

## SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

29 Enero - 3 Febrero 1973 Barcelona

### LA ENSEÑANZA CLÍNICA DENTRO DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA

Esta exposición constará de dos partes. En la primera se hará un análisis de los aspectos psicosociales y educacionales de la enseñanza clínica universitaria (Dr. Juan Campos Avillar) y en la segunda se tratarán los aspectos cuantitativos y socioeconómicos de la misma (Dr. Felipe Soler Sabarís).

Hasta la fecha, la enseñanza clínica, en tanto en cuanto se realiza, se desarrolla en el seno de los hospitales, que pueden ser clínicas universitarias u hospitales concertados. La problemática actual proviene del cada vez mayor número de alumnos, el cual se verá incrementado aún más cuando entren en vigor las nuevas directrices sobre planes de estudio (B.O.E. 4-10-72), que imponen como obligatorio este tipo de enseñanza para la obtención del título de Licenciado en Medicina. Otro aspecto del mismo problema son las repercusiones que dicha implantación puede tener para las Facultades de Medicina, los hospitales y la sociedad en general.

El análisis del problema se hará a partir de los siguientes puntos:

1. La función social y profesional de la Licenciatura y el papel de las enseñanzas clínicas dentro de la misma.
2. La situación actual de las enseñanzas clínicas.
3. La problemática de la implantación de las enseñanzas clínicas universitarias en hospitales docentes.

1. La función social y profesional de la Licenciatura y el papel de las enseñanzas clínicas dentro de la misma.

La Licenciatura de los médicos es el método con el cual la sociedad controla la institución social de la medicina y se protege a si misma de médicos incompetentes.(1) La competencia o incompetencia de los médicos viene definida por el compromiso establecido entre lo que la profesión considera un nivel mínimo exigible de ejercicio profesional y lo que la sociedad está dispuesta a aceptar y a imponer.

Con el fin de alcanzar los standards de capacitación acordados, la institución médica tiene establecido un sistema de formación para aquellos que quieren ingresar en la profesión y la sociedad un sistema de evaluación por el que por un lado se asegura que aquellos a quienes concede el derecho de ejercer la medicina están capacitados para hacerlo eficaz y responsablemente, y por otro lado sanciona a los que practican la Medicina sin estar cualificados, así protegiendo los derechos profesionales de los médicos. Los niveles de conocimientos teóricos y prácticos que se exigen del médico para otorgarle la licencia, han ido variando a lo largo de los tiempos según el estado de desarrollo de la Medicina. Los criterios por los que se han regido las evaluaciones han sido generalmente de tipo teórico-práctico y ético-profesional a la vez. Los organismos examinadores han estado constituidos por miembros de la profesión, representantes del Estado, o una mezcla de ambos (Gremios o Colegios Profesionales, Universidades, Facultades de Medicina, Tribunales Municipales o Estatales, etc.), habiéndose siempre reservado los poderes públicos el derecho de otorgar los títulos y regular legalmente las condiciones que se deben cumplir para que el médico pueda seguir disfrutando de los privilegios que el título le concede.

En el momento actual, la validez del título y el derecho al ejercicio a él anejo son de carácter permanente y vitalicio. El acelerado avance de los conocimientos y técnicas de la medicina tiene como consecuencia que estos queden anticuados en muy pocos años, y que resulte inoperante la preparación recibida. Es muy probable que la sociedad se vea obligada a establecer unos criterios para la renovación periódica del derecho al ejercicio, estimulando de este modo la educación continuada y el reciclaje periódico de los médicos.

En España, las Facultades de Medicina son a la vez los encargados de la educación de los estudiantes y el órgano calificador y evaluador de los resultados de este proceso. La validez y fiabilidad de esta evaluación depende de si la sociedad sigue dando crédito al título conferido y sigue concediendo el derecho al ejercicio hasta ahora implícito en aquel. Históricamente, cada vez que el órgano examinador de licenciados en medicina ha perdido credibilidad, la sociedad ha tomado medidas para corregirlo. Fue de este modo como los gremios de cirujanos perdieron este derecho en favor de las universidades, estas en favor de los colegios profesionales y, de nuevo, estos en favor de la universidad, como claramente expone Sigerist en su Historia de la Licenciatura (2).

La incorporación de un período de enseñanzas clínicas obligatorias previo a la obtención del título de licenciado, como indican las nuevas directrices sobre planes de estudio para las Facultades de Medicina, seguramente va encaminado a asegurar que los licenciados poseen efectivamente el grado de capacitación médica profesional que con su título acreditan.

## 2. Situación actual de las enseñanzas clínicas.

La educación médica universitaria tiene por objeto proporcionar al estudiante de licenciatura la información, instrucción y experiencia necesarias para el ejercicio general de la Medicina. Las enseñanzas clínicas al lado del enfermo son las encargadas de satisfacer la parte

de experiencia. Dada la crónica insuficiencia de medios con que cuentan la mayoría de las Facultades de Medicina para atender al número de alumnos al que se ven obligadas a enseñar, podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que desde hace muchísimos años:

- (1) La mayoría de los alumnos que se han venido graduando en España no han tenido ocasión de recibir de una manera oficial la cantidad de instrucción y experiencia clínica formalmente organizada que hubieran necesitado para poder eficiente, capacitada y responsablemente dedicarse al ejercicio general de la medicina al término de sus estudios oficiales.
- (2) Y para aquellos otros que, por caminos no-formales establecidos (según características que describiremos a continuación), han sido capaces de adquirir la capacitación suficiente, los medios de evaluación de las facultades resultan inadecuados para detectarla y acreditarla.

Hasta el presente, en la práctica, un estudiante adquiere su aprendizaje clínico fundamentalmente a través de uno de los siguientes procedimientos:

1. Asegurándose, mediante amistad, influencia, parentesco o suerte, el acceso a un servicio clínico, donde haya alguien que esté dispuesto a enseñarle, a permitirle ver lo que allí se hace, a asistir a las sesiones clínicas, y dejarle tener algún contacto con los enfermos. La instrucción y supervisión que de los médicos reciben y la buena voluntad y disposición de estos tienen un carácter errático y dependen del caso que se presente y del tiempo de que disponga el médico en aquel momento. El modelo de enseñanza que se sigue es el del maestro-aprendiz, con el inconveniente de que el maestro en este caso no tiene ninguna ventaja de la labor que el aprendiz realiza, ni responsabilidad directa por lo que el estudiante finalmente aprenda.
2. El estudiante puede asimismo colocarse de ayudante con algún médico que esté dispuesto a aceptarle. Incluso es posible que además de la promesa de enseñarle le proporcione alguna gratificación económica

por el trabajo que el alumno realiza. El inconveniente de este sistema es que el trabajo del alumno resulta más interesante que lo que de él aprende. Es frecuente el caso en que el alumno abandona sus estudios, prolongando innecesariamente su graduación, o incluso que convierte su estatus provisional de ayudante en definitivo, quedándose de por vida como ayudante de manos o instrumentista del jefe.

3. La única posibilidad oficial viable consiste en entrar como interno en un servicio o cátedra universitarios. Aquí, generalmente, el estudiante se dedica con exclusividad a su labor de interno, abandonando sus obligaciones académicas y prácticas en otras asignaturas, y adquiriendo una visión parcial, incompleta y prematuramente especializada de la medicina.

Resumiendo pues, el sistema de enseñanza clínica predominante en el país hasta el presente ofrece las siguientes características:

- 1.) No es asequible a todos los estudiantes de medicina, ni tiene carácter obligatorio.
- 2.) Viene regido por un sistema no-formal, basado en el interés personal del estudiante, la buena disposición de los médicos y servicios que lo imparten y de las oportunidades que aparezcan.
- 3.) No está programado, ni en cuanto al tipo de enfermo y de enfermedades con que se practica, ni en cuanto a una secuencia temporal que dependa de la reconocida capacidad adquirida por el estudiante para resolver problemas de creciente dificultad.
- 4.) No hay rotación por distintos servicios, ni supervisión sistematizada, todo lo cual fomenta la especialización prematura del estudiante y su formación incompleta para la medicina general.

Las únicas excepciones a este sistema prevalente de enseñanzas clínicas se encuentran en aquellas facultades, de carácter privado o de nueva creación, que han sido capaces de mantener una matrícula de alumnos proporcionada a su capacidad docente y a los medios asistenciales disponibles. En estos lugares se establecieron programas de vivencias

clínicas encaminadas a introducir al estudiante al contacto con el enfermo ya desde el inicio de sus estudios. Asimismo, las enseñanzas durante el período clínico se organizaron en forma integrada, mediante pasantías rotatorias (clerkships) por los distintos servicios y con supervisión sistematizada. La incapacidad para controlar y seleccionar el número de alumnos adecuados a su capacidad amenaza con invalidar y echar al traste todas estas aspiraciones.

Frente a esta situación - invalidez de los títulos otorgados e inadecuación de los medios disponibles - las Facultades de Medicina se encuentran ante las siguientes alternativas:

1. Conceder una Licenciatura con validez exclusivamente académica, y dejar que otros organismos garanticen un Certificado de Aptitud Profesional necesario para el ejercicio.
2. Establecer unos métodos válidos de evaluación de suficiencia clínica, y solo conceder el título con validez profesional a quienes hayan demostrado su capacidad, sea donde sea que la hayan adquirido.
3. Concertar acuerdos con hospitales docentes acreditados, que se encarguen oficialmente de la formación clínica de los alumnos.

Este último es el criterio que se ha aceptado, y en el próximo punto vamos a analizar las condiciones en que debe establecerse el acuerdo.

### 3. Problemática de la implantación de las enseñanzas clínicas universitarias en hospitales docentes.

La incorporación de hospitales docentes al sistema universitario parece tener como finalidad intentar subsanar las deficiencias, tanto cualitativas como cuantitativas, originadas por el número creciente de alumnos que desborda la capacidad docente, sobre todo en el área clínica, de la Universidad. Esto implica un cambio y necesariamente una adaptación para el hospital y la Facultad, como para los beneficiarios de sus servicios: enfermos y alumnos.

Para algunos hospitales la venia docente implica hacerse cargo de un cupo determinado de alumnos para la docencia total de todo el período clínico - tanto de tipo teórico como práctico. Para otros, implica solamente el impartir algunas materias o aceptar alumnos para el internado rotatorio de último curso. Tanto en un caso como en otro, vale la pena, a la hora de planificar sus enseñanzas clínicas, el tener en cuenta las siguientes consideraciones generales sobre objetivos:

### I. Objetivos de la enseñanza clínica.

Los objetivos específicos de la enseñanza clínica deben ir subordinados al general que se persigue en la formación del médico. Su objeto principal es proporcionar al alumno la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos que posee a la resolución de los problemas médicos del enfermo, en unas condiciones de responsabilidad clínica limitada. El objeto final de este proceso de aprendizaje es que el alumno quede capacitado científica y técnicamente para ejercer la medicina, viendo al enfermo como una persona total dentro de un ambiente social, y no meramente como un problema clínico, que ha sido el marco conceptual que ha prevalecido en sus estudios académicos.

Desgraciadamente a menudo lo que se pretende lograr con la enseñanza clínica es que el alumno sepa diagnosticar, tratar y curar órganos o enfermedades, dándose por supuesto que posteriormente aprenderá por su cuenta a tratar enfermos. El hecho que la formación de valores y actitudes profesionales y el desarrollo del yo profesional no figuren como objetivos formales de la enseñanza médica, no quiere decir que estos no sean resultado de esta.

En una serie de seminarios de discusión llevados a cabo en la Universidad Autónoma de Barcelona acerca de vivencias experimentadas por los alumnos en el curso de sus enseñanzas clínicas, hemos llegado a la conclusión que muchas de las defensas que el alumno establece para sentirse cómodo en su tarea, acaban convirtiéndose en notorios obstáculos para la reali-

zación de la misma. Cuando el alumno sabe ya como "defenderse delante de un enfermo", la defensa establecida se convierte en disfuncional para la ejecución de su role de estudiante y el futuro role de médico. Lo que es peor, estas defensas quedan racionalizadas y llegan a ser consideradas como virtudes médicas, necesarias para "el bien del enfermo". Asimismo, hemos llegado a la conclusión que existe un verdadero entrenamiento con apoyo institucional para las actitudes de omnipotencia, omniscencia y autoritarismo como fruto de la adaptación que el estudiante hace durante su formación clínica. Se le presentan modelos de identificación que fomentan la despersonalización del médico y del enfermo, una relación funcional entre ellos, competitiva y no cooperativa con los compañeros, y que finalmente representa un eficaz entrenamiento en el campo de la incomunicación interpersonal.

Las enseñanzas clínicas se imparten en distintos momentos de los estudios. Cada tipo de enseñanza tiene sus objetivos específicos. Podemos considerar los siguientes:

1. Vivencias Clínicas. Se imparten durante el período preclínico. Su objetivo es, por una parte, dar relevancia a los estudios de ciencias básicas - ligando teoría y enfermo -, y, por otra parte, iniciar a los alumnos en la clínica, desarrollando su capacidad de observación y de entrevista, y familiarizándoles con el paciente como una persona enferma y que vive dentro de un ambiente social determinada.
2. Pasantías (Clerkships). Corresponden éstas a la parte práctica de las asignaturas clínicas. Caso de que se enseñan en forma integrada durante el período clínico, se hace por bloques de prácticas en los distintos servicios, con mayor énfasis en los de medicina y menor en las especialidades. Su objetivo es que el estudiante practique los métodos exploratorios y comprenda los principios del diagnóstico y del tratamiento clínicos. No tiene responsabilidad clínica primaria. Se desarrolla más bien a base de demostraciones que de actuación clínica.



3. Internado rotatorio. Se realizará durante el último año de la carrera, aunque hasta ahora se venía realizando inmediatamente después de la obtención del grado. Su objetivo fundamental es proporcionar experiencia suficiente para el ejercicio de la Medicina General. El interno adquiere progresivamente responsabilidad clínica y entrenamiento profesional. Resulta aconsejable que viva en el hospital y sea remunerado (3).

## II. Relación entre ambiente y actitudes.

- a) La formación del estudiante durante su estancia en la Facultad no solo implica la adquisición de unos conocimientos científico-técnicos, sino también la adquisición de unos valores propios de la profesión, el desarrollo de unas actitudes y de una identidad profesional, que determinan la orientación general de su práctica y servirá de base para su elección de especialidad.
- b) Los planes de estudio, en particular los de las enseñanzas clínicas, están fundamentalmente dirigidos a conseguir una competencia científico-técnica en el diagnóstico y tratamiento. La adquisición de valores y actitudes profesionales se deja totalmente al azar, pensando en ellos como efectos secundarios que son fruto de la identificación con los modelos profesionales y de la adaptación al ambiente y a la tarea.
- c) Consecuencia de esta formación no planificada es que la orientación del hospital donde reciban las enseñanzas tendrá más importancia que todos los consejos que se les pueda dar a los alumnos. Emily Mumford, comparando las características profesionales de los médicos que salen de un "community hospital" con otros que salen de un "teaching hospital", ha encontrado que los primeros se dirigen hacia la práctica general, mientras los segundos se dirigen a la práctica especializada y a la enseñanza. (4)

d) Las características de los hospitales de los que se dispone en la actualidad son las siguientes: No realizan una asistencia comprensiva, continuada. No están orientados a la prevención y a la asistencia. No establecen servicios de comunidad. No dan acceso al hospital al médico general y no facilitan su colaboración activa en el tratamiento de los enfermos. Bajo estas circunstancias es muy dudoso que el ambiente hospitalario contribuya a corregir la tendencia de los médicos hacia la especialización en detrimento de la medicina general, hacia la práctica urbana en detrimento de la rural, y la orientación predominante hacia una medicina curativa en vez de una medicina preventiva, de cuidados, de orientación, y de consejo sanitario y psicosocial.

e) Otros problemas que para nuestro sistema asistencial hoy día son de importancia derivan en parte del éxito de la medicina que produce una gran cantidad de enfermos crónicos, inválidos y geriátricos, y en parte de las enfermedades de la civilización o del comportamiento individual (mentales, funcionales de origen psicológico, cancer, cardiovasculares, trastornos dietéticos, adicción a drogas e incluso accidentes). Todas estas enfermedades requieren una ayuda médica, tanto general como especializada, más bien de tipo asistencial, psicosociológico o psicoterapéutico que no curativo, dirigida a conseguir cambios de conducta o de actitudes para prevenirse de la enfermedad o saber vivir con ella. Nos preguntamos, ¿cómo una orientación fundamentalmente con vistas a la curación, a tratamientos activos y técnicas, puede proveer este tipo de asistencia?

### III. Organización y programación secuencial de las distintas actividades.

La implantación de un programa docente a nivel de licenciatura es quizás una de las tareas más complejas con que se puede ver enfrentado un hospital. Básicamente, se trata de un método de capacitación clínica progresiva mediante adiestramiento en el servicio (4). Deberían desarrollarse formas que permitan al estudiante aprender en su contacto con los pacientes mediante la resolución de problemas de dificultad creciente

y adecuados a su capacidad. En vez de ello, esta enseñanza tiene un carácter errático y depende del enfermo que caiga en la cama que le corresponde o de los que frecuenten el servicio donde está realizando la pasantía.

Idealmente, para que esta enseñanza resultara eficaz debería brindarse al estudiante la ocasión de familiarizarse con una amplia gama de problemas médicos, que incluyeran el tipo de enfermedades que más frecuentemente va a encontrar en su práctica, sobre todo domiciliaria y rural, y asimismo una gran variedad de enfermos, tanto desde el punto de vista socio-cultural como en lo referente a la intensidad de cuidados que requieren.

Respecto a la metodología de la enseñanza clínica, el problema está en que tratándose quizás de las enseñanzas más importantes, resultan ser las menos sistematizadas. Una de las dificultades mayores radica en que el documento más importante de estas enseñanzas, la historia clínica, no resulta apta para ser evaluada, ni refleja en absoluto el proceso del diagnóstico clínico seguido por el médico, ni 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 de los que disponemos hasta el momento (5). Actualmente, en el Hospital de San Pablo se está experimentando con este enfoque.

#### IV. Profesorado.

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, etc. que requieren una preparación especial.

Cuando un hospital previamente dispone de una pirámide de enseñantes que incluye residentes e internos, en que cada nivel enseña al inferior, la cosa es más simple, pues basta utilizar el potencial docente remanente en el sistema para los estudiantes.

Cuando esto no es posible, entonces se recurre a asignar un número de estudiantes a un médico de sala, quien desempeña simultáneamente la función de médico y de maestro. La realización simultánea de una doble función complica tremendamente las relaciones, en el sentido que la relación binaria se transforma en triangular, constituido por el médico-maestro, el ayudante-alumno, y el enfermo-material docente; y hay que conseguir que la función que se ejerza en un momento dado no obstaculice la otra.

#### V. Estudiantes y Enfermos.

En estos últimos años, las características personales del estudiante de medicina y las del enfermo que acude al hospital han cambiado significativamente. Los primeros han sido impulsores de la mayoría de las modificaciones en la orientación que la enseñanza moderna está tomando hacia la comunidad y la medicina preventiva y social. Los enfermos, por su parte ya no pertenecen exclusivamente a los sectores socioeconómicamente débiles, sino que abarcan toda la gama de la sociedad y, además, son más conscientes de sus derechos y costean su estancia en el hospital.

Es muy posible que la interacción entre ambos implique grandes cambios en la práctica hospitalaria. Lo que es más, es posible que se generalice el presentar pleitos por negligencia médica o de servicios a la que es subsidiaria el hospital. Los hospitales tendrán que asegurarse y establecer estrechos controles respecto a las actividades clínicas del estudiante, sobre todo si tenemos en cuenta que el interno pasará a ser no-graduado.

De algún modo los hospitales docentes tendrán que conseguir que el estu-

diante, además de aprender, preste algún servicio al enfermo, si no hay el peligro que estos rehusen a ser utilizados como material de enseñanza.

### Conclusión.

La capacidad de admisión de alumnos viene determinada por unos condicionamientos tan reales - camas, profesorado, características asistenciales, medios, etc. - que por fuerza tiene que ser limitada. Si las solicitudes de admisión superan a la capacidad, forzosamente tendrán que implantarse unos criterios de admisión y unas pruebas de selección. Cuando esto suceda, y si además, como es de suponer, el nivel docente de los hospitales o su prestigio no es igual para todos, nos encontraremos con que el numerus clausus que las Facultades de Medicina no pudieron mantener en el primer curso, se establecerá a nivel de los años clínicos.

La conclusión es que la capacidad del sistema docente de la Medicina, no viene tanto limitada, como algunos afirman, por el número de plazas que precisa el país, sino por la capacidad de plazas para enseñanzas clínicas que este tiene.

La impresión general es que el número de alumnos que requiere enseñanza clínica crece a un ritmo más rápido que el de puestos de docencia clínica. La escasez de estos, que actualmente ya existe, tenderá a incrementar. Si esto sucediese, solo caben las siguientes alternativas:

1. Limitar el número de alumnos admitidos a la Facultad de Medicina, determinado por el límite de su capacidad de enseñanza docente.
2. Otorgar títulos de Licenciados en Ciencias Médicas, sin derecho al ejercicio profesional.
3. Crear nuevas especialidades: Licenciaturas en Ciencias Médicas Básicas, Trabajadores Sociales Clínicos, etc., que no precisen de enseñanzas clínicas.

4. Es urgente que se proceda a una investigación de los recursos existentes para las enseñanzas clínicas, y de acuerdo con ello se establezca un programa de desarrollo.

#### REFERENCIAS

1. Henry E Sigerist, "On the Sociology of Medicine", M.D. Publications, New York, 1960
2. Thomas McKeown, "A Historical appraisal of the Medical Task", en Medical History and Medical Care, Oxford Univ. Press, London, 1971
3. Coloquio sobre "Educación Médica en España", Recomendación 5,6. Toledo, abril 1970
4. Emily Munford, "Interns: From Students to Physicians", Harvard Univ. Press, Cambridge, 1970
4. "Innovación del Curriculum Médico en las Américas", FEPAFEM, 1971
5. Lawrence L. Weed, "Medical Records, Medical Education and Patient Care", The Press of Case Western Res. Univ. Cleveland, 1971.