

Educación Médica: Mucho más que un conjunto de competencias

Unidad de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)



Resumen: El papel que las competencias tienen en la Educación Médica es incuestionable, pero esta no puede ser solo un entrenamiento en competencias, y aún más, este entrenamiento debería formar parte de un concepto de educación (médica) más amplio que debe tener como protagonista a la persona del propio aprendiz. Este artículo desarrolla esto, clarificando las diferencias entre ambos enfoques educativos y argumentando desde la realidad de la práctica médica actual la necesidad del enfoque personalista en la Educación Médica. La SEDEM y la Conferencia de Decanos tienen un papel relevante y una especial responsabilidad en promover este debate abriéndose a un modelo educativo personalista y no meramente competencial a la vez que debería promover que las Facultades de Medicina hagan explícitas declaraciones sobre su misión reflejando así con claridad cual es su espíritu educativo. El próximo Congreso de la SEDEM en Málaga 2022, puede ser un buen momento para revistar antiguas declaraciones y ofrecer nuevos aires y oportunidades a la Educación Médica española.

Medical Education: Much more than a set of competencies Abstract: The role that competencies have in Medical Education is unquestionable, but this cannot be just training in competencies, and even more so, this training should be part of a broader concept of (medical) education that should have as its protagonist to the person of the apprentice. This article develops this, clarifying the differences between both educational approaches and arguing from the reality of current medical practice the need for a personal approach in Medical Education. The SEDEM (Spanish Society of Medical Education) and the Deans Joint Committee have a

relevant role and a special responsibility in promoting this debate, opening up to a personal educational model and not merely competency-based, at the same time that they should encourage the Faculties of Medicine to make explicit declarations about their mission, thus clearly reflecting their educational spirit. The next SEDEM Conference in Malaga 2022, may be a good time to review old statements and offer new airs and opportunities to the Spanish Medical Education.

Definir lo que entendemos por Educación Médica (EM) es una tarea importante pues toda definición de este tipo lleva implícita en mayor o menor grado una necesidad operativa. La EM es un tipo específico de 'Educación Superior' o 'Educación Universitaria?', por lo que conocer lo que actualmente se considera debe ser este tipo de educación puede también orientar sobre aquella.

La educación universitaria nació en la Edad Media europea para 'abrir los saberes' (custodiados hasta entonces por el clero) con la idea, no solo de formar, sino también de 'buscar la verdad y dar sentido a la existencia humana'. A partir de ahí en el siglo XIX se configuran tres diferentes concepciones o arquetipos de lo que pretende la universidad: el modelo alemán o humboldtiano, el francés o napoleónico y el británico o modelo Oxbridge (1). Prescindiendo de los matices de cada uno de ellos quizás un tanto superados hoy día, merece la pena ahora centrarnos en el momento presente y así, distintas fuentes, entre las que están la Comisión Europea (2), la UNESCO (3) o destacados autores (4,5), hablan de los 'objetivos universales' que persigue la educación superior. La declaración de la UNESCO (3) enfatiza como objetivos perseguidos por esta educación superior 'el enseñar, en el sentido amplio de favorecer el desarrollo personal para dotar a las personas de las competencias necesarias para insertarse en el mercado laboral, desenvolverse en la sociedad y asumir una ciudadanía libre y responsable, investigar y promover el avance de la ciencia y el conocimiento, y servir tanto a la comunidad universitaria como a la sociedad en general potenciando valores democráticos, críticos y éticos'. Destaco en cursiva tres aspectos: el desarrollo de la persona, las competencias y la libertad y responsabilidad (para una toma de decisiones que exigiría un acercamiento a la realidad lo más verosímil posible). Es en este contexto donde nace en 1988 el Espacio Europeo de Educación Superior, con la 'Declaración de Bolonia' que representa sobre todo una reforma que, afectando principalmente a aspectos estructurales y organizativos, prioriza 'el desarrollo de competencias que faciliten la inserción en el mercado laboral y la formación de ciudadanos responsables' (6). Esta declaración enfatiza la misión de la educación superior, sobre todo como una formación en competencias y así es recogida en la mayoría modalidades educativas superiores, especialmente la EM.

El auge de la EM como entrenamiento en competencias

A pesar de las dificultades para su comprensión, la naturaleza utilitarista del término 'competencia' como dominio de una serie de conocimientos y habilidades amplios, objetivables y evaluables (7) es bastante aceptada. De esta manera, en los últimos, al menos 30 años, la EM se ha enfocado de una forma casi exclusiva en el entrenamiento para la capacitación competencial de los futuros médicos y este enfoque se refleja, por ejemplo, en los 'Mission Statement' de las diferentes Escuelas de Medicina Americanas (8). En España, es más difícil encontrar declaraciones misionales de las Universidades o Facultades de Medicina, ya que muchas de ellas no disponen de este tipo de documento institucional, o al menos este no es fácilmente accesible, por lo que resulta interesante revisar el enfoque que, a través de diferentes documentos e informes, los responsables docentes universitarios de nuestro país dan a la EM. La Declaración de Granada sobre estándares de EM (9), por ejemplo, ofrecía en 2001 una serie de puntos que las Facultades de Medicina deberían incluir, entre los que se encuentra (punto 2) 'la identificación y definición explícita de las competencias finales a adquirir por el estudiante'. A partir de ahí, la Declaración del Lazareto de Mahón de 2004, auspiciada por la SEDEM y con la participación de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (10), se enfocaba de manera exclusiva en resaltar una 'reforma curricular que conduzca a la elaboración del plan de estudios basado en las competencias' (punto 2 de la declaración), siendo el objetivo de esta declaración el ofrecer directrices para la incorporación y evaluación de las mismas. Resulta evidente que los esfuerzos realizados para la incorporación, definición, enseñanza y evaluación de las competencias que los médicos deben adquirir como parte fundamental de la EM ha supuesto un importante avance en la EM de nuestro país de estos últimos 30 años y ha contribuido a clarificar, desarrollar y mejorar el rol docente de nuestras Facultades de Medicina. Sin embargo, el énfasis otorgado a las competencias ha desatendido otros aspectos fundamentales de la EM, como son el desarrollo personal del aprendiz y el acercamiento a una realidad clínica 'ampliada', es decir, no limitada a un tipo de 'evidencia' de naturaleza predominantemente empírico-biológico, por mencionar dos de los más destacados 'objetivos universales' que persigue la educación superior, y que más arriba apuntábamos. El papel que las competencias tienen en la EM es, por lo tanto, incuestionable, pero la EM no puede ser solo un entrenamiento en competencias, y aún más, este entrenamiento debería formar parte de un concepto de educación (médica)

más amplio y que tenga como protagonista al propio aprendiz.

Algunas ideas sobre lo que es educar

La educación existe porque el ser humano necesita saber quién es él/ella (y quién quiere ser), necesita ser consciente de quien es el otro y necesita relacionarse en el mundo de una forma respetuosa. Para los griegos, Paideia era la formación del hombre en su carácter peculiar y su desarrollo histórico. Primero los griegos entendieron e inscribieron en su conciencia el fin, siempre presente, en el que descansaba su vida: la formación del ser humano para desarrollar su existencia en toda su potencialidad, para encontrarle un sentido (11). Desde entonces y por esto en toda educación existe una realidad ética que contempla la realidad y la elección de la persona. Educar presupone por tanto, una postura ética y una valoración de lo que es el bien (en nuestro caso médico el bien del paciente que viene definido por su salud) Lo contrario sería adoctrinamiento, adiestramiento o instrucción si se quiere. Se podría incluso recurrir a un término intermedio como es el de 'formación' (educar como algo relativo a la 'forma?'), y este término es útil para destacar otro aspecto de la educación: Cuando basamos nuestra intervención únicamente en inculcar habilidades o destrezas estamos haciendo lo mismo que cuando tratamos, por ejemplo de 'domar?' a un animal, la 'forma?' de este va a seguir siendo la misma, lo que no ocurre así con la persona, donde su 'formación?' le abre nuevos horizontes vitales, le configura en libertad o le aumenta la calidad de sus relaciones entre otras cosas (12).

Dos modelos educativos distintos: el modelo competencial y el personal

Surgen así dos modelos educativos diferenciados, uno en clave competencial y el otro en clave personalista (12). Por su modo de entender las relaciones en el acto educativo, el primero se ajusta al modelo de entrenamiento y el segundo se refiere al modelo de educar propiamente dicho. Educar basándonos en la competencia no es lo mismo que educar introduciendo elementos competenciales. Dicho de otra manera, es muy diferente estar ante un paciente y pensar en modo competencias que trabajar con el paciente contando con las competencias. En este último caso trabajaríamos con la persona y aplicaríamos las competencias, pero haríamos esto no como base ni punto de referencia, sino como un medio o instrumento que usaríamos para favorecer a la persona del paciente y al encuentro clínico entre médico y paciente (la relación) para que redunde en beneficio de ambas personas. Esto es lo que significa medicina centrada en la persona o medicina personalizada o incluso si se quiere, medicina centrada en la relación, que podría ser el nuevo paradigma médico 3.0.

Instruir en la competencia, desde y para ella, deja fuera temas personales en los que, los que nos dedicamos a la formación de estudiantes y residentes desde hace años, vemos que estos aprendices necesitan crecer, apareciendo una separación muy llamativa entre lo que se aprende y el propio crecimiento personal, que parece que vaya al margen del aprendizaje. Esto está directamente relacionado con aspectos como las dificultades que, por ejemplo, las llamadas 'competencias huérfanas?' (13-15) tienen para encontrar un lugar acorde con su relevancia en los esquemas de EM actuales y les pasa factura en la propia práctica clínica como muestra el enorme incremento del burnout médico experimentado en los últimos años (16,17) y otros problemas relacionados (errores, reclamaciones,?) (18,19). Y es que cualquier tipo de educación y la EM es uno de ellos, debe educar para el 'fin final?' (20,21). En nuestro caso, el fin último que consiste en ser médico, en ser un buen médico, lo que viene a ser muy parecido a ser buena persona. Aquí, un buen médico es aquel que quiere el bien para su paciente (el bien salud, entendido este en el sentido holístico que la propia OMS propone (22)) y que es capaz de ayudarlo a conseguirlo. De aquí, se puede intuir con claridad que la EM debe ser 'personalista?' y debe trabajar y dominar también 'el objeto?': la competencia se usaría entonces tanto en el modelo de competencia como en el personalista, la exigencia no bajaría ni en uno ni en otro, pero mientras que el modelo competencial necesita asegurar que las cosas se aprenden o que la persona adquiere determinados comportamientos o habilidades a través de la eficiencia para resolver una realidad exterior a la persona (y tiene así una evaluación externa y se relaciona con una motivación extrínseca), el modelo personalista confía en el proceso de la persona, le ayuda a crecer utilizando las competencias, pero partiendo siempre de la pregunta que ha de hacerse todo aspirante a ser médico: ¿qué tipo de médico quiero ser?

La naturaleza de los problemas clínicos

La mayoría de las facultades o escuelas de medicina que hacen explícita su misión y que hemos revisado, basan su proyecto educativo en la competencia. Sin embargo, ahora que, por ejemplo, situaciones como la pandemia COVID-19, nos ha hecho ver más

que nunca, la importancia de determinadas actitudes en los médicos para hacer frente a los nuevos retos clínicos, quizás sea el momento idóneo de afrontar la realidad de que una instrucción médica basada exclusivamente en las competencias no resuelve los nuevos (viejos) problemas que supone el ejercicio de la práctica clínica. La pandemia solo ha resaltado algunos de ellos, pero estos son de naturaleza amplia y variada: el agotamiento extremo que el médico sufre en el ejercicio de su profesión, el limitado acceso a la realidad clínica que ofrece un enfoque casi exclusivo de esta realidad desde las evidencias de tipo empiricista y científicista, la dificultad para conseguir una formación en ciencias sociales y humanidades en los currícula de medicina al menos de calidad adecuada para afrontar las exigencias clínica (23,24), la necesidad de empoderar a los pacientes para incorporarlos a la toma de decisiones respetando su autonomía, el incorporar la avalancha de tecnología que supone la ciber-medicina y hacerla más efectiva desde la potenciación del arte de cuidar, el responder adecuadamente a las necesidades de las personas actuando como navegantes y consejeros de sus pacientes o el manejo adecuado de la invasión de la privacidad y la autonomía del paciente que supone la medicina de precisión para hacer esta realmente efectiva (25), o el deterioro permanente de la imagen del médico, son algunos de estos retos que no se solucionan sólo entrenando en competencias sino educando a estudiantes y residentes.

La Declaración de Misión de una Facultad: explicitando el proyecto docente

Por esto, especialmente en estos tiempos, urge más que nunca el revisar nuestro modelo educativo y desarrollar un tipo de medicina y de EM más amplia, eficaz y gratificante para el paciente y el médico: la educación médica centrada en la persona. La importancia de las declaraciones misionales de las Facultades de Medicina, representan la mejor definición de la declaración de intenciones sobre la propuesta educativa que hace una facultad de medicina, en concreto priorizando y explicitando de la forma más clara y contundente posible la respuesta que ofrece a la pregunta del tipo de médico que quiere. Esto después, lógicamente, tiene que materializarse de forma coherente en su curriculum. De ahí la gran importancia y lo revelador de estas declaraciones. La SEDEM y la Conferencia de Decanos tienen un papel relevante y una especial responsabilidad en promover la necesidad de que todas nuestras facultades de medicina hagan explícitas su misión y debatir sobre la importancia de enfocar esta misión priorizando los principios teórico-prácticos de la EM personalista. Para ello, el próximo Congreso de la SEDEM en Málaga 2022, después de un largo paréntesis provocado por la pandemia, puede ser un buen momento para revistar antiguas declaraciones y ofrecer nuevos aires y oportunidades a la EM

Referencias

1. Michavila, F y Calvo, B. La universidad española hoy. Propuestas para una política universitaria. Madrid: Editorial Síntesis, 1998
2. Comisión de las Comunidades Europeas. El papel de las universidades en la Europa del conocimiento. Bruselas: CCE, 2003
3. UNESCO. World Declaration on Higher Education for the Twenty-first Century: Vision and Action. Documento de la World Conference on Higher Education: Higher Education in the Twenty-First Century: Vision and Action, Paris, 5-9 octubre de 1998
4. Mora, JG. La calidad de las universidades: un paso hacia el futuro. Universidad de Santiago de Compostela, Documento marco II Congreso de Universidades Gaceta Universitaria 10-12 de noviembre de 2003
5. Medina, R. Los fines de la universidad± En V± García Hoz (Dir), La educación personalizada (pp 131-154). Madrid: Ediciones Rialp, 1996
6. Reichert S, Tauch C. Trends IV European Universities. Implementing Bologna± Bruselas: European University Association, 2005
7. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002 Jan 9;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226. PMID: 11779266.
8. Association of American Medical Colleges 'Mission Statement' Report, 2021 Accesible en: <https://students-residents.aamc.org/media/6966/download>

9. Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado (24 de octubre de 2001). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100008
10. Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM). Declaración del Lazareto de Mahón: Evaluación de las Competencias Profesionales en el Pregrado. Educación Médica 2004; 7(4): 103-105. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000600003
11. Jaegger W. Paideia: Los ideales de la cultura griega. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2020.
12. Orón Semper JV, Cenoz Larrea M. Crecer en el Encuentro. Zaragoza: Fundación UpToYou, 2021
13. Ruiz Moral R. La incorporación de las humanidades y ciencias socio-conductuales en la educación médica: ¿cuál es el problema y qué se debe hacer? Folia Humanística, nº 11, Febrero-Marzo 2019. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/fohahumanistica/article/view/1121/1855>
14. Ruiz Moral R, Gracia de Leonardo C, Cerro Pérez A, Monge Martín D, Caballero Martínez F Barriers for teaching communication skills in Spanish Medical Schools: a qualitative study with academic leaders. BMC Med Educ 20;41:2020. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1944-9>
15. Litva A, Peters S. Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. Medical Education 2008;42:309-314
16. Wilcock SM, Daly MG, Tennant CC, et al. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust 2004;181:357?60
17. Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008;25(4):245?65
18. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 2008;336(7642):488?91
19. Baird B, Charles A, Honeyman M, et al. Understanding pressures in general practice. London: King's Fund; 2016
20. Altarejos F. Dimensión Ética de la Educación. Pamplona: EUNUSA, 1999
21. Altarejos F. Subjetividad y Educación. Pamplona: EUNUSA, 2000
22. Egnew T. The meaning of healing: transcending suffering. Ann Fam Med. 2005 May;3(3):255?62
23. Bloom SW. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. J Health Soc Behav 1988;29:294?306
24. Whitehead C, Hodges BD, Austin Z. Captive on a carousel: discourses of 'new' in medical education 1910-2010. Adv in Health Sci Educ 2013;18:755-768
25. Ruiz Moral R. Enseñar Comunicación Clínica para los nuevos retos en medicina. Edu Med (Elsevier) 2021;22:185-6 DOI: 10.1016/j.edumed.2021.06.008