

PONENCIA I: Convergencia Europea en el Grado

Moderador: Arcadi Gual Sala

Jueves 27 de octubre- 09.00 horas
Salón de Actos del Vicerrectorado

Presentación de la Ponencia.

Las Facultades de Medicina Españolas han iniciado un nuevo proceso de reforma curricular en el marco del proceso de implantación del Espacio Europeo de Educación Superior. Este proceso hay que considerarlo como una nueva oportunidad y quizás la última en mucho tiempo para llevar a cabo una reforma en profundidad de nuestros planes de estudios. En enero de 2005, la Sociedad Española de Educación Médica, como sociedad científica cuya área de conocimiento es la Educación Médica, consideró la necesidad de hacer pública una serie de recomendaciones técnicas haciéndolas llegar a todos los agentes implicados o que deberían implicarse en el proceso que son, a su entender, las Facultades de Medicina que ya han iniciado activamente dicho proceso elaborando el Libro Blanco de la Titulación de Medicina presentado a la ANECA, las Universidades, los Estudiantes, los Profesionales Médicos y otros Profesionales Sanitarios, los Colegios Profesionales, las Sociedades Científicas, el Sistema de Salud, las Consejerías de Educación y de Salud de las CCAA, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA) y los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad.

Dichas recomendaciones fueron elaboradas por expertos en Educación Médica de nuestro país, con reconocida experiencia en el campo y con la colaboración de todas las Sociedades de Educación Médica del Estado, como la propia Sociedad Española de Educación Médica, (SEDEM), l'Associació Catalana d'Educació Mèdica, (ACEM), la Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE) y la Sociedad Aragonesa de Educación Médica, (SADEM) y fueron publicadas en Educación Médica, vol 8 nº1, 2005.

Ante la celebración del XVII Congreso de la SEDEM en Albacete y el desarrollo en el mismo de una Ponencia sobre la reforma de los estudios de grado de Medicina de la Junta Directiva solicitó a los diferentes agentes implicados que participaran en la misma y rogándoles que respondieran a un cuestionario que permitiera estructurar mejor la ponencia. A continuación se transcriben las opiniones de los diferentes agentes sobre los distintos puntos del documento de acuerdo con sus respectivos apartados.

1. Definición del “producto” a formar.

a) Sociedades Científicas de Educación Médica (SCEM): Cada Facultad de Medicina debe formular su misión y objetivos, definiendo el perfil de graduado en Medicina a formar, es decir establecer las características del “producto”, como marco de referencia. Asimismo se considera que el graduado en Medicina a formar ha de ser competente en el ámbito básico, con unas bases adecuadas para la poste-

rior formación en cualquier especialidad médica y de acuerdo con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario.

b) Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (CND): El tipo de médico que la sociedad demanda ha de ser definido por el gobierno de la nación, en colaboración con las instituciones implicadas (Facultades, Organizaciones Profesionales y Científicas, etc.). En este proceso las facultades de medicina deben jugar un papel relevante. Bajo esta perspectiva el Libro Blanco elaborado por la CND, con respecto a la autonomía de cada Universidad, ha establecido dicho perfil. Esencialmente se estaría de acuerdo en que el Licenciado en Medicina a formar fuera un profesional competente en el ámbito básico, con unas bases adecuadas para la posterior formación en cualquier especialidad médica y de acuerdo con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario.

c) Asociación de Redes Docentes y Asesoras (AREDA): El producto a formar debe ser definido en el nivel de planificación normativo/político en base a las necesidades sociales y sanitarias que tiene un país o el continente en el que está inmerso. Para esta definición deben ser consultados los agentes que intervienen en el proceso, pero el responsable último es el que detenta la representación social. Se debe consultar con las administraciones sanitarias y educativas y con los agentes que proporcionan la formación (en el que están incluidas las Universidades) así como con los agentes sociales. Los proveedores de la formación deben ser consultados pero no son los responsables últimos ni deben serlo porque en general falta información y puede darse un sesgo de opinión importante. Sin embargo, las Universidades deben participar de forma destacada en esa definición, aunque probablemente no como elemento determinante.

d) Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME): El perfil profesional y competencial del alumno de medicina debe ser definido por la administración sanitaria y educativa. Debe contar con el consenso de los colectivos profesionales (Sociedades Científicas, Colegios de Médicos, etc.), de los agentes sociales (partidos políticos, sindicatos, colectivos de usuarios, etc.) y con las Facultades de Medicina (FM), como expertas en el tema.

e) Organización Médica Colegial (OMC): Las Facultades de Medicina deben definir el producto a formar porque poseen el conocimiento y experiencia necesarios. Deben hacerlo de manera compartida con otros agentes sociales y profesionales. El graduado en medicina a formar debería ser un profesional competente en el ámbito básico, con unas bases adecuadas para la posterior formación en cualquier especialidad médica y de acuerdo con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario.

f) Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM): El “producto” debe estar definido, por quién, es algo más complejo. Las facultades de medicina deben ser uno de los participantes en la definición. Una sociedad científica con los conocimientos necesarios para realizarlo, los usuarios

del sistema de salud, y todos los participantes del proceso de formación desde el nivel gubernamental hasta los propios estudiantes, pasando por profesores, Universidades y facultades. Igualmente deben participar los organismos que agrupen a los profesionales del sector sanitario. El Licenciado en Medicina debería ser un profesional competente en el ámbito básico, con unas bases adecuadas para la posterior formación en cualquier especialidad médica y de acuerdo con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario, pero evidentemente para esta formación básica no deberían ser necesarios 6 años. Se debería acotar el temario a lo que es realmente básico.

2. Definición de las competencias

a) SCEM: Las Facultades de Medicina deben definir las competencias que los estudiantes han de haber adquirido al final de su formación de pregrado, así como los métodos para la certificación de las mismas, de acuerdo con las características del producto previamente definido. Esta competencias deberían incluir el conocimiento y la comprensión de las ciencias básicas, clínicas y sociales y del comportamiento, incluyendo la salud pública, la medicina comunitaria, y la ética médica relevantes para la práctica médica, las actitudes y habilidades clínicas (anamnesis, establecimiento del diagnóstico, procedimientos prácticos generales, habilidades de comunicación, tratamiento y prevención de la enfermedad, promoción de la salud, rehabilitación, razonamiento clínico y capacidad para resolver problemas) y la habilidad para llevar a cabo un aprendizaje durante toda la vida y un desarrollo profesional continuo adecuado y en cualquier caso deben estar perfectamente interrelacionadas con la formación postgraduada.

Las competencias deberían definirse a dos niveles: Competencias nucleares comunes a todos los médicos sea cual sea la Facultad de Medicina donde se hayan formado. Deben participar en el proceso de definición de estas competencias generales las Facultades de Medicina, las Administraciones educativas y sanitarias, el Sistema Público de Salud y la Organizaciones Profesionales. Otras Competencias: las competencias nucleares, cada Facultad debe -de acuerdo con el perfil de licenciado en medicina definido, y de acuerdo con las competencias antes mencionadas-, establecer otras competencias que considere necesarias en la formación de sus propios estudiantes.

b) CND: Las competencias deben fijarse por el por el gobierno, con carácter general, concretándose por cada facultad, así como eligiendo la metodología docente y definiendo las secuencias de aprendizaje (plan de estudios). En principio se estaría de acuerdo en que las competencias se definieran a dos niveles: a) Competencias nucleares comunes a todos los médicos sea cual sea la Facultad de Medicina donde se hayan formado y b) Otras Competencias definidas por cada Facultad, siempre y cuando se tenga una idea muy clara de cuales las competencias comunes y que tiempo nos ocupan. Deberían participar en el proceso de definición de

estas competencias generales, además de las Facultades de Medicina, las Administraciones educativas y sanitarias, el Sistema Público de Salud y las Organizaciones Profesionales, la ciudadanía. Las competencias definidas por cada facultad deberían hacerse en base a las potencialidades de cada centro y el deseo o no de una orientación curricular específica.

c) AREDA: El grado en medicina debe proporcionar una visión global, pluripotencial, general, lejos de las subespecializaciones y tendente a las competencias, es decir a tener un núcleo de conocimientos básicos importantes y unas habilidades y actitudes que permitan el aprendizaje continuado no sólo durante el postgrado sino durante todo el desarrollo de su profesión. Las competencias de un médico deben ser definidas en el nivel estratégico es decir por las autoridades sanitarias y educativas, que deben consultar a las organizaciones profesionales y a las organizaciones sociales. El cómo se adquieren las competencias es lo que deben definir las Facultades. Si las facultades diseñan las competencias estarán más centradas en ellas mismas y sus recursos que en las necesidades reales y sociales existentes. En definitiva el nivel político define el producto, el nivel estratégico las competencias y el nivel táctico y operativo las metodologías. Las competencias nucleares deben ser diseñadas en un nivel macro (incluso Europeo) y deben ser iguales para todos. Pueden haber un porcentaje reducido de complementariedad por Facultades siempre que estén tengan el objetivo final de enriquecer el producto.

Las competencias definidas deben ser reducidas y deben basarse en criterios de excelencia. Todas deben garantizar el mismo mínimo común denominador y solo de forma excepcional y basado en situaciones pioneras tanto formativas como investigadoras se deben ofertar nuevas competencias. Estas darían cualidades de excelencia a las Facultades que lo ofrecen, pero siempre y cuando las comunes están bien garantizados. Deben tenerse en cuenta las necesidades del producto a formar, en el ámbito de la zona en donde reside la Facultad.

d) FACME: El alumno de medicina debe tener las competencias que mejor den respuesta a las necesidades de salud de la sociedad. Debe ser un profesional preparado en competencias médicas básicas, con una base adecuada para realizar cualquier especialidad médica y acorde con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario. Al final del pregrado el alumno debe: tener una visión global de la medicina, transversal, pluripotencial y generalista; adquirir un núcleo básico y selecto de conocimientos y habilidades y actitudes; adquirir una competencia básica de "aprender a aprender", interiorizando la necesidad del autoaprendizaje continuado y la adquisición autónoma de competencias.

e) OMC: Las Facultades de Medicina deben establecer las competencias finales de sus estudiantes y deberían hacerlo a dos niveles: a) Competencias nucleares comunes a todos los médicos sea cual sea la Facultad de Medicina donde se hayan

formado y b) Otras Competencias definidas por cada Facultad. En este último aspecto las facultades podrían ofrecer programas más atractivos en un mercado competitivo. En este proceso de definición deberían participar activamente la administración sanitaria y las organizaciones profesionales; menos activamente los servicios de salud; y muy restrictivamente la ciudadanía.

f) CEEM: Es indispensable que la educación se base en el resultado que debe conseguirse, de manera que al final se pueda evaluar si se ha conseguido el objetivo planteado en un principio. Los estudiantes de medicina coincidimos en que la formación de pre-grado debe ser lo más homogénea posible para facilitar la movilidad. Aunque no nos oponemos a que cada facultad tenga un margen para desarrollar sus particularidades. Por tanto el modelo que se propone es bastante sensato, siempre que el porcentaje de homogeneidad sea suficientemente alto.

En el proceso de definición deberían participar, además de las Facultades de Medicina, las Administraciones educativas y sanitarias, el Sistema Público de Salud y las Organizaciones Profesionales, la ciudadanía y sin duda los estudiantes como parte de las facultades. En resumen, deben participar todos aquellos colectivos que puedan aportar conocimientos desde la experiencia y con conocimiento de causa. Por ello, en caso de que participen representantes de la administración, es imperativo que dichas personas estén vinculadas o relacionadas con las ciencias de la salud.

Las competencias deberían definirse en base al conocimiento teórico necesario, las actitudes y capacidades necesarias para que el estudiante, al final de su formación cumpla las expectativas de la sociedad. Esto incluye asistencia, investigación, docencia, educación continuada, etc. Por otra parte, algo con sentido es que las competencias clínicas básicas dependan de aquellas patologías más prevalentes que es lo que al final nos encontraremos en la práctica diaria en un elevado porcentaje. Para los estudiantes resulta absurdo encontrarnos estudiando síndromes rarísimos de los cuales nuestros profesores no han visto ni un caso en su vida profesional.

3. Modelo y estructura curricular

a) SCEM: Las Facultades de Medicina deben trabajar en un proceso de reforma curricular que conduzca a la elaboración del plan de estudios basado en las competencias definidas. Por ello, deben elaborar una estrategia que contemple el proceso participativo mediante el cual los agentes implicados, desarrollen e implementen un modelo curricular y unas metodologías de aprendizaje que permitan alcanzar dichas competencias. Los modelos curriculares que se adopten deben:

a) Asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgrada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida. b) Poner énfasis en el desarrollo de las competencias, más que en la mera transmisión de información y de conocimientos teóricos, adoptando una

metodología que facilite la adquisición de dichas competencias. Contemplar la planificación de la evaluación de las competencias inmediatamente después de definirlas. c) Apostar por una metodología activa, reduciendo en lo posible el exceso o redundancia de información o la información irrelevante. Para ello es necesario llevar a cabo una revisión en profundidad de los contenidos actuales. d) Permitir el contacto precoz del estudiante con la realidad médica y favorecer el trabajo en equipo interdisciplinar. e) Apostar por un currículum integrado tanto en forma horizontal como vertical, dado que posee evidentes ventajas sobre uno tradicional basado en disciplinas, y dado que un currículum basado en competencias es por definición un currículum integrado. Para adoptar un currículum es esencial que las directrices generales no establezcan de forma obligatoria la tradicional división entre dos ciclos, básico y clínico.

Para conseguir estas recomendaciones, es necesario que las directrices generales que se establezcan, sean flexibles con el fin de cada Facultad pueda seleccionar aquel modelo educacional que considere más adecuado en su contexto, para la consecución de las competencias en función de sus peculiaridades y de sus posibilidades.

b) CND: El currículum debe estar basado en competencias, si entendemos por competencias el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que deben poseerse al finalizar el periodo formativo (en la universidad). Las competencias deben desarrollarse en contenidos comunes que afecten a la totalidad de los centros.

Las directrices generales que se establezcan deben ser flexibles con el fin de cada Facultad pueda seleccionar aquel modelo educacional que considere más adecuado en su contexto ya que cada facultad conoce su situación de partida, sus recursos humanos y de infraestructura, así como sus posibilidades de desarrollo. Además debe considerarse la autonomía de cada centro.

Los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deberían a) asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgrada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida, facilitando el contacto precoz con la realidad médica y favoreciendo el trabajo en equipo ya que en medicina la formación postgrada y continuada es imprescindible.

Aún reconociendo las ventajas de los currícula integrados, la estructura curricular debe ser competencia de cada facultad. Definidos competencias/contenidos, cada facultad debe establecer su propia estructura curricular. Los necesarios elementos de reconocimiento son precisamente los contenidos.

Si bien consideramos que debe existir flexibilidad respecto a la fijación de la carga curricular en créditos de cada unidad del currículum, no debe hacerla cada facultad. En cada centro existen grupos de poder con más o menos influencia. No parece lógico que la distribución de tiempos se realice solo en base a dichas posiciones.

c) AREDA: El modelo curricular debe estar orientado a las competencias. Las tendencias actuales nos están llevando a que se ha pasado de un entorno en el que se estudiaba muchos años para trabajar toda la vida a estudiar toda la vida para trabajar toda la vida. Es importante que el eje pivote sobre “aprender a aprender”. El altísimo nivel de conocimientos en la actualidad lleva a la conclusión que no es posible y ni siquiera pertinente intentar transmitir todos los conocimientos sino que se debe transmitir un núcleo básico de conocimientos sólidos y formar en habilidades y forjar actitudes que permitan el aprendizaje continuo.

Las directrices que se establezcan deben ser flexibles, pero introduciendo de manera generalizada metodologías mucho más activas y centradas en el que aprende. Los comos hasta cierto punto deben ser decididos por las Facultad pero estas tienen la responsabilidad final de garantizar las competencias y por ende un producto final de calidad.

Los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deberían asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgrada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida, facilitando el contacto precoz con la realidad médica y favoreciendo el trabajo en equipo. Este axioma se lleva manejando un tiempo pero no se han puesto en marcha las actividades y actuaciones necesarias que lo hagan realidad y así estamos formando médicos en las facultades con un altísimo nivel de conocimientos pero con escasas habilidades para el aprendizaje continuado y con un sesgo importante (hacia la teoría y hacia el hospital) frente a lo que es la realidad médica actual. Casi el 40% de los médicos harán Medicina Familiar y actualmente los Médicos de Familia representan el 42% de los médicos que trabajan en el Servicio Nacional de Salud, sin embargo las metodologías, los contenidos son, salvo excepciones, desconocidos y lo que es peor minusvalorados por las facultades. Si de verdad se considera que un futuro médico debe tener contacto con la realidad médica, esta formación no puede no realizarse en el ámbito donde se producen más de 200 millones de consultas anuales, donde la realidad salud-enfermedad es más evidente, donde las prevalencias de lo atendido se acercan más a las necesidades reales de la población, donde se aprende a manejar la incertidumbre y sobre todo la relación clínica basada en la longitudinalidad, donde lo biopsicosocial es la norma y donde la integración de la prevención, la curación, el seguimiento, el cuidado paliativo, el consejo...es la norma.

El modelo curricular ha de ser integrado. Tres años de alejamiento de las personas, con el desarrollo actual de la medicina no es lo más adecuado para una formación integral e integrada. No debe persistir la división básica-clínica porque no es real. Tenemos que enseñar a los futuros médicos a ver a las personas como un todo. Esta separación ficticia no ayuda en este proceso de integración. Reitera conceptos pero no integra. Y lo que es peor no garantiza que estos conocimientos se mantengan más tiempo en la cabeza sino que al

no estar integrados no se fijan y su probabilidad de ser olvidados es mayor. Además es absurdo dejar el desarrollo de algunas disciplinas por el método habitual y otras por método ABP ó en base a sistemas, etc.

La fijación de la carga curricular en créditos de cada unidad del currículum debe ser hecha por cada facultad pero con unos estándares comunes que han debido ser fijadas por consenso entre todas. Tiene que haber estándares mínimos y máximos para una misma competencia, ya que de lo contrario volveremos a centrar la formación en el profesor y no en el que debe aprender y lo que se debe aprender.

d) FACME: Los Planes de Estudios (PE) deben preparar a los alumnos para la formación postgrado. Para responsabilizarse de su propio aprendizaje, facilitando el contacto precoz con la realidad médica y favoreciendo el trabajo en equipo, considerando la realidad profesional, y dirigida a los valores profesionales y personales y las habilidades prácticas, y en menor medida a memorizar teoría. Es preciso hacer una rigurosa selección de contenidos teóricos realmente útiles. Las tecnologías de la información y la comunicación hacen cada vez más innecesario la memorización de exhaustivos conocimientos, la mayoría con fecha de caducidad próxima. Las habilidades clínicas, comunicativas y científicas adquiridas en la FM persisten casi toda la vida profesional y deben ser el pilar básico de la formación. Los valores profesionales y las actitudes de tipo profesional, personal, ético, científico son para toda la vida y deben ser el sustrato de toda la formación “activa”. Los ámbitos de aprendizaje deben estar en Atención Hospitalaria y en Atención Primaria (AP). En AP se conocen más de cerca las necesidades de salud de la población, el manejo de la incertidumbre, la relación clínica basada en la longitudinalidad, la globalidad, la transversalidad, la pluripotencialidad, la generalidad, lo biopsicosocial, la integración de la prevención, la curación, el seguimiento, el cuidado paliativo, etc.

El Plan de Estudios de Medicina debe ser integrado y de ciclo único. Un PE de ciclo único e integrado facilita el contacto precoz del estudiante con su profesión. Facilita la adquisición de competencias y conocimientos. Los alumnos deben ver a las personas como un todo en el que van integrando sus conocimientos, habilidades y actitudes.

e) OMC: El currículum debe estar basado en competencias porque ha de capacitar al estudiante para ejercerlas en el futuro. Los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deberían asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgrada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida, facilitando el contacto precoz con la realidad médica y favoreciendo el trabajo en equipo.

Los currícula deben tender a una estructura lo más integrada posible, tanto en forma horizontal como vertical porque con ello se introduce una mayor racionalidad en los programas formativos. La división entre período básico y clínico debe tender a minimizarse sin que, necesariamente, deba desaparecer del todo.

Las directrices generales que se establezcan deben ser relativamente flexibles ya que hay garantizar una mínima homogeneidad, aún aceptando una diversidad competitiva.

f) CEEM: El currículum debería estar basado en competencias porque estas garantizan una educación de calidad que se base en formar personas capaces y no grandes estudiantes que un mes después del examen no recuerdan nada de la teoría que memorizaron.

Las directrices generales que se establezcan deberían ser flexibles con el fin de cada Facultad pueda seleccionar aquel modelo educacional que considere más adecuado en su contexto siempre que al final se llegue a la misma meta, es decir, que se consigan las competencias.

El modelo curricular debe ser definido de acuerdo con las posibilidades de cada facultad. Los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deberían a) asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgrada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida, facilitando el contacto precoz con la realidad médica y favoreciendo el trabajo en equipo. Sin embargo, debe hacerse un gran proceso de mentalización tanto de los estudiantes como de los profesores, quienes perderán protagonismo porque desempeñarán un papel diferente, que no menos importante.

El trabajo en equipo es una de las asignaturas pendientes de los egresados de las facultades de medicina. Los estudiantes consideramos que es uno de los puentes del buen funcionamiento del sistema sanitario. Por ejemplo, está demostrado que aunque la experiencia de un cirujano es importante, para tener unos buenos resultados en el postoperatorio, lo es mucho más que todo el equipo funcione de una manera coordinada y cohesionada.

Los currícula deben ser integrados porque la integración además de facilitar el aprendizaje hace que los conocimientos queden más claros porque no se estudian compartimientos estancos sino que se estudian muchos conceptos relacionados aunque claramente distribuidos. En el plano teórico lo mejor sería que no existiera la actual división básico/clinico pero a efectos académicos es complicado 6 años de formación sin división, sin contar con la repercusión que ello puede tener esto a nivel europeo si hay países que ya han implantado la división Ba/Ma en medicina.

4. La evaluación

a) SCEM: Un currículum basado en competencias exige evaluar dichas competencias. La evaluación de las competencias debe utilizar instrumentos válidos, fiables y factibles. El diseño que se adopte debe tener en cuenta su aceptabilidad e impacto educativo tanto para los estudiantes como para los profesores. Todos los agentes implicados, tanto docentes como discentes, deben participar activamente en el proceso. Para facilitar la incorporación de los docentes en el mismo, se debería fomentar la formación del profesorado en los sistemas de evaluación en base a competencias.

Por otra parte sería deseable que en el momento de la implantación de los nuevos planes de estudio las facultades dispusieran de experiencia en la evaluación de las competencias. Por ello, el proceso de evaluación de competencias debe iniciarse cuanto antes, y se debe ir implantando en todo el currículum.

El proceso de adquisición y evaluación de las competencias profesionales técnicas y sociales se ve favorecido por la existencia de laboratorios de habilidades donde los estudiantes adquieren habilidades y destrezas de una forma continua. Por ello, las Facultades deberían facilitar la creación de dichos laboratorios, incrementando su dotación y mejorando sus prestaciones.

Con independencia de la estrategia de implantación continua de aprendizaje y evaluación de competencias a lo largo de toda la carrera, y como garantía ante la sociedad de la adquisición de las competencias, se considera necesario establecer al final del grado, una evaluación formal, dotada de validez académica, de las competencias adquiridas. Conjuntamente con otros elementos, esta evaluación final de las competencias debería ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de la formación postgrada.

b) CND: Respecto a la evaluación, consideramos que existe ya mucha experiencia en evaluación de conocimientos pero debe mejorarse la evaluación de habilidades y actitudes. Respecto a la conveniencia o no de que el proceso de evaluación de competencias deba iniciarse cuanto antes, y se deba implantar en todo el currículum y de desarrollar experiencias piloto asociadas a los procesos de evaluación de la calidad de los programas formativos o planes de estudios, dando respuesta a las demandas de las agencias evaluadoras, consideramos que es una pregunta compleja para contestar si o no. Insistimos en que deben evaluarse también habilidades y actitudes. Para ello es imprescindible introducir cambios en el sistema MIR (examen). La evaluación de la calidad es más compleja que la evaluación de competencias. Requeriría un capítulo aparte. Creemos que el proceso de evaluación debe contemplar la implantación de métodos de evaluación formativa a lo largo del todo proceso educativo.

Las Facultades deberían promover laboratorios de habilidades y de hecho muchas facultades ya disponen de ellos.

Parece conveniente establecer al final o a lo largo de la licenciatura una evaluación formal de las competencias, dotada de validez académica como ahora, para acceder a la formación especializada. En otro caso cada facultad debe establecer la metodología de evaluación. Los títulos universitarios deben ser reconocidos por el país y en consecuencia por la U.E.

c) AREDA: Las propias Facultades, modernas, investigadoras, actualizadas en contenidos y métodos deberían de estar liderando procesos de evaluación formativa y sumativa, como sucede en otros países. Los sistemas directos e indirectos de evaluación de competencias deberían ser herramientas de implantación inmediata. Las ECOEs, los portafolios, los feed-back, las videogramaciones, etc. deberían ser herramientas

tas ya de uso cotidiano. El proceso de evaluación de competencias debería iniciarse cuanto antes, y se debería implantar en todo el currículum. Sería deseable desarrollar experiencias piloto asociadas a los procesos de evaluación de la calidad de los programas formativos o planes de estudios, dando respuesta a las demandas de las agencias evaluadoras. El proceso de evaluación debe contemplar la implantación de métodos de evaluación formativa a lo largo del todo proceso educativo. Las Facultades y otras instituciones deberían promover laboratorios de habilidades, de forma complementaria al laboratorio fundamental que es el aprendizaje de campo con personas tanto en centros de salud como en hospitales. La observación directa de una actuación es un método directo de evaluación de las competencias. Se estaría a favor de implantar al final de la licenciatura, una evaluación formal, dotada de validez académica, de las competencias adquiridas y que esta conjuntamente con otros elementos, esta evaluación final de las competencias debería ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de la formación postgrada.

d) FACME: La evaluación es el elemento que más condiciona el proceso de aprendizaje. Las FM no pueden continuar siendo academias MIR estatales. Debe desaparecer el currículum oculto (puntuación en el MIR) de las FM. Un currículum basado en competencias exige evaluar dichas competencias. La evaluación de las competencias debe utilizar instrumentos válidos, fiables y factibles. El nuevo MIR tal y como dice la LOPS debe ser común para todos pero orientado a competencias y con validez final para tomar decisiones sobre orientación posterior del postgrado. Esta evaluación final de las competencias debería ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de la formación postgrada y en este proceso debería haber hubiera una colaboración estrecha.

e) OMC: Dado que el elemento que más condiciona el proceso de aprendizaje es la evaluación y un currículum basado en competencias exige evaluar dichas competencias sería deseable que en el momento de la implantación de los nuevos planes de estudio las facultades dispusieran de experiencia en la evaluación de las competencias. Este proceso de evaluación de competencias debería iniciarse cuanto antes, y se debería implantar en todo el currículum. Sería deseable desarrollar experiencias piloto asociadas a los procesos de evaluación de la calidad de los programas formativos o planes de estudios, dando respuesta a las demandas de las agencias evaluadoras.

Se considera necesario establecer al final de la licenciatura, una evaluación formal, dotada de validez académica, de las competencias adquiridas aunque no necesariamente debiera circunscribirse al ámbito académico, pudiendo participar las organizaciones profesionales (Colegios) en un único proceso de evaluación o, alternativamente, en un proceso bietápico (académico primero y profesional posteriormente). La existencia de laboratorios de habilidades favorecen el proce-

so de adquisición y evaluación de las competencias profesionales técnicas y sociales

f) CEEM: Los sistemas de evaluación de las competencias son vitales pero se pueden mejorar, la evaluación no debe ser algo estático, sino algo dinámico. Es decir, se puede optar por un modelo de evaluación que esté siempre revisando los procesos. Es decir: se planea una actividad, se realiza, se estudia el resultado y se actúa en función de ello. (v. Declaración Quality Assurance Workshop, Copenhaguen. European Medical Students). El proceso de evaluación de competencias debería implantarse en todo el currículum y si cada actividad desarrollada en la formación tiene unas competencias asignadas, estas deberían ser evaluadas entonces. La evaluación de las competencias debería ser parte de los procesos de evaluación de la calidad de la educación.

Los laboratorios de habilidades son una buena manera de adquirir competencias. Estamos de acuerdo en que deberían existir en facultades e instituciones y que se debería sacar el máximo provecho de ellos.

Con independencia de la estrategia de implantación continua de aprendizaje y evaluación de competencias a lo largo de toda la carrera, y como garantía ante la sociedad de la adquisición de las competencias, se considera adecuado establecer al final de la licenciatura, una evaluación formal, dotada de validez académica, de las competencias adquiridas, pero que no tenga el valor distributivo que tiene la prueba MIR hoy en día. Sencillamente que fuera como un certificado de aptitud. Esta evaluación final de las competencias debería ser reconocida tanto por las asociaciones profesionales como por los programas de la formación postgrada.

5. Gestión del programa educativo

a) SCEM: Dado que la elaboración de un currículum es un proceso complejo, largo y difícil y que debe estar sometido a continua evaluación y revisión se recomienda la creación de comités curriculares, que cuenten con representación del profesorado, de los estudiantes y de otros agentes implicados en la formación de postgrado y que se le dote de la suficiente autoridad y capacidad de liderazgo para dirigir el proceso de elaboración e implementación del currículum, por encima de los intereses departamentales y personales. Estos comités curriculares deberían contar con el asesoramiento de expertos en Educación Médica que contribuiría a la profesionalización de todo el proceso de diseño y gestión educativa. Lo óptimo sería que a medio plazo todas las Facultades de Medicina crearan unidades o departamentos de Educación Médica.

b) CND: A la pregunta de si la autoridad facultativa debe disponer en el proceso de diseño y gestión del currículum del asesoramiento de expertos en Educación Médica y en disponer de Unidades o Departamentos de Educación Médica, habría que establecer que entendemos por autoridades facultativas, ¿los decanos? ¿las Juntas de Facultad? ¿los departamentos? ¿Los Vicerrectores? ¿El Rector? ¿Los Gerentes de Hospital? ¿El sistema sanitario autonómico? ¿Las Consejerías de

Educación?. Las Unidades de Educación Médica son convenientes, ¿quienes son los expertos?

c) AREDA: Se da por hecho que alguien que opta por una plaza de docente universitario si tiene un buen currículum investigador sea un buen docente. Puede serlo o no. De la misma manera que un buen clínico puede ser un buen gestor o no. Los departamentos de Educación Médica son fundamentales. Las clases magistrales no son desde luego el único ni siquiera el mejor método de enseñanza. La dirección del autoaprendizaje del alumno, la estancias formativas dirigidas y tutorizadas, los trabajos dirigidos, los talleres son opciones a tener en cuenta junto a las clases y esto precisa metodologías. Incluso hay experiencias universitarias de supresión de las clases tradicionales y su sustitución de clases dadas por alumnos y evaluadas por profesores, lo que facilita la enseñanza de estos métodos a los alumnos como futuros docentes y formadores. No debería haber en nuestras facultades ningún docente que junto a su experiencia investigadora no haya demostrado su competencia docente (que desde luego no es la de dictar clases a un determinado ritmo). Es fundamental que el proceso de diseño, gestión y evaluación este dirigido por expertos y sometido constantemente a un proceso de evaluación; para eso hacen falta expertos y departamentos de Educación Médica.

d) FACME: Los Departamentos de Educación Médica y los Laboratorios de Habilidades son fundamentales en las FM. Su presencia y apoyo es fundamental para el aprendizaje de campo tanto en hospitales como en centros de salud. Las FM deben potenciar el papel educativo del profesor universitario.

e) OMC: Dado que una gran parte del profesorado actual no tiene las capacidades docentes exigibles se cree altamente conveniente que las Facultades de Medicina dispongan de Unidades o Departamentos de Educación Médica en los que se contemple además la inclusión de los aspectos de Formación Médica Continuada.

f) CEEM: Deberían existir unidades de Educación Médica que fueran independientes del resto de departamentos para que dispongan de autonomía. Además las decisiones de dicha unidad deberían ser vinculantes, porque más allá de la libertad de cátedra debe estar la garantía de una educación de calidad.

6. Los recursos humanos y materiales

a) SCEM: Una reforma comprometida y responsable requiere recursos humanos y materiales. Por ello las Universidades y las autoridades políticas han de ser conscientes de que han de aplicar los recursos necesarios para llevar a cabo una reforma adecuada, para poder disponer de infraestructuras materiales necesarias y aplicarlos también a la formación del profesorado ya que un proceso de transformación no es posible sin una formación adecuada y continua del docente. Es necesario implicar al profesorado en la reforma curricular, para lo cual es necesario el reconocimiento de la función docente, y el establecimiento de criterios objetivos de evalua-

ción, asumidos por los interesados y por las autoridades académicas. Para conseguir el necesario desarrollo de la función docente de la universidad se deben aplicar medidas similares a aquellas que han resultado ser tan efectivas para el desarrollo de la investigación universitaria. Finalmente se recomienda definir un perfil de competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud.

b) CND: Debe valorarse mucho más la capacidad docente en el acceso a las plazas de profesorado. Sin embargo el establecimiento de criterios para dicha valoración no es fácil

c) AREDA: Es absolutamente imprescindible definir un perfil de competencias de docente en Ciencias de la Salud. Un docente debe ser bueno en contenidos y en continente es decir debe saber, debe saber enseñar y lo que es más importante debe conseguir que los alumnos aprendan. Es evidente que no todo sanitario tiene capacidad para la Educación Médica, de la misma forma que es evidente que determinadas competencias deben desarrollarse. Para incentivar la función docente debería dar al docente y a la función docente reconocimiento, prestigio, apoyo. Romper la anquilosis interna y ciertos reinos de taifas que hay en las Facultades y la endogamia generalizada. Romper dinámicas y modernizar entornos. Debe establecerse la carrera profesional docente dentro de las facultades, basada en criterios docentes y no principalmente investigadores como hasta ahora. Es necesaria la investigación, pero conviene no confundir la esencia y los objetivos de las instituciones que sirven a la enseñanza. Incentivos económicos no consolidados ligados a la consecución de determinadas competencias profesionales. También incentivos en la carrera profesional. Implicar a los alumnos en el proceso de evaluación periódica de tales capacidades.

d) FACME: Las necesidades de investigación de la universidad han fagocitado sus obligaciones docentes. Paradójicamente para las plazas de docente universitario se prioriza enormemente el currículum investigador, y sólo se valora de manera anecdótica sus competencias como docente. Es necesario generar dos perfiles de profesorado universitario el investigador y el docente. Se debe potenciar al profesor experto en docencia, prestigiándolo, apoyándolo, rompiendo inercias y modernizando entornos.

e) OMC: Se considera conveniente definir un perfil de competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud al objeto de mejorar la oferta formativa.

Se proponen dos tipos de medidas para incentivar la mejora de la función docente del profesorado:

a) Prioritariamente, implantar estímulos para fomentar su aceptación (reconocimiento, salario, ventajas académicas) b) En menor grado, sanciones para combatir el boicot o rechazo

f) CEEM: Consideramos conveniente definir un perfil de competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud. Las medidas que deberían adoptarse para incentivar la mejora de la función docente del profesorado las dejamos para los expertos, pero consideramos que la actividad docente debería estar reconocida al mismo nivel que la investigadora.