Enseñar a ser médicos: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (III). Perspectivas futuras derivadas del análisis de opinión de médicos implicados en la docencia clínica práctica

Jesús Millán Núñez-Cortés, José Antonio Gutiérrez-Fuentes

Resumen. Previamente hemos publicado una encuesta que fue el resultado de un análisis cualitativo de la enseñanza de la clínica práctica en los hospitales universitarios adscritos a la Universidad Complutense, así como los resultados de un análisis cuantitativo mediante la aplicación de dicha encuesta a una muestra significativa de profesorado implicado en dicha docencia. En el presente trabajo mostramos los datos relativos a la opinión sobre la enseñanza de la medicina, y más específicamente de la medicina práctica, por parte de cada uno de los colectivos encuestados (catedráticos y profesores titulares de universidad, profesores asociados, personal sin vínculo docente y médicos internos residentes). Asimismo se muestra el grado de satisfacción de los distintos estamentos, el reconocimiento que los profesionales perciben por parte de la institución académica y sanitaria, y las motivaciones fundamentales. En este sentido, es preciso resaltar que la motivación económica no es la fundamental ni siquiera la más frecuente. Por el contrario, la motivación y el reconocimiento académico ocupan el primer lugar en los profesionales, así como el interés por participar en las actividades de innovación docente. Los resultados del estudio 'Enseñar a ser médicos', en el que se engloba el presente trabajo, ponen de relieve las perspectivas derivadas de la opinión de los profesionales implicados en la docencia de la práctica clínica y, en consecuencia, las opciones de mejora.

Palabras clave. Opinión del profesorado. Perspectivas futuras. Práctica clínica.

Departamento de Medicina.
Facultad de Medicina. Cátedra
de Educación Médica Fundación
Lilly-Universidad Complutense.
Madrid, España.

Correspondencia:
Prof. Jesús Millán Núñez-Cortés.
Departamento de Medicina.
Facultad de Medicina. Universidad
Complutense. Ciudad Universitaria.
E-28040 Madrid.

E-mail:
jesus.millan@madrid.org

Conflicto de intereses:
No declarado.

Competing interests:
None declared.

© 2014 FEM

Teaching how to be a doctor: an analysis of the opinions of doctors involved in the teaching of clinical practice (III). Future prospects deriving from the analysis of the opinions of doctors involved in the teaching of clinical practice

Summary. Previously we published a survey that was the result of a qualitative analysis of the teaching of clinical practice in university hospitals affiliated to the Universidad Complutense, together with the findings from a quantitative analysis carried out by applying that survey to a significant sample of teachers involved in that kind of teaching. In this study we offer data on the opinions regarding the teaching of medicine and, more specifically, medical practice held by each of the groups that were interviewed (university professors and senior lecturers, associate lecturers, staff who do not work in teaching and medical residents). Likewise, the study also shows the degree of satisfaction of the different positions, the recognition from the academic and healthcare institution perceived by professionals, and the underlying motivations. In this regard it must be stressed that economic motivation is not the most basic or even the most frequent. On the contrary, academic recognition and motivation are first on the professionals' list, together with an interest in taking part in teaching innovation activities. The results of the study entitled 'Teaching how to be a doctor', of which this work is a part, highlight the prospects deriving from the opinions of professionals involved in the teaching of clinical practice and, consequently, the options for improving it.

Key words. Clinical practice. Future prospects. Teachers' opinions.

Introducción

Con el desarrollo educativo, el papel del médico dedicado a la enseñanza de la medicina se transformó en un elemento clave para que el proceso de enseñanza se alcance de acuerdo a lo establecido en unos objetivos educacionales, y se apliquen las técnicas y métodos de enseñanza y de evaluación más adecuadas. Se establece de forma precisa el qué, cómo y para qué de lo que se pretende enseñar. Con ello se incrementa la necesidad de una especialización docente y de la creación de un clima educativo que permita el empleo de las mejores técnicas educativas [1]. En el siglo pasado, el estudiante ha sido receptor pasivo en una enseñanza todavía centrada en el profesor, en vez de estar centrada en el aprendizaje del estudiante. No ha estado dirigida a que el alumno sea capaz de adquirir el hábito del aprendizaje autónomo, que no es otra cosa que un proceso de construcción o reconstrucción en el que las aportaciones de los alumnos representan un papel decisivo [2].

Hasta hace poco, la enseñanza de la medicina se ha caracterizado por impartir excesivos contenidos teóricos y ha estado orientada sobre todo a dar información. Los contenidos de la enseñanza se han manejado como una carta descriptiva y el documento de programación básico podía ser un listado de temas, capítulos o unidades didácticas. Paralelamente, y aunque la docencia práctica se ha incrementado en cantidad, no ha mejorado excesivamente en calidad. Las actividades prácticas, tanto básicas como clínicas, adolecen frecuentemente de falta de pertinencia o de exceso de pasividad por parte del estudiante. En 1990, las facultades de medicina españolas iniciaron una reforma de los planes de estudio de pregrado en el marco del proceso de implantación del Espacio Europeo de Educación Superior, y este proceso se consideró una nueva oportunidad y quizás la última en mucho tiempo para llevar a cabo una reforma en profundidad de nuestros planes de estudios [3].

Un aspecto importante de esta situación 'globalizadora' de la enseñanza de la medicina es que los médicos, cada vez más, se ven en la necesidad de tomar partido activo en la enseñanza de la medicina, por lo que adoptan una actitud más crítica [4,5]. En este contexto, la labor educativa es más laboriosa porque requiere esfuerzo, dedicación e incluso renuncias y sacrificios individuales, y –desde luego– altas dosis de racionalidad. Es imperativo que modifiquemos las estrategias, las metodologías docentes y de evaluación y la estructura de los planes de estudio. Se trata de un trabajo arduo que debe

evitar los dogmatismos y que precisa un trabajo compartido y no excluyente. Sólo así se podrá alcanzar una correcta definición de los contenidos y de las competencias a incluir en los nuevos planes que permita adaptarlos y diseñar el currículo [6,7]. El enfoque docente centrado en el cumplimiento de objetivos hace que deba prestarse especial atención a la utilización de nuevas técnicas de evaluación objetiva que habrán de determinar el proceso y representar la garantía de calidad de la enseñanza a la que queremos llegar.

En el estudio 'Enseñar a ser médicos' se ha pretendido abordar con los responsables de la enseñanza práctica de la medicina en el entorno hospitalario cuáles son las fortalezas y las debilidades del sistema actual de aprendizaje de las competencias clínicas en nuestro medio, y que ello permita formular elementos de mejora para el futuro.

Materiales y métodos

'Enseñar a ser médicos', del que este trabajo forma parte, es un estudio transversal que emplea una encuesta, realizado por la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense, con la ayuda de una empresa experta en estudios sociológicos (Metroscopia).

La primera parte, de tipo cualitativo, permitió elaborar un cuestionario con la información relevante sobre distintos aspectos de la enseñanza práctica de la medicina, sus puntos fuertes y débiles [8].

En el presente trabajo se muestran una parte de los resultados del estudio cuantitativo al aplicar la encuesta así elaborada, mediante entrevistas estructuradas, a una muestra significativa de personas implicadas en la docencia de clínica práctica en tres hospitales universitarios adscritos a la Universidad Complutense de Madrid.

Las características (ámbito y muestra) ya se han descrito en un estudio previo [9] y se resumen a continuación:

- *Ámbito*: los tres hospitales universitarios vinculados durante el curso 2008-2009 a la Universidad Complutense de Madrid.
- *Universo*: médicos con o sin condición docente formalmente reconocida, que asumen o tienen asignado algún tipo de docencia de práctica clínica de medicina en algunos de los tres hospitales. Se analizaron las frecuencias de respuestas y su asociación con el estamento docente encuestado: catedráticos, profesores titulares, profesores asociados, personal no docente y médicos internos residentes.

Figura 1. Valoración global de la enseñanza de la medicina. CU: catedrático de universidad; TU: titular de universidad; ASCS: asociados ciencias de la salud; NOD: sin vínculo docente; MIR: médicos internos residentes.

Figura 2. Valoración global de la enseñanza de la medicina. CU: catedrático de universidad; TU: titular de universidad; ASCS: asociados ciencias de la salud; NOD: sin vínculo docente; MIR: médicos internos residentes.

- *Tamaño y distribución de la muestra:* el cuestionario fue realizado en una muestra representativa, compuesta por un total de 435 profesores: 37 catedráticos (8%), 51 titulares (11%), 196 profesores asociados (45%), 74 profesionales médicos sin vínculo docente (17%) y 77 médicos internos residentes (17%). Un 64% de los profesores encuestados fueron de sexo masculino, predominante el intervalo de edad de 35-54 años (45%).

Resultados

En las figuras 1 y 2 se muestra la opinión de los distintos estamentos encuestados sobre la enseñanza de la medicina y sobre la enseñanza práctica más específicamente. Por otra parte, mientras que la satisfacción personal con la enseñanza fue del 63%, la satisfacción en relación con el reconocimiento de su trabajo se valoró más negativamente: en un escala del 0 al 10, 3,7 en la universidad y 4,4 en el hospital (Fig. 3). Por grupos docentes, los catedráticos y los profesores titulares se sienten más valorados (90% y 85%, respectivamente), siendo el colectivo de los profesores asociados el que menos considera estarlo (61%). Únicamente los catedráticos y los profesores titulares consideraron su labor docente reconocida tanto por la universidad como por el hospital, con una puntuación superior a 5, siendo sin embargo la valoración máxima de 6. Por el con-

Figura 3. Reconocimiento de la labor docente (escala: 0-10). CU: catedrático de universidad; TU: titular de universidad; ASCS: asociados ciencias de la salud; NOD: sin vínculo docente; MIR: médicos internos residentes.

trario, la valoración mínima en el reconocimiento de su labor docente fue considerada por el grupo de médicos internos residentes en ambos ámbitos.

Para avanzar en el análisis de la infravaloración percibida de su actividad docente, se valoró por separado si la falta de reconocimiento demandada correspondía al plano económico o al académico. Se consideraban poco reconocidos en el plano académico por la universidad el 74%, y por el hospital, el 73%. La falta de reconocimiento económico por la universidad la señalaban el 75%, y por el hospital,

Figura 4. Motivaciones por estamento docente (escala: 0-10). CU: catedrático de universidad; TU: titular de universidad; ASCS: asociados ciencias de la salud; NOD: sin vínculo docente; MIR: médicos internos residentes.

Figura 5. Interés por participar en estrategias innovadoras. CU: catedrático de universidad; TU: titular de universidad; ASCS: asociados ciencias de la salud; NOD: sin vínculo docente; MIR: médicos internos residentes; ECOE: examen clínico objetivo estructurado.

el 64%. La falta de reconocimiento académico universitario destaca en la apreciación de los profesores titulares (63%), asociados (55%) y médicos internos residentes (64%), mientras que la falta de un reconocimiento económico es resaltada en la valoración realizada por personal no docente (92%).

Las motivaciones como docentes se analizaron con una escala de 0 a 10, siendo los aspectos consi-

derados los siguientes: motivación personal (7,3), reconocimiento docente institucional (6,5), participación en la toma de decisiones (6,1), intervención en la programación docente operativa (6,1) y compensación económica (4,1). En la figura 4 se detallan esta valoración en los distintos estamentos encuestados.

Como queda evidenciado, la motivación económica no siempre es la primera; de hecho, en la figura 5 se muestra la actitud de participación en la mejora de las prácticas clínicas, de su programación y de su evaluación, y se puede comprobar que el grado de motivación académica es muy elevado en los distintos estamentos. En relación con estos resultados, también es preciso señalar que el conjunto de los encuestados consideraron mayoritariamente que debería valorarse la docencia (97% de los encuestados) o la investigación (94% de los encuestados) en la carrera profesional del médico.

Con respecto a propuestas para mejorar el periodo de las prácticas clínicas, la mayoría de los encuestados consideran que el modelo 'más tiempo en los servicios clínicos y menos servicios clínicos' es el más adecuado. Así ha sido señalado por el 62% de los catedráticos, el 63% de los profesores titulares, el 80% de los profesores asociados, el 57% del personal sin vínculo docente y el 57% de los médicos internos residentes.

A su vez, y de forma global, sobre una escala de 0-10, los mejores sitios para realizar los periodos de práctica resultaron: el área de hospitalización (7,9), las consultas externas (7,4), el área de urgencias (7,2), los quirófanos (7,0), las áreas clínicas de exploraciones especiales (6,9) y los centros de salud (6,9).

Finalmente, los estamentos encuestados fueron preguntados para que manifestaran su opinión sobre la óptima duración del periodo de prácticas clínicas en las distintas áreas clínicas. Los resultados se muestran en la figura 6 y se puede comprobar que existen opiniones coincidentes entre los distintos estamentos en cuanto a la ponderación temporal por los distintos servicios clínicos.

Discusión

A la luz de los resultados del estudio cabe señalar que las principales barreras para una mejora de las prácticas clínicas son la motivación del profesorado, el reconocimiento (no tanto económico como docente, aunque también el primero es muy valorado) y la organización temporal de las actividades prácticas.

Estos aspectos son obligatoriamente analizados si consideramos que los nuevos planes de estudio pivotan sobre un aspecto nuclear: la adquisición de competencias [10,11]. Éstas se pueden definir como las actitudes, habilidades y conocimientos que el sujeto expresa mediante desempeños relevantes para dar solución a la problemática de su ámbito laboral o productivo, así como para generar necesidades de cambio y de transformación. Implican un saber conocer, saber hacer, saber convivir y saber ser. En los planes de estudio basados en la adquisición de competencias profesionales se pretende que los atributos genéricos (como el pensamiento crítico o las habilidades de comunicación) se ligen con el contexto en que se utilizarán, es decir, aprendidos en situaciones prácticas [12,13].

Para ello, se espera que el alumno adquiera una capacidad individual para desarrollar las actividades propias del médico, algo que deberá hacer integrando sus conocimientos con sus habilidades y con sus valores y actitudes como profesional con un gran protagonismo mediante su propio autoaprendizaje [14]. Los profesores están obligados a ayudar al alumno a que camine desde la simple información hacia la comprensión y elaboración de conocimientos, y a su aplicación práctica para comprobar los resultados. En este contexto, se hace necesaria la creación de estructuras orientadas a la educación médica para la mejora continua de la docencia médica, facilitando la introducción de nuevas técnicas, de nuevos recursos y de nuevos sistemas de evaluación.

Un ejemplo es el examen clínico objetivo estructurado (ECO) [15], una estrategia para examinar las habilidades clínicas adquiridas por el alumno. Es un excelente 'elemento certificador' que permite evaluar la adquisición de competencias clínicas mediante el ejercicio práctico: la historia clínica, el interrogatorio, la exploración física y la capacidad de comunicación. Es una técnica de evaluación que supera los inconvenientes del examen clínico tradicional. En las facultades de medicina, aproximadamente una tercera parte de las competencias que el alumno debería alcanzar se pueden relacionar con la posibilidad de realizar una correcta historia y exploración clínicas, estableciendo también una correcta comunicación con el enfermo y sus familiares. Se trata, por tanto, de adquirir un método clínico, propio del acto médico, con el que el alumno pueda combinar sus conocimientos teóricos. Otra tercera parte de las competencias que deberían alcanzar se relacionan, precisamente, con la capacidad de integrar los conocimientos teóricos para realizar el trabajo intelectual de emitir un juicio clínico,

Figura 6. Duración óptima de prácticas clínicas. MI: medicina interna; EspMed: especialidades médicas; CR: cirugía general; EspQR: especialidades quirúrgicas; URG: urgencias; AP: atención primaria; UnidMonogr: unidades monográficas; PED: pediatría; ObsGine: obstetricia y ginecología.

con una aproximación diagnóstica, un diagnóstico diferencial, una evaluación pronóstica (al menos teórica) y una estrategia terapéutica. El tercio restante de competencias podría englobar, en la práctica, todas las demás competencias que los alumnos deberían alcanzar en sus estudios de medicina.

Una reforma comprometida y responsable, que haga pivotar la enseñanza de la medicina sobre los principios antes señalados, 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. Pero también es necesario implicar al profesorado en la reforma de los planes de estudio, y ello es especialmente trascendente en el desarrollo de la enseñanza práctica de la medicina [16].

Sin embargo, para conseguir el necesario desarrollo de la función docente de la universidad, se deben aplicar medidas similares a aquellas que han resultado ser efectivas para el desarrollo de la investigación universitaria:

- Proporcionar financiación suficiente.
- Potenciar el prestigio social de la docencia.
- Considerar la docencia al igual que la investigación como un elemento fundamental en la promoción del profesorado, esto es, el desarrollo profesional docente.

Es importante mantener una meta que no es otra que la consolidación de la calidad educativa a través de la preparación de docentes profesionalizados, que

cumplan con la función social de formar profesionales de excelencia para que lleguen a ofrecer servicios de alta calidad [17]. Asimismo, es necesario generar ambientes de aprendizaje orientados precisamente a la adquisición de competencias [18-20].

Algunos médicos tienen la capacidad o el don de enseñar, y no únicamente el conocimiento *per se*, sino también el trato, la calidez, la motivación, o el interés por los estudiantes, que son cualidades –entre otras– que añaden valor a la profesión docente. No siempre el mejor científico es el mejor profesor; específicamente se requiere una cierta actitud y habilidades para la docencia, la cual surge en ocasiones de forma innata, por vocación, buena voluntad o capacidad intelectual, pero por una u otra razón se necesita trabajar esta actividad con formación, actualización y reconocimiento.

Los aspectos más llamativos que hemos de resaltar como opciones de mejora son: definir y catalogar las competencias clínicas a adquirir, mejorar e impulsar la formación práctica, y la optimización del alumno en el entorno clínico con modelos que incluyan cambios en la gestión docente: reconocimiento de la labor docente y motivación del profesorado con ello.

Sólo de esta forma se conseguirá nuestro ideal de médico del futuro: que sepa medicina, que sepa ponerla en práctica al servicio del paciente y que sea un profesional consciente de la trascendencia humana y social de su labor [21].

Bibliografía

1. Ponce-De León ME. Tendencias actuales en la enseñanza de la medicina. Estrategias del aprendizaje en medicina. Gac Med Mex 2004; 140: 305-6.
2. Coll CR. Constructivismo e intervención educativa. ¿Cómo enseñar lo que ha de construirse? El constructivismo en la práctica. Barcelona: Graó; 2000.
3. Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM), Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE) y Sociedad Aragonesa de Educación Médica (SADEM). Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. Educ Med 2005; 8: 3-7.
4. Patel VL, Yoskowitz NA, Arocha JF. Towards effective evaluation and reform in medical education: a cognitive and learning sciences perspective. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009; 14: 791-812.
5. Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR. Best evidence medical education. Med Teach 1999; 21: 553-62.
6. Albanese MA, Mejicano G, Anderson WM, Gruppen L. Building a competency-based curriculum: the agony and the ecstasy. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2010; 15: 439-54.
7. Malone K, Supri S. A critical time for medical education: the perils of competence-based reform of the curriculum. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2012; 17: 241-6.
8. Millán Núñez-Cortés J, Gutiérrez-Fuentes JA. Enseñar a ser médicos: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. Educ Med 2012; 15: 143-7.
9. Millán Núñez-Cortés J, Gutiérrez-Fuentes JA. Enseñar a ser médicos: un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (II). Análisis cuantitativo de la opinión de médicos implicados en la docencia de clínica práctica. FEM 2013; 16: 119-24.
10. Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments research and practical implications. Adv Health Sci Educ Theory Pract 1996; 1: 41-67.
11. Lingard L. What we see and don't see when we look at 'competence': notes on a good term. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009; 14: 625-8.
12. Van de Wiel MW, Van den Bossche P, Janssen S, Jossberger H. Exploring deliberate practice in medicine: how do physicians learn in the workplace? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2011; 16: 81-95.
13. Lane IF. Professional competencies in health sciences education: from multiples intelligences to the clinic floor. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2010; 15: 129-46.
14. Alaminos-Mingorance M, Campos-Sánchez A, Caracuel-Ruiz MD, Rodríguez-Morata A. Modelos didácticos para el autoaprendizaje. Actualidad Médica 2009; 94: 49-53.
15. Harden RM. The objective structured clinical examination (OSCE). In Hart I, Harden RM, eds. Further developments in assessing clinical competence. Montreal: Can-Heal Publications; 1987. p. 99-110.
16. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren LA. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2011; 16: 197-210.
17. Clauser BE, Margolis MJ, Holtman MC, Katsufakis PJ, Hawkins RE. Validity considerations in the assessment of professionalism. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2012; 17: 165-81.
18. Dressler DD, Pistoria MJ, Budnitz TL, McKean SC, Amin AN. Core competencies in hospital medicine: development and methodology. J Hosp Med 2006; 1 (Suppl 1): 48-56.
19. McKean SC, Budnitz TL, Dressler DD, Amin AN, Pistoria MJ. How to use the core competencies in hospital medicine: a framework for curriculum development. J Hosp Med 2006; 1 (Suppl 1): 57-67.
20. Martínez-González A, López-Bárcena J, Herrera Saint-Leu P, Ocampo-Martínez J, Petra I, Uribe-Martínez G, et al. Modelo de competencias del profesor de medicina. Educ Med 2008; 11: 157-67.
21. Michalec B. Learning to cure, but learning to care? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2011; 16: 109-30.