

Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas

* 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).

PREÁMBULO

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 primer lugar, en la actualidad, no podemos considerar el currículum o el plan de estudios, como ha venido siendo lo habitual, únicamente como una norma publicada en el BOE y que solo describe lo que es imperativo que las Facultades de Medicina hagan en relación con la formación de sus estudiantes, junto con el listado de materias y asignaturas y cargas lectivas que corresponde a cada una de ellas, así como su ordenación por períodos lectivos.

El concepto de currículum es algo más complejo que la simple norma. Actualmente, el término "currículum" incluye las estrategias educativas utilizadas, los contenidos y los objetivos de aprendizaje, las experiencias educativas, el entorno educativo,

la evaluación, los estilos y ritmos de aprendizaje, la programación de tareas y el programa y resultados del aprendizaje. Por tanto, si a la hora de reformar un currículum, hemos de considerar todos estos aspectos, el proceso es bastante más complejo.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la Sociedad Española de Educación Médica, como sociedad científica cuya área de conocimiento es la Educación Médica, se siente en la obligación 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 agencias autonómicas los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad, con el fin de que participen y asuman cada uno de ellos, las responsabilidades que les correspondan.

Estas recomendaciones han sido 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).

* Coautores del documento aprobado por las Juntas Directivas de las diferentes sociedades: M.T. Alfonso, M. Carrasco, J. Escanero, M. Fonseca, A. Gual, J.M. Manso, J. Meana, M. Nolla, J.L. Palés, J.M. Peinado, R. Pujol y F. Rodríguez de Castro.

Correspondencia:
Jorge Palés
Sociedad Española de Educación Médica
e-mail:jpales@ub.edu

NUESTROS ACTUALES PLANES DE ESTUDIOS

En 1990 se inició una reforma de los planes de estudio de pregrado. Esta reforma, basada en unas directrices nacionales algo restrictivas en ciertos aspectos, supuso cierta mejoría respecto a la situación anterior que databa de 1974. Sin embargo no fue aprovechada para introducir cambios sustanciales en nuestros currícula, y en la mayoría de nuestras facultades de Medicina los cambios fueron meramente de tipo cosmético, no introduciéndose modificaciones en profundidad. Por tanto, 14 años después, se mantienen en la enseñanza del pregrado diversos problemas que podemos resumir en los siguientes puntos :

1. La función docente es en general poco valorada en comparación con la investigación.
2. Se siguen impartiendo excesivos contenidos teóricos y en muchos casos irrelevantes, de escasa utilidad para nuestros estudiantes en el momento de iniciar su práctica profesional, sobre todo si tenemos en cuenta la velocidad con que se generan nuevos conocimientos científicos.
3. La enseñanza impartida sigue estando orientada sobre todo a dar información. Es una enseñanza todavía centrada en el profesor, en vez de estarlo en el aprendizaje del estudiante y no está dirigida a que este sea capaz de adquirir el hábito del aprendizaje autónomo.
4. Se sigue empleando una metodología poco activa y basada en la lección magistral.
5. La docencia práctica si bien se ha incrementado en cantidad, no ha mejorado excesivamente en calidad.
6. Las actividades prácticas tanto básicas como clínicas adolecen en muchos casos de falta de pertinencia o de exceso de pasividad por parte del estudiante.
7. Las metodologías de evaluación que se utilizan están centradas en la evaluación de los conocimientos teóricos.
8. Sigue persistiendo una frontera infranqueable entre el período preclínico y clínico que impide una integración real básica-clínica
9. Sigue existiendo, a la hora de gestionar la docencia de pregrado, una excesiva autonomía de los departamentos.
10. No se han creado Unidades de Educación Médica a través de las cuales, expertos en

Educación Médica, pudieran brindar a los docentes la ayuda necesaria en temas educativos.

11. Existe una falta evidente de recursos humanos cualificados y de recursos materiales para introducir cambios reales.
12. Los actuales planes de estudio no tienen en cuenta los valores del profesionalismo.

Conscientes de dichos defectos, y ante este nuevo proceso que se inicia, no podemos caer en la tentación, como ha ocurrido en otras ocasiones, de llevar a cabo una reforma superficial o un mero maquillaje de lo que tenemos hoy en día, convirtiendo nuestros créditos actuales en ECTS mediante una simple multiplicación por el factor que se considere más adecuado. Es imperativo que modifiquemos las estrategias, las metodologías docentes y de evaluación y la estructura de los planes de estudio, sin lo cual los problemas antes citados subsistirán.

¿Qué debemos hacer pues para acometer una reforma en profundidad que nos haga converger de verdad con Europa, sobre todo con países en los que se ha llevado a o se está llevando a cabo un verdadero cambio de la educación medica pregraduada, con resultados positivos contrastados? No se trata de inventar nada. Otros antes que nosotros han acometido reformas reales e innovadoras que se han demostrado útiles y positivas. La literatura en Educación Médica en este sentido es abundante y diversa y a ella nos podemos remitir.

Sin duda, uno de los documentos más útiles en este sentido es el elaborado por la WFME (World Federation for Medical Education) que define los Estándares de Calidad para la Educación Médica pregraduada. Dicho documento fue asumido en 2001 en la denominada Declaración de Granada, por la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, la Organización Médica Colegial, los Ministerios de Educación y Sanidad y las Sociedades Científicas como la SEDEM, la ACEM y la SEMDE. Otro documento que consideramos fundamental como referente, es el elaborado por el Instituto de Educación Médica Internacional (IIME) que define las competencias generales que ha de demostrar cualquier médico independientemente de donde se forme y que ha sido tenido en cuenta por la Conferencia de Decanos para la elaboración del Libro Blanco.

De acuerdo con estos documentos y otra literatura consultada, y nuestra propia experiencia, queremos enunciar las siguientes recomendaciones agrupadas en 7 apartados:

I. DEFINICIÓN DEL “PRODUCTO”

A FORMAR

1) Cada Facultad de Medicina debe formular su misión y objetivos, definiendo el perfil de licenciado en Medicina a formar, es decir establecer las características del “producto”, como marco de referencia. Sin este marco es imposible adecuar y definir todo el proceso.

2) El Licenciado en Medicina a formar ha de ser 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.

II. DEFINICIÓN

DE LAS COMPETENCIAS

3) 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. Estas 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. Estas competencias en cualquier caso deben estar perfectamente interrelacionadas con la formación postgraduada.

4) Las competencias deben definirse a dos niveles:

a) 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. Existen varios documentos sobre los cuales se puede basar esta definición como es el elaborado por el IIME que fija los requerimientos generales mínimos esenciales.

b) Otras Competencias. Una vez definidas 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.

III. DEFINICIÓN DEL MODELO CURRICULAR

5) Una vez definidas las competencias, 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.

6) Los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deben asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgraduada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida.

7) El modelo curricular debe contemplar la planificación de la evaluación de las competencias inmediatamente después de definir las.

8) El modelo curricular debe 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.

9) El modelo curricular debe 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.

10) El modelo curricular debe permitir el contacto precoz del estudiante con la realidad médica y favorecer el trabajo en equipo interdisciplinar.

11) Las directrices generales deben ser 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.

IV. LA ESTRUCTURA Y LA COMPOSICIÓN DEL CURRÍCULO

12) Habida cuenta que las experiencias disponibles demuestran que un curriculum integrado, en

cualquiera de sus modalidades, posee evidentes ventajas sobre uno tradicional basado en disciplinas, que un currículum basado en competencias es por definición un currículum integrado y que un currículum integrado facilita el contacto precoz del estudiante con la realidad médica, se recomienda que el currículum tenga una estructura integrada tanto en forma horizontal como vertical .

13) Para facilitar la adopción de un currículum integrado, es esencial que las directrices generales no establezcan de forma obligatoria la tradicional división entre dos ciclos, básico y clínico. En cualquier caso, ello permitiría que las facultades pudiesen optar por un mayor o menor grado de integración dependiendo de sus propias características y así mismo, que aquellas que lo desearan pudiesen adoptar un currículum totalmente integrado, en base a competencias, en base a sistemas, o en base a la estrategia del aprendizaje basado en la solución de problemas.

14) En cualquier caso, al decidir la implementación de un nuevo currículum, las facultades deben hacer un análisis comparativo y objetivo de los diversos modelos, y de su mayor o menor adecuación a la realidad concreta de cada facultad.

15) La fijación de la carga curricular en créditos de cada unidad del currículum debe ser hecha por cada facultad, en función de las competencias nucleares y las propias de cada una, de su modelo y estructura curricular, y de la metodología docente escogida. Es indispensable por ello, que las directrices generales fijen únicamente una carga global general del currículum que luego pueda ser distribuida por la propia Facultad en función de sus características y no establezcan corsés rígidos como ocurrió en la anterior reforma.

V. GESTIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

16) La elaboración de un currículum es un proceso complejo, largo y difícil y que debe estar sometido a continua evaluación y revisión. Por ello y con el fin de facilitar su gestión, se recomienda la creación de un comité curricular, que cuente con representación del profesorado, de los estudiantes y de otros agentes implicados en la formación de postgrado.

17) Este comité curricular debe tener 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.

18) Todo el proceso de diseño y gestión debe profesionalizarse mediante la participación de expertos

en Educación Médica que asesoren al referido comité curricular. Si bien en un primer momento, esta expertise educativa puede obtenerse de una institución nacional o internacional externa, lo óptimo sería que todas las Facultades de Medicina crearan a medio plazo, unidades o departamentos de Educación Médica.

VI. LA EVALUACIÓN

19) El elemento que más condiciona el proceso de aprendizaje es la evaluación. 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.

20) 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.

21) 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. Aprendizaje y evaluación deben complementarse y retroalimentarse continuamente. Es bueno en este sentido desarrollar experiencias piloto asociadas a los procesos de evaluación de la calidad de los programas formativos o planes de estudios. De esta forma se dará respuesta también a las crecientes exigencias de las agencias evaluadoras.

22) 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.

23) El proceso de evaluación debe contemplar la implantación de métodos de evaluación formativa a lo largo del todo proceso educativo.

24) Con independencia de la estrategia de implantación continuada 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 de la licenciatura, 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 postgraduada.

VII. LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

25) 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. Estos recursos se han de aplicar a disponer de infraestructuras materiales necesarias y a la disponibilidad y a la formación del profesorado ya que un proceso de transformación no es posible sin una formación adecuada y continua del docente.

26) 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 evaluación, asumidos por los interesados y por las autoridades académicas.

27) 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: i) proporcionar financiación suficiente, ii) potenciar el prestigio social de la docencia y iii) considerar la docencia al igual que la investigación como un elemento fundamental en la promoción del

profesorado, eso es el desarrollo profesional docente. Se recomienda definir un perfil de competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud.

Las Sociedades de Educación Médica españolas que suscriben este documento hacen un llamamiento a todos los agentes que participan en todas las etapas de la formación médica, a que se impliquen en este proceso de cambio, para llegar a un consenso sobre los puntos fundamentales del referido documento, concretados en la definición de las competencias profesionales del licenciado en Medicina, en la dotación de un sistema de evaluación de calidad y en el desarrollo profesional continuo de los docentes en Ciencias de la Salud.

Madrid 22 de noviembre de 2004

Agradecimientos:

Las Sociedades que han elaborado este documento quieren expresar su agradecimiento los expertos que han contribuido al mismo con sus opiniones y sugerencias: Margarita Barón Maldonado, Catedrática de la Universidad de Alcalá de Henares y Presidenta de la Association for Medical Education in Europe (AMEE); Milagros García Barbero, Directora de la Oficina Europea de la OMS, Barcelona, Alberto Oriol-Bosch, Presidente de la Fundación Educación Médica y Madalena Patricio, Secretaria de la Sociedad Portuguesa de Educación Médica. También quieren expresar su agradecimiento al Sr. Fernando Riva Navarro, representante de la Asociación de Estudiantes de Medicina de España, por sus aportaciones.