Servicio clínicos hospitalarios y formación de grado en medicina: ¿dónde estamos?

José Luis Aguayo-Albasini, Joaquín García-Estañ López

Resumen. Desde la desaparición de los hospitales clínicos clásicos, la docencia práctica de la titulación de medicina se lleva a cabo, a través de conciertos, en hospitales generales habitualmente del Sistema Nacional de Salud. Este procedimiento no ha terminado de consolidarse de forma adecuada después de 30 años. En el momento actual se asiste a una desaparición progresiva del personal vinculado y a dificultades en el reclutamiento de nuevo profesorado clínico. La instauración del modelo Bolonia y la incorporación masiva a los servicios clínicos de estudiantes de medicina de las innumerables facultades existentes en España crea tensiones crecientes a las cuales no se está prestando la suficiente atención. Universidades, facultades, consejerías de sanidad y ministerio deben analizar el estado actual de la cuestión (docencia clínica de grado en hospitales), instaurar medidas y evaluar resultados, como en su momento se llevó a cabo con la formación posgraduada, considerada hoy la joya de la corona de la formación médica.

Palabras clave. Carrera docente. Educación médica. Grado en medicina. Hospitales universitarios. *Numerus clausus*. Profesorado vinculado.

Clinical hospital services and teaching of the degree of Medicine: where are we?

Summary. In Spain, since the demise of the classical teaching hospitals, the practical teaching of the degree of Medicine takes place, through formal agreements, usually in general hospitals of the National Health System. This procedure is not properly consolidated after 30 years. At the present we are witnessing a progressive disappearance of the personnel involved and difficulties in recruiting new clinical staff. The introduction of the Bologna model and the massive incorporation to clinical services of medical students from the high number of medical schools existing in Spain has created growing tensions to which responsible officials are not paying enough attention. Universities, schools, autonomic Departments of Health and the Health Ministry should analyze how clinical teaching is being done in teaching hospitals, evaluate results and establish measures, in a similar manner as it was carried with the postgraduate training, now considered the jewel of crown of Spanish medical training.

Key words. Degree of Medicine. Involved staff. Medical education. *Numerus clausus*. Teaching career. University hospitals.

Servicio de Cirugía General; Hospital Universitario Morales-Meseguer (J.L. Aguayo-Albasini). Facultad de Medicina; Universidad de Murcia (J. García-Estañ López). Murcia, España.

Correspondencia:
Dr. Joaquín García-Estañ López. Departamento de Fisiología. Edificio LAIB. Campus de Ciencias de la Salud. Avda. Buenavista, s/n. E-30120 El Palmar (Murcia).

E-mail:
jgestan@um.es

Recibido:
08.02.16.

Aceptado:
16.03.16.

Conflicto de intereses:
No declarado.

Competing interests:
None declared.

© 2016 FEM

Introducción

La educación y formación del médico constituye un continuo en el que podemos separar tres etapas: primera, la formación de grado o básica; segunda, la formación posgraduada o especializada, en la que además del periodo formativo de la propia especialidad se incluyen otros estudios como los másteres o el doctorado; y tercera, la formación continuada a lo largo de la vida profesional. Estas tres etapas deberían sucederse en un proceso sin interrupción que comparte el mismo objetivo: formar y mantener un profesional médico competente que satisfaga las necesidades de salud de la población [1].

Los servicios clínicos de la Seguridad Social comenzaron a participar de forma activa en la docencia médica con la creación del sistema MIR, cuyo desarrollo eclosionó a partir de los años setenta del pasado siglo. La formación especializada pasó a depender casi exclusivamente del sistema sanitario, y en particular de cada hospital y servicio médico acreditado para tal docencia, dentro de un sistema bien estructurado, normalizado y financiado. La etapa previa, la formación de grado, no se ha visto implementada de forma semejante, aunque cada vez más es mayor la participación de los servicios hospitalarios en esta tarea. Por último, la actividad o la provisión de formación continuada eficaz y de calidad también dista mucho de haberse alcanzado. Un servicio médico debe tender o aspirar a participar al más alto grado y excelencia en las tres etapas del continuo de la educación médica. En este artícu-

lo vamos a comentar los problemas que, a nuestro juicio, encuentran los servicios clínicos ante la formación de grado.

Historia

En España, tradicionalmente, sólo los antiguos hospitales clínicos pertenecientes a la universidad se responsabilizaban de la formación práctica de los estudiantes de medicina. Estos centros disponían en su plantilla de catedráticos y otras formas contractuales funcionariales o laborales que se encargaban de la docencia teórica y de la formación práctica (muy limitada por lo general) de los alumnos de la licenciatura de la Facultad de Medicina. En algunas de estas últimas no se disponía siquiera de hospital clínico. Las llamadas residencias y ciudades sanitarias de la Seguridad Social, que alcanzaron un extraordinario desarrollo a partir de los años setenta, se encontraban excluidas y ajenas a la formación teórica y práctica de los estudiantes. Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad (o Trabajo o Seguridad Social) se ignoraban. En los años ochenta desaparecieron los hospitales clínicos como tales, que fueron incorporados a la red sanitaria pública (1984) y poco después, tras la Ley General de Sanidad de 1986 [2] y el Real Decreto 1558/1986 [3] del mismo año, se establecieron las bases del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. Estos conciertos o convenios deberían garantizar unos adecuados recursos para la docencia en medicina y otras profesiones sanitarias a todos los niveles, incluido el grado. De hecho, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) [4] y el más reciente Real Decreto 420/2015 [5] reafirman que toda la estructura y recursos sanitarios públicos se encuentran a disposición de la docencia y de la investigación sanitaria.

Históricamente, la participación de los servicios clínicos del sistema público en la educación médica comenzó con la contribución a la formación de especialistas antes que a la de pregraduados. La formación de los MIR se entregó a los hospitales y se asumió con naturalidad; no así la formación práctica clínica de los futuros médicos, cuyos recursos, organización y funcionamiento siguen siendo inestables, indefinidos o contradictorios. En cualquier caso, todo servicio clínico, no sólo los ubicados en centros de 1.000 camas, y aún más todos los acreditados para la formación MIR, habrían de estar adaptados y en condiciones de colaborar en la educación de grado, de forma parcial o completa. Esta colaboración debería seguir siempre las líneas emanadas del departamento universitario y la facultad de medicina correspondiente. Pero, ¿cómo hacerlo bien?

Problemas con el profesorado clínico

Los conciertos o convenios que, al amparo del Real Decreto 1558/1986 [3], se suscriben entre instituciones sanitarias y universidades en cada comunidad autónoma deberían haber resuelto el problema de la formación de grado. Sin embargo, 30 años después esto no es así. No es fácil impregnar de una cultura académica o universitaria un centro asistencial. La representación de la universidad en los órganos de dirección de los hospitales y la de éstos últimos en la junta de facultad o en el consejo de gobierno de universidad es escasa o nula. Las comisiones mixtas, con representación paritaria entre las universidades y las consejerías de sanidad, se han revelado ineficaces y distantes a la hora del gobierno diario y del desarrollo estratégico de los hospitales universitarios [6]. Quedan pocos de los antiguos catedráticos y las figuras de los profesores vinculados (ya sean catedráticos, profesores titulares, contratados doctores o ayudantes) escasean, en parte por la propia endogamia universitaria, en parte por la dificultad de construcción de un currículo universitario, y en parte por la complejidad que entrañaron las antiguas pruebas de habilitación nacional o las que presentan los sistemas actuales de acreditación de la ANECA (que aunque tímidamente modificados en el Real Decreto 415/2015, no contemplan de modo suficiente los méritos asistenciales). La crisis económica y la imposición gubernamental de una tasa de reposición limitada han agravado el fenómeno. En este panorama, ser vinculado y médico es una rareza y puede llevar a la desaparición de los profesores vinculados.

El reclutamiento reglado del personal docente clínico no está resuelto. No existe, a diferencia del resto de las titulaciones universitarias, una carrera docente planificada que permita al recién graduado en medicina con vocación universitaria ingresar y progresar en las figuras docentes y así posibilitar su vinculación a medio plazo. Las figuras de ingreso en el sistema universitario como las que permiten los programas de formación de profesorado universitario y de formación de personal investigador son incompatibles con el sistema MIR. No hay en la práctica una figura adecuada de entrada ni tampoco otras de progresión. La adquisición de méritos tampoco se ajusta al perfil profesional que ineludi-

blemente se exige al médico especialista y que no guarda una buena relación con el perfil general de los puestos universitarios. Por todo lo anterior, en estos momentos, las vinculaciones médicas universitarias suelen ser muy tardías. No tiene sentido que un clínico alcance la titularidad a avanzada edad profesional y se jubile sin haber alcanzado la cátedra o poco después. Esto no suele ocurrir con el común del profesorado universitario de otras titulaciones.

La misma figura del vinculado, costosa desde el punto de vista económico para el sistema universitario, que se hace cargo de la mayor parte de los emolumentos y sin embargo sólo exige un máximo de seis horas de docencia y tres de tutoría, tiene escaso sentido. Es más, se contempla un mínimo de 25 horas dedicadas a la labor asistencial sanitaria, labor que además no guarda relación con los puestos de responsabilidad, gestión o dirección del servicio [6-8].

En cuanto a la figura de los profesores asociados clínicos, tampoco ha supuesto una solución. Son puestos también insuficientes, adjudicados según baremos poco relacionados con la dedicación o calidad docente y en los que suele cumplirse el dicho de 'ni están todos los que son ni son todos lo que están', con la subsiguiente tensión en el seno de los servicios. La mayoría de las universidades ha impulsado la antigua figura del colaborador honorífico o profesor colaborador honorario con variable reconocimiento y valor, como forma de paliar la carencia y compensar la dedicación. Por otra parte, el artículo 12 de la LOPS [4] señala como principio rector que 'toda la estructura' del sistema sanitario está al servicio de la docencia, incluyendo la de grado, por lo que en puridad todos los facultativos tienen el derecho y el deber de colaborar en la educación de los alumnos, de forma análoga a como lo hacen con la formación de los residentes. En esta situación quizá fuera preferible eliminar la figura de los profesores asociados y transformar la dotación económica en venias docentes. La carestía de profesorado vinculado y la escasa implicación de los profesores asociados en las facultades de medicina ha transformado éstas en centros básicos, donde abundan los biólogos, fisiólogos, histólogos, bioquímicos, anatomistas, bioestadísticos, farmacólogos, historiadores, documentalistas, sociólogos, muchos de ellos ni siquiera licenciados en medicina, y en cualquier caso sin la presencia de médicos clínicos (o sólo testimonial) en el cuerpo docente, ni en las juntas de facultad.

Aventuramos la propuesta de que cada año, entre los mejores nuevos MIR, se ofreciera la posibilidad voluntaria de una residencia de mayor esfuerzo y duración que posibilitara una inmersión en las facetas universitarias, algo parecido al programa estatal de formación de profesorado universitario. Sería llevada a cabo en centros acreditados y asociados a facultades de medicina que, para tal misión, incluiría la obligación del desarrollo y conclusión del doctorado, la formación en metodologías educativas y una estancia añadida (o varias) al periodo estándar de MIR de 6 a 12 meses en centros prestigiosos nacionales o en el extranjero. Esta residencia especial, tras su evaluación positiva, daría derecho a la acreditación como profesor ayudante doctor, y a su vinculación y nombramiento como tal al obtener un puesto de facultativo especialista. A partir de este punto se podría iniciar una carrera docente a una edad adecuada [6]. Sería una vía, no la única, de poder implicar a la cantera de médicos residentes en las labores universitarias y, posteriormente, contar con un buen elenco de médicos clínicos en las facultades de medicina.

Recursos y procesos

Si insuficiente y desdibujada aparece la figura del profesorado, lo mismo ocurre en muchas ocasiones con los recursos para la formación práctica de grado en los servicios clínicos. Así, aulas, seminarios, vestuarios, bibliotecas, medios audiovisuales, laboratorios y equipamientos para la simulación clínica y adquisición de habilidades, etc., son prácticamente inexistentes. Además, las *ratios* por facultativo, quirófanos, consultas y salas suelen ser elevadas e inadecuadas para garantizar la correcta formación práctica de los alumnos si atendemos a los principios del llamado modelo Bolonia o de alineación con el Espacio Europeo de Educación Superior. Los procesos de enseñanza-aprendizaje a desarrollar por los alumnos durante su estancia en servicios quirúrgicos también requieren su mejora y homogeneización.

La profusión de facultades de medicina sin planificación lógica, la relajación del *numerus clausus* y la irrupción de la iniciativa privada en la educación universitaria han venido a sumar mayor complejidad a las relaciones docentes y asistenciales. Cada vez más asistimos a una saturación de los servicios clínicos por incremento del número de alumnos, que pueden tener diferente procedencia. En este sentido, el reciente Real Decreto 420/2015 [5] de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades puede ofrecer mayor orden al prohibir el concierto de un hospital con más de

una universidad y al establecer incompatibilidades en la esfera pública y privada de la docencia. Igualmente, los responsables de los servicios clínicos podrían determinar, al igual que se hace con los residentes, la capacidad de sus instalaciones para acoger estudiantes de grado y formarlos en las mejores condiciones. Esto ayudaría a conformar un *numerus clausus* acorde con los recursos disponibles.

En cuanto a la evaluación de la formación práctica, ésta ha de ser fundamental. No es de recibo que la mayoría de los alumnos reciban el aprobado con escasa discriminación [9]. Un libro de prácticas o portafolio, de forma similar al 'libro del residente' [10], puede suponer un medio complementario bastante útil en la valoración del alumno. Otras formas de evaluación como los mini-CEX (*mini-clinical evaluation exercise*) [11] y las evaluaciones clínicas estructuradas objetivas (ECOE) serán valiosas o imprescindibles en la valoración de los rotatorios.

Queda mucho por hacer en la adaptación de las actividades, los objetivos, la estructura y el presupuesto de los servicios de clínicos y de los propios hospitales a la formación médica de grado.

Conclusión

Los servicios clínicos que se encuentren en hospitales amparados en conciertos con la universidad han de estar preparados para la docencia de grado. Ello implica –o debe implicar previamente– ser un servicio con acreditación para la formación de MIR, disponer de una plantilla con alta proporción de doctores, profesores asociados o colaboradores, algún vinculado o al menos facultativos con acreditación como profesor ayudante, contratado doctor o titular (o haberla solicitado). Lo anterior ha de asociarse a una actividad investigadora o de publicaciones manifiesta [12]. La coordinación con el departamento universitario clínico correspondiente debe ser alta, con objeto de que tanto las competencias a adquirir por el estudiante como los sistemas de evaluación sean claros. Todo ello debería ser exigible a servicios asistenciales concertados tanto con universidades públicas como privadas.

Hoy es habitual recibir en los hospitales universitarios grupos de estudiantes en oleadas sucesivas de tercer, cuarto o quinto cursos, más el rotatorio del Grado de Medicina en el último año. Conviene que cada curso tenga asignado un facultativo como coordinador en cada servicio clínico concertado con el fin de armonizar el desarrollo de las prácticas. Lo ideal es tutelar el desarrollo de las prácticas mediante un tutor por cada uno o dos alumnos. Los clínicos deben ser conscientes de que los estudiantes los observan y que la actitud, el comportamiento, los valores, las quejas (o el cinismo) que pueden trasmitir son muy importantes tanto en la educación del futuro médico como en la imagen que dan de su especialidad. El prestigio, el interés, la valoración de una especialidad médica o quirúrgica que los alumnos atribuyen o adquieren se gestiona numerosas veces durante sus prácticas hospitalarias. Hace 30 años había especialidades número uno a la hora de ser elegidas por los nuevos residentes; las cosas cambian y cada uno que saque sus propias conclusiones.

Bibliografía

1. WFME/AMSE International Task Force. WFME global standards for quality improvement in medical education. European specifications. Copenhagen: Kandrups Bogtrykkeri; 2007.
2. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE de 29 de abril de 1986.
3. Real Decreto 1558/1986 de Bases Generales del Régimen de Conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. BOE de 31 de julio de 1986.
4. Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE de 22 de noviembre de 2003.
5. Real Decreto 420/2015 de Creación, Reconocimiento y Acreditación de Universidades y Centros Universitarios. BOE de 17 de junio de 2015.
6. Núñez-Cortes JM, Civeira-Murillo F, Gutiérrez-Fuentes JA. El hospital universitario del siglo XXI. Educ Med 2011; 14: 83-9.
7. Núñez-Cortés JM. La gestión de la docencia en los hospitales universitarios. Educ Med 2003; 6: 37-8.
8. Núñez-Cortés JM, Gutiérrez-Fuentes JA. Enseñar a ser médicos: un análisis de la opinión de los médicos empleados en la docencia de la clínica práctica (III). Perspectivas futuras derivadas del análisis de opinión de médicos implicados en la docencia práctica. Educ Med 2014; 17: 137-42.
9. Reyes-García CI, Sosa-Moreno F, Marchena-Gómez R, Marchena-Gómez J. Sistema de evaluación en las prácticas clínicas de la titulación de medicina. Educ Med 2013; 16: 7-11.
10. Gómez-Díaz CJ, Luna-Aufroy A, Rebasa-Cladera P, Serra-Pla S, Jurado-Ruiz C, Mora-López L, et al. Libro informático del residente quirúrgico: un paso adelante. Cir Esp 2015; 93: 651-7.
11. Fornells-Vallés JM. El ABC del mini-CEX. Educ Med 2009; 12: 83-9.
12. Aguayo-Albasini JL, Pellicer-Franco E. Sobre la productividad científica de los médicos residentes de cirugía general y digestiva. Cir Esp 2014; 92: 297-8.