

Nuevas fórmulas en la gestión del proceso educativo

José Antonio Martínez-Pérez

Doctor en Medicina; jmartinezp@semergen.es; <https://orcid.org/0000-0002-2480-1764>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.2.220>

Recibido: 02/06/2020; Aceptado: 05/07/2020; Publicado: 30/11/2020

Resumen: Las grandes transformaciones sociosanitarias que han tenido lugar en las últimas décadas hacen necesarias nuevas fórmulas para gestionar el proceso educativo. En este sentido, emergieron en los últimos años dos documentos: el informe Carnegie 2010 y el Consenso Global sobre responsabilidad social de la Facultad de Medicina, que sin duda supondrán una referencia para el futuro.

Palabras Clave: Gestión proceso educativo, Futuro, Informe Carnegie 2010, Informe CGRSFM.

Abstract: The great socio-sanitary transformations that have taken place in the last decades make new formulas necessary to manage the educational process. In this sense, two documents emerged in recent years: The Carnegie 2010 report and the Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools that will undoubtedly be a reference for the future.

Key words: Educational process management, Future, Carnegie 2010 report, GCSAMS report.

1. Introducción

Las profundas transformaciones sociosanitarias habidas en las dos últimas décadas exigen en el campo de la educación médica, una adecuada formación pedagógica en los docentes y una modificación del papel del discente, la modernización de los métodos de aprendizaje y de evaluación, y nuevas fórmulas para una gestión de calidad del proceso de educativo [1].

Repasando las iniciativas más importantes habidas en el presente siglo en el aspecto educativo médico, destacamos las llevadas a cabo por el Institute for International Medical Education (IIME) de New York [2] sobre todo en lo referente a la definición de los “requisitos globales mínimos esenciales” para los programas de educación médica. Estos fueron adoptados por la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación). En el año 2003, la World Federation for Medical Education (WFME) [3] publicó los estándares de calidad de la docencia y de educación médica para el pregrado, posgrado y formación continua. También en esta década se inició la reforma de Bolonia, el consenso global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina [4] y el nuevo informe Carnegie de 2010 [5].

Estos dos últimos informes, constituyen bajo nuestro punto de vista, una magnífica referencia para el futuro y una hoja de ruta a seguir. Por este motivo, vamos a detenernos en cada uno de ellos.

2. El informe Carnegie (2010)

En 1910 Flexner [6] publicó un informe que supuso un cambio radical en la educación médica de Estados Unidos, dando lugar entre otras medidas, a la conversión de todas las escuelas de medicina norteamericanas en facultades universitarias, al aumento de los requisitos de ingreso de los estudiantes en las mismas y al establecimiento de la estructura base para la formación de médicos: dos años de formación en Ciencias básicas, seguidos de dos años en formación clínica.

En este informe se propugnaba que los saberes de la medicina se construían sobre las bases del conocimiento científico, lo que implicaba el desarrollo de una mente inquisitiva y una actitud mental similar a la del investigador [8] (tabla I).

Tabla I Recomendaciones de Flexner para formar a los médicos. 1910

Tema	Retos	Recomendaciones
Estandarización	Falta de estandarización, currículos rigurosos	Insistir en cuatro años de universidad y en un conjunto de cursos de ciencias específicos como prerrequisito para cursar estudios médicos
	Estudiantes mal preparados	Crear un plan de estudios estandarizado de cuatro años (diseño de 2 más 2)
	Heterogeneidad en el rendimiento de los alumnos	Establecer un proceso de acreditación para las escuelas de medicina.
Integración	Currículo que refleja una experiencia limitada en ciencias y laboratorio	Incorporar el aprendizaje de laboratorio en el currículo, relacionándolo al mismo tiempo con la práctica clínica
	Interacción limitada o nula con los pacientes y, por lo tanto, oportunidades mínimas para aplicar el conocimiento adquirido, en el cuidado de los mismos	Ampliar el currículo en dos años y proporcionar capacitación clínica en hospitales universitarios docentes
Hábitos de indagación y de mejora	Excesivo énfasis en memorizar, en lugar de aprender, practicando en el laboratorio y en el hospital	Formar a los médicos para que “piensen como científicos” usando la pregunta y la investigación científica para resolver los problemas clínicos
	Plan de estudios y profesorado vinculados a la tradición en lugar de orientados científicamente	Necesario que la educación médica sea impartida por facultativos capacitados científicamente tanto en la universidad como en entornos clínicos
Formación de identidad profesional	Enseñanza por miembros de la facultad no cualificados	Sumergir la educación médica en la cultura universitaria
	Competencia de los médicos variable y modelado su papel en muchas escuelas privadas con ánimo de lucro	Facilitar el contacto cercano y sostenido entre los alumnos y que los modelos a seguir por los profesores tengan base científica

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carrige Foundation for he Advancement of Teaching. Bulletin nº 4. Boston, Mass: Updyke; 1910

Coincidiendo con el centenario de esta publicación, la Fundación Carnegie, presentó un nuevo informe sobre el estado actual de la formación médica en Estados Unidos y las necesidades actuales de reforma [5]. Las conclusiones a las que llegaron algunos de sus autores [7] sobre el sistema educativo norteamericano son perfectamente trasladables a Europa: ser demasiado inflexible y de excesiva duración, no estar centrado en quien aprende, desconexión entre el aprendizaje del conocimiento formal y del experiencial clínico, algunas carencias en sus contenidos (salud poblacional, sistemas de salud, papeles no clínicos de los médicos, valores de la profesión), falta de longitudinalidad de las experiencias clínicas fruto del contexto hospitalario en el que se producen, etc.

Este informe prioriza, las mismas cuatro urgencias educativas que propuso Flexner hace un siglo: la estandarización de los resultados del aprendizaje; la integración de la adquisición del

conocimiento formal con la adquisición de la experiencia clínica; el desarrollo de los hábitos mentales inquisitivos y la motivación innovadora y la formación de la identidad profesional [8,9].

El desarrollo de estos cuatro pilares, con sus retos y propuestas de mejora lo podemos visualizar en la tabla II. A grandes rasgos, los autores apuestan por una educación médica flexible en el proceso de lograr resultados estandarizados, un aprendizaje integrador y colaborativo, que inculque hábitos de investigación y mejora, en donde se proporcione un entorno de apoyo a los estudiantes, se tenga en cuenta también la salud poblacional, se individualice el proceso de formación y se integre el aprendizaje formal con la experiencia clínica.

Tabla II Retos contemporáneos y recomendaciones identificadas por la Fundación Carnegie para el avance de la enseñanza. 2010

Tema	Retos	Recomendaciones
Estandarización e individualización	La educación médica :	Los resultados de aprendizaje deben estar estandarizados a través de la evaluación de competencias
	-No está basada en los resultados	Individualizar el proceso de aprendizaje, que permita la oportunidad de progresar dentro y entre niveles cuando se logren las competencias
	-Es inflexible	Ofrecer programas efectivos que apoyen el desarrollo de habilidades para adquirir conocimiento y para mejorar
	-Demasiado larga	
	-No centrada en el alumno	
Integración	Pobre conexión entre el conocimiento formal y el aprendizaje experiencial	Proporcionar un correcto conocimiento formal de la experiencia clínica, incluida la inmersión clínica temprana y ofrecer oportunidades para que los alumnos más avanzados reflexionen y estudien
	Conocimiento fragmentado del paciente	Integrar ciencias básicas, clínicas y sociales
	Pobre conocimiento sobre el papel no clínico y cívico de los médicos	Involucrar a los estudiantes de todos los niveles, en una perspectiva más integral del paciente, la enfermedad y el cuidado, incluyendo experiencias más longitudinales con ellos.
	Inadecuada atención a las habilidades requeridas para una atención eficaz en equipo, en un sistema complejo de atención médica	Brindar oportunidades a los alumnos para que conozcan de manera amplia y practiquen los roles profesionales de los médicos Incorporar en el currículo formación interprofesional y trabajo en equipo
Hábitos de Indagación y mejora	Enfocado en realzar las habilidades y el conocimiento actual, sin promover también la construcción del conocimiento y un compromiso duradero con la excelencia	Preparar a los alumnos para que obtengan destrezas tanto rutinarias como adaptativas
	Compromiso limitado y a menudo rutinario en la investigación científica y actividades de mejora	Involucrar a los alumnos en problemas retadores que les permitan participar auténticamente en la investigación, innovación y mejora de los cuidados

	Inadecuada atención a la salud poblacional, a la promoción de la salud y al aprendizaje basado en la práctica y en la mejora	Involucrar a los alumnos en iniciativas centradas en la salud poblacional, mejora de la calidad y seguridad del paciente
	Insuficientes oportunidades para participar los estudiantes en la gestión y mejora del sistema de salud en el cual aprenden y trabajan	Localizar la formación clínica en entornos donde se brinde atención de calidad al paciente, no solo en hospitales universitarios docentes
Formación de Identidad profesional	Falta de claridad y de enfoque en los valores profesionales	Proporcionar instrucciones formales de ética, narración de hechos y símbolos (códigos de honor, promesas y ceremonias médicas).
	Falta de evaluación, conocimiento y de avance en los comportamientos profesionales.	Abordar los mensajes subyacentes expresados en el currículo oculto y esforzarse por alinear los valores propuestos y los puestos en marcha, del entorno clínico
	Expectativas inadecuadas para niveles progresivamente más altos de compromisos profesionales	Ofrecer retroalimentación, oportunidades reflexivas y evaluación sobre profesionalismo en el contexto de asesoramiento longitudinal
	Erosión de los valores profesionales por el ritmo y la naturaleza comercial de la atención médica	Promover relaciones con el profesorado que simultáneamente apoyen a los alumnos y los mantengan con altos estándares
		Crear entornos de aprendizaje colaborativo comprometidos con la excelencia y la mejora continua

Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical schools and residency. The Carnegie Foundation for the Advancement Teaching. San Francisco: Jossey-Bass: 2010

3. Consenso global sobre responsabilidad social de las Facultades de Medicina

Durante muchos años numerosas instituciones universitarias crecieron y se desarrollaron de manera autónoma e independiente de la sociedad en la que estaban asentadas, pero poco a poco fueron reconociendo la necesidad de participar activamente en la misma, con el fin de poder articular las respuestas de los servicios de salud en función de las necesidades individuales de las personas y de la sociedad en su conjunto [10].

Concretamente las facultades de medicina en el siglo XX se enfrentaban al reto de llegar a ser más científicas y efectivas en la formación de médicos. En el siglo XXI se enfrentan a retos distintos: la mejora de la calidad, la equidad, la relevancia y la efectividad en la prestación de los servicios asistenciales, reducción de los desajustes con respecto a las prioridades sociales, la redefinición de los roles de los profesionales de la salud, así como la demostración de su impacto sobre el estado de salud de las personas [4].

El documento elaborado para dar respuesta a estos desafíos, aborda los principios de la responsabilidad social de las facultades de medicina y los estándares y estrategias para mejorar la calidad de la educación médica y su impacto sobre la salud de las personas. Propone acciones en varias áreas aplicables de forma universal, reconociendo a su vez, la necesidad de adaptaciones a contextos específicos para que las facultades asuman su responsabilidad social y el rendimiento de cuentas [9].

Las áreas elegidas por consenso fueron las siguientes:

- Área 1. Previsión de las necesidades de salud de la sociedad.
- Área 2. Asociación con el sistema de salud y los grupos de interés.
- Área 3. Adaptación a los cambios de rol de los médicos y otros profesionales de la salud.

- Área 4. Fomento de la educación basada en resultados.
- Área 5. Creación de un gobierno de la facultad de medicina responsable y capaz de responder.
- Área 6. Redefinición del ámbito de incumbencia de los estándares educativos, de investigación y de asistencia.
- Área 7. Apoyo continuo para la mejora de la calidad en educación, investigación y asistencia.
- Área 8. Establecimiento de mecanismos obligatorios de acreditación.
- Área 9. Equilibrio entre los principios globales y la especificidad del contexto.
- Área 10. Definición del papel de la sociedad.

El concepto de responsabilidad social abarca un amplio ámbito que va desde la identificación de las necesidades de salud hasta la verificación de los efectos conseguidos sobre dichas necesidades. Estas 10 áreas reflejan una secuencia lógica, comenzando por la comprensión del contexto social, la identificación de los retos de las necesidades de salud y el establecimiento de colaboraciones para poder actuar eficientemente (Área 1 y 2). Además de la composición de los recursos profesionales necesarios para afrontar las necesidades de salud, se describen los roles y las competencias previstas para los médicos (Área 3) como guía para las estrategias educativas (Área 4) que las Facultades de Medicina deberán implementar junto a las estrategias correspondientes para la investigación y la provisión de servicios asistenciales (Área 5). Es necesario establecer estándares para que las instituciones se dirijan hacia niveles superiores de competencia (Áreas 6 y 7), que las autoridades nacionales deben reconocer (Área 8). En tanto que la responsabilidad social es un valor universal (Área 9), las sociedades locales serán las que, en última instancia, percibirán los logros (Área 10) [4].

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

CGRSFM: Consenso Global sobre responsabilidad social de la Facultad de Medicina

GCSAMS: Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools

Referencias Bibliográficas

1. Morán Barrios, JM. Educación Médica. Ed Médica 2017; 9: 21-2
2. Comité Central, Instituto para la Educación Médica Internacional (IIME). Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica. Ed Médica 2003; 6 supl 2; 11-9
3. World Federation for Medical Education. Educación Médica Básica. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. Ed Médica 2004; 7 Supl 2 julio/sept
4. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. Conference GCSA. East London (South Africa): 2010; 10-13 Oct
5. Irby David M. PhD; Cooke, Molly MD; O'Brien, Bridget C. PhD. Calls for Reform of Medical Education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Academic Medicine* 2010; 85 (2): 220-7.
6. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
7. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical schools and residency. The Carnegie Foundation for the Advancement Teaching. San Francisco: Jossey-Bass: 2010
8. Oriol Bosch A. De Flexner a Bolonia. *Educ med* 2010; 13 (4): 193-5
9. Núñez-Cortés JM, Palés Argullós J. La educación médica en España: ¿hacia dónde nos dirigimos? En: José A. Gutierrez, coordinador. Reconocimiento a cinco siglos de Medicina Española. 1ª ed. Madrid. Fundación Ramón Areces; 2020. p. 211-27
10. Centeno, A. Y Del Rio, A.B. El tiempo de la responsabilidad social de las escuelas de medicina. *Revista de Docencia Universitaria*. REDU 2012; 10: 269-275. (Consultado el 22-05-2020). Disponible en <http://redaberta.usc.es/redu>



© 2020 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.