

La universidad que queremos (II). En búsqueda de una mejora contrastada

Arcadi Gual

'El General Medical Council (GMC) protege a la población garantizando estándares adecuados en la práctica de la medicina. Alcanzamos esta meta estableciendo y regulando los estándares profesionales, no sólo para la práctica profesional de los médicos sino también para la formación de grado, posgrado y continuada [...]. La mejora de la gestión y la calidad de la formación y la práctica médica involucra a diversas organizaciones.'

GMC. Quality Improvement Framework; 2010.

El último editorial de *Educación Médica* del año 2011 argumentaba por qué la universidad debería empeñarse con prioridad absoluta en la mejora de la calidad antes que discursar sobre el tópico de la excelencia. Estas líneas, con una visión general pero académica, quieren profundizar en qué ha de ser para la universidad, y en particular para las facultades de medicina, la mejora de la calidad.

No es cuestionable que en las últimas décadas la universidad ha experimentado considerables avances: investigación de nivel, nuevos grados y másters, nuevos planes de estudio, nuevas infraestructuras docentes y un profesorado con capacidad contrastada aunque quizá no capacitado completamente para todas las actividades que se le demanda. A pesar de las espinas irritativas del día a día, la universidad, en su globalidad, está mucho mejor que hace 25 años. Pero, precisamente, esta mejora global puede enmascarar parcelas como la formación de los médicos en las que la mejora no sea sustancial o incluso en las que no se haya producido avance alguno. La intención no es cuestionar si la formación es buena o mala, sino si hay margen de mejora. ¿La universidad puede mejorar la formación de los médicos?, ¿queremos saber si hay o no margen de mejora?

La pregunta es evidentemente retórica, pero la respuesta, al menos si tenemos en cuenta las con-

The university we want (II). Seeking a proven improvement

'The General Medical Council (GMC) protects the public by ensuring proper standards in the practice of medicine. We do this by setting and regulating professional standards not only for qualified doctors' practice, but also for undergraduate and postgraduate medical education and training [...]. A number of organisations are involved in managing and improving the quality of medical education and training.'

GMC. Quality Improvement Framework; 2010

The last editorial of *Educación Médica* in 2011 made a case for why universities should give utmost priority to seeking improvement in quality before holding forth on the hackneyed notion of excellence. From a general but, at the same time, academic point of view, the purpose of these reflections is to delve deeper into what improved quality must mean for universities, and more particularly for faculties of medicine.

Without a doubt universities have advanced considerably in the last few decades: high-level research, new bachelor's and master's degrees, new curricula, new educational infrastructures and teaching staff with well-demonstrated capacities, although perhaps not fully qualified to carry out all the activities that are required of them. Despite the thorny little issues of day-to-day life, overall, universities are now much better than they were 25 years ago. But this overall improvement may well be hiding areas, like the training of physicians, where there has been no substantial improvement – or even no progress has been made whatsoever. The aim is not to look at whether training is good or bad, but rather whether there is room for improvement. Can universities improve physicians' education and training? Do we want to know if there is room for improvement or not?

The question is obviously a rhetorical one but the answer, at least to judge by the way the institutions

Director de la Fundación Educación Médica (FEM). Profesor de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Correspondencia: Arcadi Gual Sala. Departamento de Ciencias Fisiológicas I. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.

E-mail: agual@ub.edu

© 2012 Educación Médica

ductas institucionales, es sorprendente: no ha interesado saber si podemos mejorar. El General Medical Council (GMC) británico, órgano regulador de la formación médica, tiene claro que las medidas a corregir, y por tanto a mejorar, no se generan en la mesa de un despacho sino que surgen del análisis y de la evaluación de la realidad. El instrumento normalizado que utiliza, el *Quality Improvement Framework* (QIF) [1], permite reflexionar sobre dos cuestiones que deben ser útiles para todos: primero, el control de calidad, y después, la diversidad de actores.

Cualquier programa de control de calidad se basa en un circuito de retroalimentación. Una acción genera un resultado que, al analizarlo o evaluarlo, permite obtener conclusiones para, si procede, introducir mejoras en una nueva acción. La razón fundamental de la mejora de la investigación en los últimos 25 años no ha sido otra que la evaluación de ésta y la razón fundamental de una docencia estancada en modelos clásicos no es otra que la falta de una evaluación y control de calidad. El GMC, después de una *task force* iniciada hace más de una década y revisada en el 2004-2005, ha estructurado su responsabilidad de 'regular' la evaluación y la mejora de la formación de los médicos en el QIF, que se fundamenta y ampara en cinco principios: *proportionality, accountability, consistency, transparency and targeting*.

La regulación ha de ser 'proporcional' sólo cuando sea necesario y en relación al riesgo; ha de 'rendir cuentas' justificando las decisiones ante la sociedad; debe estar en relación con los estándares aceptados y, por tanto, 'coherente' con ellos; ha de ser de uso y comprensión fáciles, 'transparente', para todos los ciudadanos; y debe estar 'focalizada en un objetivo', dirigida a un problema y minimizando efectos colaterales. No es necesario desarrollar esta cuestión dado que el documento del QIF [1] está al alcance de todos los interesados, pero los comentarios precedentes son suficientes para justificar que las sociedades más reputadas en la mejora de la calidad universitaria mantienen y actualizan la evaluación y regulación de la formación universitaria con procedimientos extremadamente exigentes y comprometidos, mientras que los nuestros siguen siendo altamente burocratizados y farragosos.

El QIF nos hace reflexionar sobre una segunda cuestión. Además de la propia universidad, y en nuestro caso las facultades de medicina, ¿deben participar otros actores en el control y mejora de la calidad? En repetidas ocasiones la universidad ha hecho suya la expresión popular 'yo me lo guiso, yo me lo como'. No hace muchas semanas, en medios

behave, is surprising: no interest has been shown in finding out whether we can improve. The British General Medical Council (GMC), the body that regulates medical training, is thoroughly convinced that the measures to be corrected, and therefore improved, are not generated on a desk inside an office somewhere but, instead, arise from the analysis and evaluation of reality. The standardised instrument it uses, the Quality Improvement Framework (QIF) [1], enables us to reflect on two issues that must be of use to all: first, quality control and then the diversity of stakeholders.

Any quality control programme is based on a feedback loop. One action generates a result that, when analysed or evaluated, makes it possible to draw conclusions and hence, if necessary, introduce improvements in a new action. The fundamental reason underlying the improvement of research in the last 25 years is the fact that it is assessed, whereas the main reason teaching has stagnated in classical models lies in the lack of evaluation and control of quality. The GMC, following the indications of a task force set up over a decade ago and reappraised in 2004/5, has structured its responsibility to 'regulate' the evaluation and improvement of physicians' education and training in the QIF, which is based on and articulated around five principles, namely: proportionality, accountability, consistency, transparency and targeting.

Regulation has to be 'proportional', only when it is needed and in proportion to the risk; it has to be 'accountable', answering to society for the decisions it makes; it must be in relation to the accepted standards and therefore 'consistent' with them; it must be easy for all citizens to use and understand -'transparent'; and it must be 'focused on a target', aimed at a problem so as to minimise any collateral effects. The issue does not need to be developed further, since the QIF [1] document is available to anyone who is interested in reading it. But the preceding comments confirm the fact that the societies with the highest reputations as regards improvement in the quality of their universities maintain and update the assessment and regulation of university training with extremely demanding procedures. Ours, in contrast, remain highly bureaucratic and cumbersome.

The QIF also leads us to reflect on a second issue. In addition to the universities themselves, and in our case the faculties of medicine, should other stakeholders also participate in the control and improvement of quality? Again and again the university has happily adopted the popular expression 'I am all right, Jack'. Just a few weeks ago in the every-

comunes de comunicación hemos visto defender el principio de la autonomía universitaria frente a la interferencia política del consejo social impulsada por supuestos agresores de la universidad. Bien es verdad que al respecto han aflorado muestras de sensibilidad en el último año (no mucho más), en el que las universidades han puesto sobre la mesa su preocupación sobre su gobernanza. Pero ciñéndonos al tema de la búsqueda de una mejora contrastada en la universidad en general y en la formación de los médicos en particular, debemos reclamar al menos la voz de actores institucionales, colegios profesionales, sociedades científicas, pacientes, discentes, organizaciones proveedoras y aseguradoras de atención sanitaria y, por qué no, empresas de diferentes tipos del sector de la salud. El GMC lo dice con pocas palabras: 'la mejora de la gestión y la calidad de la formación y la práctica médica involucra a diversas organizaciones'. ¿No estaría bien hacerles caso?

day media we saw how the principle of university autonomy was defended from political interference from the social council driven by alleged aggressors of the university. It is true, however, that shows of sensitivity on this matter have surfaced in the last year (not much more), where universities have displayed their concern about the way their governance. But going back to the subject of searching for a proven improvement in universities in general and in the training of physicians in particular, we must ask for and take into account the opinions of institutional stakeholders, professional associations, scientific societies, patients, learners, supply organisations, healthcare insurance companies, at least, and I see no reason not to include different kinds of companies within the health sector. The GMC says it quite concisely: 'a number of organisations are involved in managing and improving the quality of medical education and training'. Wouldn't it be a good idea to take notice of them?

Bibliografía / References

1. General Medical Council. Quality Improvement Framework; 2010.
URL: <http://www.gmc-uk.org/education/documents.asp>.
URL: http://www.gmc-uk.org/Quality_Improvement_Framework.pdf_39623044.pdf.