencia del mercado profesional y anticipar

cuál va a ser la demanda de asistencia médica, que condiciona la oferta de empleo.

Límites y requisitos del acuerdo docente entre universidades y centros asistenciales.

Los hospitales que se asocian con las facultades de medicina, pasan a ejercer su función docente con carácter oficial y a nivel de estudiantes no graduados. Esta función docente debe supeditarse a la función asistencial y en ningún caso entorpecerla. Los convenios que se establezcan estarán determinados por las características de ambas instituciones.

El criterio del S.O.E. ha sido estipular una serie de requisitos mínimos que deben cumplir sus instituciones para poder acceder a la enseñanza. "La acreditación de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social -a efectos de docencia e investigación- será solicitada por la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión al Ministerio de Trabajo para su curso, si procede, al de Educación y Ciencia" (Dr. Lamas).

Los requisitos impuestos por la Seguridad Social están planteados en función del enfermo y de la organización.

Desde el punto de vista del enfermo, los técnicos de la Seguridad Social enfrentaron resistencias entre los asociados, que entendían que sus enfermos no debían ser objeto de enseñanza. Finalmente la clase trabajadora comprendió que la formación de buenos médicos la beneficiaba.

Desde el punto de vista organizativo, las instituciones sanitarias de la Seguridad Social deben ajustarse, entre otros, a los siguientes requisitos: capacidad mínima de trescientas camas en servicio, la institución cerrada realizará 250 admisiones anuales, como mínimo, por médico en formación, archivo clínico centralizado y ordenado para la utilización científica y estadística de sus datos, programa específico de actividades científicas regulares, biblioteca debidamente dotada, servicios asistenciales completos y jerarquizados.

Una vez que una institución reúne las condiciones establecidas, establece un concierto concreto con la facultad, que le va a otorgar la venia docente.

Para los hospitales que han concertado acuerdos con facultades de medicina, el haber asumido su función docente parece representar una carga que origina, a corto plazo, una serie de "fatigas" a todo nivel. Fatiga para la institución pues le representa gastos adicionales que nadie paga y que debe asumir la propia institución. Fatiga para el médico porque supone un aumento de trabajo y responsabilidades por las cuales, aparentemente, no recibe gratificación econó-

mica y/o académica adecuada. Fatiga para el enfermo que se presta a servir de material docente sin tener conciencia de una compensación asistencial directa y, a menudo, sin que ella exista dado lo difícil que resulta conciliar los intereses del enfermo con el montaje actual de la enseñanza médica.

Por otra parte, el hospital sin docencia universitaria tiene miedo de incluir estudiantes dentro de su estructura, pero reconoce que el estudiante es útil para la institución, en cuanto representa un estímulo, un acicate, una crítica, un crecer continuos.

Este conflicto entre el deseo y el temor de incluir estudiantes, parece provenir de las condiciones poco "apetecibles" que presenta la docencia en la actualidad. Falta de atractivos que, quizás, estén compensados por el prestigio que para una institución supone el convertirse en hospital docente y la mejora del nivel asistencial a que ello la obliga.

Desde el punto de vista de las facultades de medicina, todos los hospitales deberían cumplir con su función docente. En opinión del Dr. Obiols, las instituciones hospitalarias tienen la obligación de enseñar, además de asistir e investigar, y esta obligación debe hacerse extensiva a las clínicas privadas y estar compartida por el enfermo, cuyo deber es prestarse como material docente.

#### Venia docente y control del aprendizaje.

En la actualidad son las facultades de medicina quienes llevan la responsabilidad de enseñar. Esta responsabilidad puede ser compartida por las instituciones asistenciales. Para que ello suceda, la institución, o algunos de sus servicios, deben estar acreditados y sus profesionales recibir una venia docente por parte de la facultad.

Surge aquí el doble rol de asistencia y docencia que deben desempeñar la institución y, dentro de ella, el profesor, el estudiante y el enfermo. Ante este problema parecen insinuarse tres posiciones en principio diferentes.

Por un lado, según la posición del S.O.E., debe existir una estricta delimitación de campos. La docencia pertenece al campo universitario, y es la facultad de medicina quien debe otorgar la venia docente y controlar el proceso de aprendizaje. Pero si la docencia se ejerce en una institución de la Seguridad Social y con sus asociados, es a la Seguridad Social a quien corresponde fijar los límites y controles de la asistencia. El Ministerio de Trabajo aporta los recursos necesarios para la asistencia, el de Educación los que requiera la docencia. Además, el catedrático debe incluirse en la plantilla de la institución y ejercer docencia y asistencia al mismo tiempo.

Las facultades de medicina consideran, por su parte, que los médicos que pertenecen a un servicio asistencial deben colaborar en la tarea docente bajo la supervisión y el control del catedrático de la facultad de medicina.

Por último, el médico que cumple funciones docentes desde su cargo de Jefe de Servicio o de Departamento de un hospital, juzga necesario ser equiparado en jerarquía y autoridad al catedrático de la facultad de medicina.

Para el Dr. Soria, es sorprendente que se establezca un límite de ámbitos entre docencia y asistencia. El contenido de la docencia clínica es la asistencia técnica y humana del enfermo; no existe, por lo tanto, una distinción entre docencia y asistencia. Según su opinión, si la Seguridad Social se hace cargo de la asistencia médica del país, las enseñanzas clínicas no tendrían que ser propias de la universidad sino de escuelas profesionales regidas por la Seguridad Social.

La dicotomía entre docencia y asistencia se funda, según el criterio del Dr. Balcells, en que aun hoy se piensa con la mentalidad de las "prácticas", de la demostración clínica, de la presentación del enfermo, de la enseñanza verbalizada. Si en lugar de esto, se pensara que el alumno está situado -como la enfermera o el practicante- al lado del médico, ayudándolo, colaborando con él en la asistencia del enfermo, y además aprendiendo, no habría fatiga para la institución, ni para el enfermo, ni para el médico. (Y tampoco para el alumno que pasa de un rol pasivo a uno activo: aprende y asiste). Se trata de un "quehacer colaborando" que es, sobre la marcha, una asistencia docente en el mejor sentido de la palabra.

### Objetivos de la enseñanza clínica.

Los objetivos de la enseñanza clínica se subordinan al objetivo general que persigue la educación médica. Pretende capacitar a los alumnos para ejercer la medicina general y hacer que adquieran, además de los conocimientos y habilidades precisas, determinados valores y actitudes médicos y la orientación profesional adecuados a las necesidades del país. Esto será fruto del ambiente total, del conjunto de transacciones que tienen lugar dentro de la institución y no sólo del seguimiento de unos planes de estudio.

Por desgracia, lo que con frecuencia se pretende lograr con la enseñanza clínica es que el alumno sepa diagnosticar, tratar y curar órganos o enfermedades, dándose por supuesto que después aprenderá por su cuenta a tratar enfermos. El hecho de que la formación de valores y actitudes profesionales no figuren como objetivos formales de la enseñanza médica, no quiere decir que no sean su resultado.

En una experiencia -citada por el Dr. Campos- que se llevó a cabo en la Universidad Autónoma de Barcelona, se analizaron las vivencias

de los alumnos en el curso de su aprendizaje clínico. Se arribó a la conclusión de que las actitudes y valores médicos con los que ingresa a la facultad, resultan más adecuados para el ejercicio de la profesión, que aquellos con los que sale después de haberse formado.

Para adaptarse a las exigencias de su rol de estudiante, se ve obligado a establecer, frente al enfermo, una serie de defensas que a la larga resultan disfuncionales para el médico y para el enfermo. Lo que es peor, dichas defensas se convierten en comportamientos estereotipados y a fuerza de racionalizarlas llegan a ser consideradas como virtudes médicas. Durante la formación clínica parece existir un verdadero entrenamiento, con apoyo institucional, para actitudes de omnipotencia, omnisciencia y autoritarismo. Se le presentan al estudiante, modelos de identificación que fomentan la despersonalización del médico y del enfermo, una relación funcional entre ambos y, además, se alienta una relación competitiva y no cooperativa con los compañeros. Todo lo cual representa un eficaz aprendizaje en el campo de la comunicación interpersonal.

Los medios para lograr los objetivos de las enseñanzas clínicas incluyen la formación de profesorado, técnicas educativas adecuadas, e instrumentos de evaluación válidos.

La preparación del profesorado es una de las tareas más imperiosas que un hospital debe acometer para llevar a cabo la enseñanza clínica. El que un profesional sea un buen médico no implica que sepa enseñar, y menos si lo debe hacer a través de tutorías, de grupos pequeños, etcétera, que requieren una preparación especial. Es preciso establecer programas que estimulen la formación docente del profesorado. Al respecto parece existir un acuerdo general entre todos los participantes.

En lo que se refiere a la metodología de la enseñanza clínica, el problema radica en que a pesar de tratarse de las enseñanzas quizás más importantes, resultan ser las menos sistematizadas. Una de las dificultades mayores estriba en que el documento más importante del aprendizaje, la historia clínica, no resulta apta para ser evaluada, ni refleja en absoluto el proceso lógico del diagnóstico clínico seguido por el médico, como tampoco la calidad de su trabajo. En este sentido un paso definitivo ha sido dado por el método proyectado por Lawrence L. Weed en su "Historia clínica orientada por problemas", que permite la supervisión del proceso de diagnóstico en la enseñanza clínica y promete ser uno de los mejores instrumentos del que se dispone hasta ahora.

En cuanto a la evaluación del aprendizaje, no existe, desde el punto de vista práctico, nadie que delegue la función de enseñar sin delegar, simultáneamente, la función de evaluar. Si el que enseña es un profesor adjunto, él tiene la responsabilidad de sus alumnos y es quién, finalmente, los examina, aunque el catedrático siga siendo en teoría el responsable.

Se plantean al respecto, varias preguntas: ¿Es función de las universidades evaluar a todos los alumnos que salen del sistema? ¿Es po-



sible hacerlo con criterios de validez y confiabilidad? Con el potencial de personal existente, ¿es posible proceder a una evaluación de todos los alumnos que reciben enseñanzas clínicas en otros sistemas? ¿Cuál es la actitud de las instituciones frente al hecho de ser evaluadas desde fuera?

### Licencia para ejercer la profesión médica.

Este es un tema estrechamente vinculado con el control y evaluación del aprendizaje. Aunque no fue tratado de manera directa en el transcurso de esta reunión, surge como corolario de lo expuesto y de las intervenciones ulteriores.

La licenciatura en medicina es el medio del cual se vale la sociedad para controlar la institución médica y para protegerse a sí misma de médicos incompetentes. La competencia médica está definida por lo que la profesión considera un nivel de exigencia profesional mínimo y lo que la sociedad está dispuesta a aceptar y a imponer. Esta competencia varía en función del estado de desarrollo de la medicina y de las expectativas que esto determina en la sociedad. Los criterios de evaluación han sido, generalmente, de capacitación teórico-práctica y de idoneidad ético-profesional.

Los órganos evaluadores han variado a lo largo de los tiempos, pero los poderes públicos se han reservado siempre el derecho de otorgar títulos y regular legalmente las condiciones de ejercicio profesional.

La mesa se plantea, al respecto, el problema de si el título otorgado por las facultades de medicina certifica y acredita la capacitación profesional de quienes lo reciben, o bien se limita, por el contrario, a certificar y acreditar su idoneidad en el conocimiento teórico de las ciencias médicas.

De ser cierto esto último, caben sólo dos alternativas: o las facultades adecuan los métodos educativos y de evaluación para que sus títulos sean confiables, o bien serán substituidas por otros organismos que, a corto o largo plazo, se harán cargo de la licenciatura de los médicos. El hecho de que la mayoría de las instituciones asistenciales hayan adoptado métodos de concurso u oposición para contratar médicos, apunta en esta dirección. Por otra parte, es de prever que a medida que crezca la plétora profesional, y con la excusa antes dicha, los Colegios de Médicos intenten regular, de manera autónoma, el derecho a la colegiación de los graduados en medicina.

Además, la licenciatura daba un derecho a ejercer la medicina con carácter permanente y vitalicio. En la actualidad se pone en tela de juicio que los conocimientos recibidos en la facultad continúen siendo adecuados para el ejercicio de la medicina al cabo de un corto pe-

ríodo de tiempo, a no ser que el médico se preocupe por reactualizarlos continuamente.

Para garantizar esta educación continuada, en algunos estados se imponen períodos obligatorios de reciclaje y revalidaciones periódicas del derecho al ejercicio. La mesa se pregunta cuál va a ser el papel de las facultades, de los hospitales y de los colegios profesionales en la actualización de conocimientos del médico graduado, y en la revalidación de títulos.

El consenso de la mesa sobre los puntos expuestos es, en síntesis, el siguiente:

1. La capacidad del sistema educativo en medicina, a pesar de la incorporación al mismo de hospitales docentes asociados, resulta por completo insuficiente para proporcionar formación clínica adecuada al número de alumnos que se admiten, actualmente, en el nivel de ciencias básicas.
2. Aceptar dentro del sistema de enseñanzas clínicas a un número de alumnos superior al de su capacidad docente resulta inviable, tanto por el género de repercusiones que tiene sobre la formación de los alumnos, como por las interferencias que supone para el sistema asistencial.
3. Para incorporar un hospital asistencial al sistema docente se requiere aclarar y fijar objetivos docentes y asistenciales, definir el rol del profesor y del alumno dentro del hospital, diseñar una metodología educativa y formar al profesorado que deba llevarla a cabo, y, por último, decidir los medios de evaluación y el organismo que debe aplicarlos.
4. El sistema de evaluación que determina el otorgamiento de un título que da derecho al ejercicio profesional, debe garantizar la capacidad profesional del graduado y no sólo la posesión de unos conocimientos meramente teóricos.

En vista de la importancia de la problemática expuesta, esta Oficina de Educación Médica ha proyectado una investigación, a escala nacional, sobre los puntos considerados. En este sentido sería de gran utilidad que los participantes del Seminario Nacional de Educación Médica nos hicieran llegar sus opiniones. Para facilitar su colaboración hemos confeccionado un cuestionario que adjuntamos al presente trabajo.