

Formación de los profesionales de la salud

Una reflexión a las puertas del siglo XXI

CRISTÓBAL PERA*

Introducción. En la última década de este siglo abundan las reflexiones, individuales y colectivas (conferencias, coloquios, seminarios, encuentros) en las que se analizan los preocupantes desajustes que existen entre la teoría y la práctica de la Medicina —convertida hoy, tras cambios profundos y acelerados, en *asistencia sanitaria*— y la formación del médico —si consideramos a éste como el paradigma de lo que ahora se entiende como *profesional de la salud*, aunque su función deba ser integrada con la de otros profesionales sanitarios: enfermería, farmacia, laboratorios clínicos y gestión sanitaria.

* Catedrático de Cirugía. Profesor emérito de la Universidad de Barcelona. Miembro de honor de Royal College of Surgeons of England.

La función del médico —como la de los otros profesionales de la salud— no puede ser comprendida hoy aislada de la estructura actual de la sociedad y del sistema sanitario que ésta se haya dado. En consecuencia, la formación del médico debe incluir, además de conocimientos científicos y habilidades técnicas, el desarrollo personal de una actitud muy positiva con respecto a su función social. La sociedad actual está pendiente, con atención y exigencia, no sólo de la actuación técnica y ética de los profesionales de la salud, sino de todo aquello que afecta a la calidad y fiabilidad de la formación que recibieron en su día, y que deben seguir recibiendo, para ser competentes y mantenerse como tales.

Sociedad y asistencia sanitaria: nuevos escenarios. Los nuevos escenarios sociales en los que se despliega la asistencia sanitaria que corresponde cumplir a los profesionales de la salud, han sido construidos, durante las últimas décadas, por la conjunción de una compleja serie de elementos.

1) Una visión holística de la naturaleza de la salud (“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente ausencia de enfermedad” —Alma-Alta 1997), convertida, como uno de los derechos humanos, en bien social y problema colectivo y, por lo tanto, en preocupación prioritaria de los gobiernos en las sociedades de los países desarrollados.

2) La socialización de la asistencia sanitaria (Seguro Obligatorio de Enfermedad, 1944, Seguridad Social, 1963 y Sistema nacional de Salud, Ley General de Sanidad, 1986). En este proceso de socialización, la enfermedad, como preocupación dominante, cede el énfasis a la salud, y la expresión *asistencia médica* es sustituida paulatinamente por *asistencia sanitaria*, que incluye no sólo la Medicina curativa, sino también la Medicina preventiva, la educación sanitaria de la población y la promoción de la salud. El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha contribuido decisivamente a la modernización de la Medicina española, no sólo desde el punto de vista asistencial, creando una amplia red de modernos hospitales en todo el país, sino haciéndose cargo de la formación de competentes médicos especialistas, enfermeras y otros profesionales de la salud. Con el SNS la práctica de la Medicina dejó de ser predominantemente domiciliaria para convertirse en hospitalaria, aunque en exceso. En la última década, la potenciación del papel de la asistencia primaria trata de corregir un costoso y distorsionante centralismo hospitalario.

3) La crisis de crecimiento del modelo social del Estado de Bienestar ha obligado a reducir la amplitud de las acciones benefactoras del propio Estado y aplicar modificaciones y recortes presupuestarios. Los gastos del sistema sanitario no han podido eludir esta reducción, con su tendencia imparable al crecimiento, que conlleva el riesgo de convertirlo en insostenible, si no se aplican medidas correctoras. El incremento de la demanda económica sanitaria (nuevo y amplio concepto de salud, avances tecnológicos, cada día más costosos y de amortización más difícil), unido al envejecimiento de la población, ha multiplicado el gasto sanitario. La consecuencia ha sido una escasez de recursos y, por lo tanto, la necesidad de implantar formas más exigentes de gestión sanitaria (“managed care”).

4) La progresiva tendencia a la especialización en los profesionales de la salud, derivada de la creciente complicación tecnológica del diagnóstico y de la terapéutica, encontró su ámbito docente adecuado en los hospitales del SNS; en estas instituciones se puso en marcha, después del fracaso

de las Escuelas profesionales universitarias, una fiable formación posgraduada de especialistas, siguiendo la estructura del Sistema MIR.

5) Los profesionales de la salud, y de modo especial los dedicados a la atención primaria, deben adoptar actitudes positivas frente a la Medicina preventiva, integrándola con la Medicina curativa, en su práctica profesional, tras haberse demostrado, más allá de toda duda, que las acciones sanitarias preventivas han jugado un papel muy significativo en el estado de salud de los países en los que se han implantado.

6) La relación médico-enfermo, tradicionalmente paternalista, ha pasado a convertirse en nuestra sociedad en una relación entre paciente-médico, en la que el primero ejerce su derecho al conocimiento de las decisiones diagnósticas y terapéuticas propuestas por el médico, las cuales necesitan, para que le sean aplicadas, del consentimiento informado del propio paciente o de sus familiares. Los avances tecnológicos de la nueva Medicina que han distanciado al médico de su paciente como persona, son un inconveniente más para este nuevo tipo de relación entre el paciente y su médico, la cual, pese a todas las dificultades, debe seguir siendo clave en la asistencia sanitaria, para evitar que el enfermo sea tratado como un “especimen biológico”.

De la profesión médica a los profesionales de la salud. Históricamente, la práctica de la profesión médica en la sociedad se ha sustentado en los siguientes presupuestos, como base ideológica compartida con el resto de las profesiones: a) La profesión médica es un ejercicio autónomo, fuera del alcance de los legos, que solamente puede ser valorada por otros miembros de la corporación profesional mediante un código deontológico propio. b) En virtud de la específica calidad de los servicios que presta, considerados por la sociedad de valor superior al estipendio que reciben, esta profesión debe disfrutar de un especial “status” social. No obstante, este tradicional paradigma ideológico presta muy escasa atención al compromiso y a la responsabilidad social de todas las profesiones. En el nuevo modelo de profesión médica, incluida dentro de los profesionales de la salud, y ejercida en el seno del SNS, el médico —financiado por terceros— trabaja dentro de un equipo multidisciplinario, con una manifiesta responsabilidad social, y su innegable capacidad de decisión ha de encuadrarse en consensuados y justificados protocolos diagnósticos y terapéuticos, desarrollados hoy como medicina basada en evidencias.

Secuencia formativa del médico, como profesional de la salud, para ejercer su función en los nuevos escenarios sociales de la asistencia sanitaria. El desajuste entre la nueva concepción de la asistencia sanitaria y la lentísima y titubeante adaptación de la formación de los médicos a esta nueva situación, tanto en sus métodos como en sus contenidos, es causa de insuficiencias educativas que deben ser corregidas sin demora. De lo contrario, crecerá dentro de la profesión médica el ya evidente desencanto ante la que perciben como su nueva imagen de *profesional de la salud* en el sistema sanitario, no bien analizada, y por lo que estiman como ilusiones personales, según el antiguo paradigma de la profesión médica, que se han desvanecido.

Hasta finales de la década de los años 70, la responsabilidad que el Estado y la sociedad se atribuían en la formación de un médico terminaba con la obtención por éste, en las facultades de Medicina, del título genérico de licenciado en Medicina y Cirugía. Por el contrario, esta formación es hoy un

proceso extraordinariamente complejo que consta de tres secuencias: *pregraduada*, que culmina con la licenciatura en Medicina; *posgraduada*, que termina con la titulación de *especialista*, y *continuada*, que no tiene fin en un médico, éticamente responsable con sí mismo y con la sociedad. Este proceso ha de contemplarse, además, dentro del contexto de la Unión Europea, a la que España pertenece.

1) *Formación pregraduada*. Se desarrolla en el ámbito de la Universidad y bajo la responsabilidad directa de sus facultades de Medicina, en las que los alumnos —tras rotar, en lo que atañe a las enseñanzas clínicas, por los hospitales asociados a la Universidad correspondiente— terminan como licenciados en Medicina. El problema es que, en su mayoría, las Facultades de Medicina no se encuentran aún suficientemente implicadas —por razones de estructura docente, redundante e inapropiada, y de actitudes de viejo cuño— en los objetivos que ahora les corresponden, dentro de la secuencia formativa de los médicos. El objetivo primario de la formación pregraduada no es ya el ejercicio inmediato de la profesión en el sistema sanitario público, sino conseguir los conocimientos, las habilidades y las actitudes apropiadas para poder iniciar y culminar con éxito la formación postgraduada como especialista. Los planes de estudio de la formación pregraduada deben diseñarse prescindiendo “realmente”, sin subterfugios nominalistas, del obsoleto concepto de la asignatura, para poder educar al médico recién licenciado con este nuevo perfil: a) Capaz de resolver problemas clínicos y de tomar decisiones. b) Con los conocimientos y habilidades que le permitan proseguir con cualquier programa de formación postgraduada. c) Educado en la metodología de la investigación científica. d) Con las actitudes que son positivas para un médico, tales como dedicación, responsabilidad, pensamiento crítico, conciencia ética, capacidad de comunicación con el paciente y también con la sociedad, conciencia del gasto y de la necesidad de una formación continuada, e integración en el sistema sanitario. Esta redefinición de los objetivos de la formación pregraduada en las facultades de Medicina, haría posible una reconsideración de los recursos docentes universitarios, tanto humanos como materiales, aplicados en ambas etapas formativas, la pregraduada y la postgraduada, decantados por ahora, en exceso, hacia la primera etapa formativa y propiciar, de este modo, la búsqueda de fórmulas integradoras entre las instituciones responsables — facultad de medicina y sistema hospitalario— que corrijan estos desequilibrios.

2) *Formación postgraduada*. Es la que convierte al recién graduado en un especialista, se desarrolla en los hospitales acreditados para la docencia —la mayoría del Sistema Nacional de la Salud— aunque culmine con el título de especialista que otorga formalmente el Ministerio de Educación y Cultura. La formación médica especializada adquiere en España una sólida y eficiente estructura a partir del año 1984 con el Real Decreto que la regula. Nuestro sistema de formación médica especializada, comparado con la normativa y las recomendaciones de la Unión Europea, está bastante bien estructurado, con mecanismos aceptables de acreditación, aunque, en algunos aspectos, ha de ser francamente mejorado y, en otros, conviene vigilar más fielmente el proceso formativo para evitar la rutina y el consiguiente deterioro de su calidad.

3) *Formación continuada*. Es una exigencia ética para todo profesional de la salud, como consecuencia de la necesidad que tiene de actualizar “continuamente” sus conocimientos, habilidades y actitudes, ante el continuo avance científico y tecnológico. Y es que la competencia de los profesionales de la salud es transitoria, lo que obliga a su actualización periódica.

La creación por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, de una Comisión de Formación Continuada del SNS, para ordenar esta formación y establecer un sistema de acreditación válido para toda España, prueba la importancia de la formación continuada en la educación de los médicos.

Correcciones que parecen necesarias en la actual secuencia formativa de los médicos.

a) Contempladas de manera integrada las tres etapas incluidas en el proceso formativo del médico, es evidente que la pretendida secuencia formativa —pregraduada, postgraduada y continuada— adolece de discontinuidad. Aunque se hayan producido recientemente algunas mejoras significativas en este aspecto, las instituciones que asumen la responsabilidad social en las dos primeras etapas del proceso formativo del médico —Universidad y Hospitales del SNS— se comportan habitualmente como compartimentos estancos. La formación pregraduada transcurre —por decirlo con una metáfora viajera— por un “ancho de vía” que no encaja con el utilizado para el acceso a la formación postgraduada —las especiales características del llamado examen MIR— ni tampoco se corresponde con la educación más apropiada para la prevista formación postgraduada. El “desencuentro” entre ambos tramos formativos —pregraduado y postgraduado— es casi total, lo que hace que el paso de uno a otro se haya convertido en una travesía demasiado azarosa. Por ello, aunque la existencia de un examen, como prueba de selección, es fundamental para el éxito del proceso de la especialización, como repetidas veces ha recomendado el Comité Consultivo para la Formación de los Médicos de la UE, su formato debe mejorarse, acomodándolo a los nuevos objetivos. Pero la solución del “desencuentro” entre ambas fases no puede ser tan sólo una modificación del diseño del examen MIR —ha de ser menos cognitivo y más orientado a la valoración de actitudes y capacidad de tomar decisiones— sino que exige una “adecuación” de la formación pregraduada de las facultades de Medicina —mediante sus “planes de estudio”— con la doctrina de la Unión Europea acerca de los objetivos fundamentales de la pregraduación.

b) Es imprescindible, para la continuidad y el prestigio del sistema formativo postgraduado (sistema MIR), mantener, sin sombra de duda, la exigencia de su cumplimiento, desalentando definitivamente toda tentación de volver a abrir “atajos” hacia el título de especialista, tras una resolución excepcional y objetivamente justa del “enquistado” problema de los llamados MESTOS (“médicos especialistas sin título”).

c) Ha de acentuarse la exigencia de una fiable calidad educativa en los criterios para la acreditación de las unidades docentes de la formación especializada, adaptados a las nuevas orientaciones en la organización asistencial hospitalaria (institutos multidisciplinares) que difuminan la tradicional correlación servicio/especialidad.

d) Deben ser re-estructurados los procedimientos de selección de los tutores y su formación para la docencia, junto con el reconocimiento, tanto económico como curricular, de su importante función.

e) Son imprescindibles programas de formación en la metodología de la investigación, tanto en la pregraduación como en la postgraduación.

f) La evaluación de los residentes en las unidades docentes ha de hacerse con mayor exigencia y continuidad. Aunque sigue siendo una opción controvertida, hay que insistir en las ventajas que

pueda aportar a la credibilidad del proceso formativo. Una bien definida evaluación final añadirá credibilidad a la formación postgraduada.

g) El previsto reconocimiento de las áreas de capacitación específica (“subespecialidades” dentro de las especialidades), planteará problemas de competencia entre especialidades y entre las propias áreas de capacitación específica que sean reconocidas como tales. Estos problemas han de resolverse a través del consenso y desde varias perspectivas —profesionales, deontológicas y jurídicas—.

Formación de los demás profesionales de la salud. La formación de los demás profesionales de la salud —Enfermería, Farmacia, Laboratorios clínicos y Gestión Sanitaria— ha de estar fundamentada, como la formación de los médicos, en los principios generales propios de una profesión incardinada en la sociedad, con contenidos teóricos apropiados, que han de asimilarse conjuntamente con la adquisición —durante la práctica formativa— de actitudes, habilidades y destrezas, todo ello adaptado a los nuevos escenarios de la asistencia sanitaria.

Bibliografía

Segovia de Arana, J.M.; Pera, C.; Goirienea, J.J. ; Cabasés, J.M. La formación de los profesionales de la Salud (Síntesis) *Informe Fundación BBV*, Marzo de 1999.

Pera, C. Formación médica especializada en España. Conferencia Sanitas. Entrega Premio al mejor MIR del año. Madrid, Abril 1997.

Pera, C. Estado actual de la Cirugía en España; los departamentos quirúrgicos. Conferencia Fundación Areces, Madrid, Noviembre 1997.

Pera, C. El concepto de la salud y las nuevas patologías. Conferencia en el I Encuentro de la Fundación BBV sobre “La formación de los profesionales de la salud”, Madrid, Febrero, 1998.

Pera, C. Educació i formació del metge. Conferencia de clausura del Curs Anual del Cos Facultatiu del Institut Universitari Dexeus. Barcelona, Junio, 1996.

Pera, C. La regulació de la Formació Mèdica Continuada des de la perspective de l’Unió Europea, Academia de Ciencias Médicas. Barcelona, Noviembre 1997.

Pera, C. Planes de estudio en la Unión Europea. Conferencia Universidad Autónoma de Madrid. Mayo, 1996.

Pera, C. Criteria for entry to medical school in Spain. Conferencia. The Royal Society of Medicine, Londres, Mayo, 1997.

Pera, C. La formación del médico debe ser un proceso continuado. *Tiempos Médicos*, Anuario 1992.

Pera C. Asignaturas y disciplinas. Reductos que frenan la renovación de la enseñanza de la Medicina. *Rev. Quir. Esp.* 15 (4): 161-162, 1988.

Pera, C. Desde la formación pregraduada a la formación postgraduada. Una travesía azarosa. *Jano*, Vol. L, nº 1171, 1996.

Pera, C. La desilusión de los médicos en el Reino Unido. *Jano*. vol. LIII, nº 1230, 1997.

Pera, C. La formación de las actitudes en la educación del médico. *Jano*, vol. LII, nº 1207, 1997.