

## Reflexiones de un docente ante la situación de pandemia de COVID-19

Jordi CASADEMONT

En el momento de escribir este artículo (22.04.2020), la presión sobre el sistema sanitario parece que ha disminuido respecto a hace unos pocos días. Se llegó en la mayoría de centros hospitalarios al borde del colapso. Ello conllevó la necesidad de tomar medidas diversas para evitar la propagación de la infección, entre las cuales se incluyó el confinamiento de la mayor parte de la población en sus hogares. La actividad universitaria docente se ha visto plenamente afectada, suspendiéndose todo tipo de actividad presencial por un tiempo aún difícil de determinar, pero que seguro impedirá que este curso pueda finalizar normalmente.

Esta suspensión de actividad ha afectado de manera especial la docencia en las facultades de medicina. Muchos de los profesores de materias clínicas se han visto involucrados en la atención de pacientes con COVID-19. Esto hace que haya una diferencia fundamental en el tiempo que el profesorado de otros estudios ha podido dedicar a repensar cómo mantener la docencia, el contacto con el alumnado y cómo se podrá arbitrar un sistema de evaluación. Los médicos están aún hoy inmersos en una actividad asistencial muy intensa que dificulta enormemente que puedan dedicar el tiempo que sería deseable a los aspectos docentes de su quehacer diario, aunque se deberá encontrar alguna forma de poder establecer un mínimo de actividad que actualmente las facultades están debatiendo.

Este contexto parece adecuado para reflexionar sobre cómo se ha desarrollado tradicionalmente la docencia del grado de medicina, cómo la podremos llevar a cabo en estos meses inmediatos para finalizar el curso actual y eventualmente empezar el siguiente, y cómo podríamos aprovechar lo aprendido de cara al futuro. Está claro que hace años que hay un debate en entornos académicos para encontrar el mejor modo de diseñar la formación de las futuras generaciones de médicos. Me gustaría com-

partir algunas reflexiones para contribuir al debate de la necesaria adaptación de la enseñanza de la medicina en los próximos años del siglo XXI.

La presencialidad de muchas actividades académicas está demostrando ser innecesaria. Hay una queja generalizada de que los alumnos atienden poco a las clases magistrales habituales y trabajan mucho a partir de comisiones de apuntes. Hemos de aceptar que si no acuden es porque las clases les son de poco provecho. La verdad es que uno se pregunta qué sentido tiene explicar una cosa que está ya muy bien explicada en libros o artículos. Incluso explicarla en cada unidad docente, cuando, a lo mejor, hay un docente excepcionalmente bueno en la exposición de un tema determinado que podría compartir la clase entre diversas facultades por medios electrónicos. Los medios de educación virtuales (*e-learning*) permiten esto perfectamente y lo que debería reservarse cada facultad es trabajar aspectos dudosos, poner el conocimiento teórico en un entorno simulado o real y evaluar el nivel de comprensión alcanzado por cada alumno.

Este aspecto del *e-learning* tiene unas posibilidades extraordinarias que muchos estamos descubriendo, a la fuerza, en un momento de excepcionalidad como el actual. A partir de tabletas o similares es posible, por ejemplo, establecer contacto con algunos pacientes (obviamente no todos) para realizar historias clínicas, aspecto que en una situación más normalizada puede seguir siendo útil para no sobrecargar con estudiantes las salas o consultas médicas.

Establecer contacto virtual con el alumnado se puede hacer de muchas maneras y hay aspectos metodológicos cambiantes que mejoran día a día las posibilidades. Sería muy recomendable que en toda facultad hubiera una unidad de educación médica con personal altamente cualificado en aspectos técnicos de la transmisión del conocimiento para dar

Unidad Docente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.

### Correspondencia:

Dr. Jordi Casademont Pou.  
Coordinador de la Unidad Docente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Sant Antoni M. Claret, 167. E-08025 Barcelona.

### E-mail:

jcasademont@santpau.cat

### Recibido:

24.04.20.

### Aceptado:

28.04.20.

### Conflicto de intereses:

No declarado.

### Competing interests:

None declared.

© 2020 FEM



Artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832

ISSN (ed. digital): 2014-9840

soporte a los facultativos clínicos de cara a implementar estas herramientas en la docencia que, si se tienen que aprender de forma autónoma, requieren un tiempo del que no disponen los facultativos asistenciales.

Los alumnos deberían progresar en los estudios a partir de la demostración de haber adquirido unas habilidades y conocimientos determinados. Esto debería estar desligado de períodos concretos acotados de aprendizaje. Un alumno puede pasar una materia cuando haya demostrado que sabe resolver una serie de problemas relacionados con ella, a poder ser, además, muy aplicados a un entorno clínico real o casi real (realidad virtual). Esto lo puede hacer en un trimestre, semestre o año, dependiendo del tiempo de dedicación, capacidades individuales o preferencias. No tiene mucha lógica pretender que todos los alumnos deban alcanzar el mismo objetivo en, pongamos, un semestre.

Abundado en la evaluación, parece un contrasentido cognitivo para la formación de un médico dar tanto valor a las pruebas de respuesta múltiple. De alguna manera se obliga al estudiante a tomar decisiones dicotómicas (respuesta correcta o incorrecta) ante situaciones que, en un entorno clínico habitual, casi siempre podrían matizarse. Las pruebas de elección múltiple tienen casi como única ventaja que son supuestamente equitativas y que exigen poco tiempo de corrección, por lo que deberían abandonarse. El hecho de que el acceso al sistema de formación especializada se base en una prueba de elección múltiple no ayuda. Posiblemente, para acceder a la formación especializada, debería tener un papel mucho más relevante el examen clínico objetivo estructurado que realizan la mayoría de facultades al finalizar el último curso.

La mayoría de profesionales ejercerá una medicina en un entorno no hospitalario. Por consiguiente, las facultades de medicina deberían basar gran parte de la enseñanza en un entorno de medicina comunitaria, no hospitalaria, como ocurre en la actualidad, y además entrenar a los estudiantes en la pluripatología y la fragilidad, que en definitiva es lo que sufre la mayor parte de la población a la que deberán atender.

Numerosa información que se pretende que adquiera el estudiante es de interés para el especialista que la imparte, pero de dudosa utilidad para un médico generalista, que es el objetivo de la formación de grado. En cambio, hay aspectos que sí debería conocer y que están poco presentes en la mayoría de planes, como gestión clínica (valor frente a coste), funcionamiento del sistema nacional de salud, salud pública, colaboración internacional, aten-

ción a colectivos vulnerables y, en general, todo lo que tenga relación con aspectos éticos y humanistas de la profesión.

Dado que en el futuro los profesionales deberán trabajar en equipo, debería fomentarse esta vinculación desde la facultad en algunas materias y fundamentalmente en prácticas, con estudiantes de otros grados como enfermería, fisioterapia, farmacia y psicología.

La necesidad de establecer unas enseñanzas básicas durante los primeros años de la carrera debería repensarse. Tuvo sentido a partir del concepto flexneriano de que era necesario formar científicamente a unos profesionales que hasta el siglo XIX basaban su razonamiento en la especulación y muy poco en el rigor científico. En la actualidad se ha asumido plenamente que la medicina es una disciplina científica y, por consiguiente, mucho de lo que se enseña en estos años iniciales podría replantearse tanto en contenidos como en tiempo de dedicación. Posiblemente, los estudiantes de medicina aceptarían mucho mejor iniciar aspectos clínicos desde el principio de sus estudios universitarios e ir introduciendo los conceptos fundamentales de las materias básicas en un contexto más aplicado a la atención asistencial de los pacientes, donde les encontrarían mucho más sentido. El aligeramiento de algunas de las materias básicas permitiría, además, acortar un tiempo de formación de los profesionales antes de poder acceder al sistema de formación especializada.

Este replanteamiento de materias básicas incluye asignaturas tan fundamentales como la anatomía. Para poner un ejemplo, mi padre, reumatólogo, se quejaba de que los residentes de familia que rotaban por su servicio no se sabían los huesos del carpo. Cuando le pregunté si podía citarme las ramas de la arteria humeral, no fue capaz. Está claro que cada especialidad deberá profundizar, a partir de unas bases generales razonables que tiene que conocer todo profesional de la medicina, en los aspectos que su especialidad requiera. Un cirujano que interviene un miembro superior deberá conocer las arterias de éste, mientras que para un médico de familia, este conocimiento no le será preciso y el tiempo empleado en su aprendizaje se podría haber dedicado a otra cosa. Es más, si en cualquier momento necesita este conocimiento, tiene a su disposición de forma prácticamente inmediata infinidad de dispositivos que le proporcionan la información requerida con toda garantía.

La vertiente investigadora de la profesión debe fomentarse a partir del momento en que el estudiante puede entender su interés. Así, materias como la

epidemiología, estadística, lectura crítica y otras, deben enseñarse en el contexto de las asignaturas clínicas, para aprender a responder a preguntas útiles en la práctica asistencial, minimizando la compartimentación de estas materias en asignaturas independientes.

El profesorado se tiene que profesionalizar en docencia. Cuando un facultativo de áreas clínicas accede a una plaza de profesor asociado, raramente es liberado de actividad asistencial en el centro médico vinculado a la facultad. Esto conlleva que el tiempo que puede dedicar a la docencia se superpone al dedicado a la asistencia, lo que dificulta que pueda emplear mucho tiempo en la atención al alumnado, en mejorar la información transmitida y, de forma específica, en la innovación docente.

En el acceso a plazas permanentes, la capacidad docente debería ser fundamental y probablemente el aspecto de mayor relevancia a la hora de escoger al mejor candidato. El currículo científico, enormemente importante en un entorno universitario, posiblemente debería ser importante para alcanzar los más altos niveles del escalafón docente (catedrático/a), pero no para acceder a la carrera docente vinculada, puesto que lo que más necesitan los estudiantes son facultativos comprometidos en transmitir conocimiento clínico, en definitiva, lo que demanda la sociedad a la que los médicos deberán atender.

Es preciso incidir en que la medicina es una disciplina en la que el contacto con el paciente resulta fundamental. Este es el gran reto en la situación actual de pandemia y, posiblemente, no seremos capaces de solucionarlo de forma adecuada si no queremos perjudicar a los alumnos que esperan poderse graduar en julio. Pero está claro que una relación

personalizada con el paciente es la base del acto médico. Poner de manifiesto toda la riqueza de una historia clínica bien hecha, de una buena observación del paciente y su entorno, una exploración física correctamente focalizada, el pactar las pruebas que se deberán o no deberán efectuar, realizar la instrumentación necesaria, dar explicaciones oportunas y un largo etcétera, requieren una relación directa que ningún dispositivo electrónico puede, a día de hoy, sustituir. Por consiguiente, todo estudiante deberá estar siempre un tiempo prolongado en un entorno de aprendizaje en el mundo real, al lado de clínicos expertos en asistencia y en docencia. Este período podría incardinarse con la formación de posgrado, de modo que el curso habitualmente llamado de rotatorio fuese más bien un internado con contrato laboral con los centros asistenciales.

Observo un cierto desánimo entre los docentes médicos que se ven impotentes para dar salida a los múltiples problemas que les están planteando los alumnos en los momentos actuales, cuando se comparan con docentes de otros estudios que disponen de más tiempo. Debemos solucionarlos imaginativamente sin perjudicar ni a los estudiantes ni a la sociedad a la que luego deberán atender los graduados. Pero ésta puede ser una buena oportunidad para que los problemas y deficiencias que hace años que se detectan en la formación de los profesionales médicos sean abordados con valentía, decisión y dedicación. Y, obviamente, recursos, para lo cual deberemos contar con la complicidad de la sociedad y de los políticos en su representación, que en estos momentos se han dado cuenta del valor de un sistema sanitario con profesionales comprometidos y bien formados.