

Hacia una transformación de la Formación Sanitaria Especializada en España. Reflexiones y algunas propuestas estratégicas.

Jesús M. Morán Barrios

Ex Jefe de Estudios del Hospital Universitario Cruces. Vizcaya (España)

Presidente de honor de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada. SEFSE-AREDA

<https://sefse-areda.com/>

Bilbao

jmoranbarrios25@gmail.com

Resumen de las conferencias impartidas entre los años 2018-19 en: Hospital Universitario Salamanca, Complejo Asistencial de Segovia, Hospital Universitario Son Espases (Mallorca), Hospital Álvaro Quunqueiro de Vigo, Hospital Montecelo de Pontevedra, el Hospital d'Igualada-Consorci Sanitari de l'Anoia, Cataluña, Jornadas de FSE de Illes Balears y Hospital Universitario Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canaria).

REFLEXIONES PREVIAS

a. *El sistema sanitario español.*

Todos los datos de organismos internacionales y diferentes estudios indican que el Sistema Sanitario de España está entre los 20 primeros del mundo, tanto en lo referente a la mortalidad por diferentes causas, como a la calidad y accesibilidad (Healthcare Access and Quality Collaborators 2017, 2018)^{1,2}. En la figura 1, tomada de Lancet 2018², en color morado se destacan los países con mejores indicadores calidad y accesibilidad. No es casualidad que España esté a la cabeza mundial de donación y trasplante de órganos.

¹ Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 390:231-66

² Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 391:2236-71

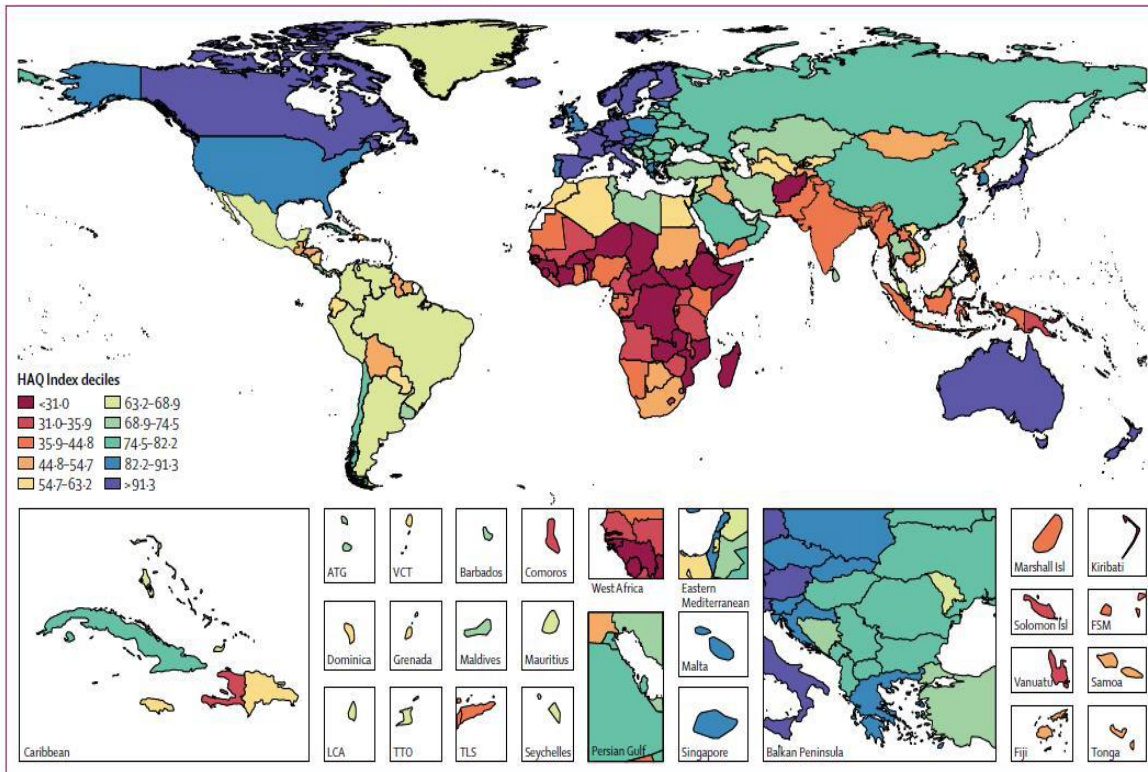


Figure 1: Map of HAQ Index values, by decile, in 2016

Deciles are based on the distribution of HAQ Index values in 2016. Where lower and upper bounds of deciles appear to overlap, they should be interpreted as values up to but not equaling the upper bound in the preceding decile (ie, exclusive of the upper bound value) and values equaling the lower bound of the following decile (ie, inclusive of the lower bound value). HAQ Index=Healthcare Access and Quality Index. ATG=Antigua and Barbuda. VCT=Saint Vincent and the Grenadines. LCA=Saint Lucia. TTO=Trinidad and Tobago. FSM=Federated States of Micronesia. TLS=Timor-Leste.

Figura 1.

b. ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

Se pueden señalar, entre otros, cuatro aspectos clave que han dado lugar a esta situación:

- 1) El sistema MIR, nacido en 1963 y consolidado en normas estatales en 1978 y 1984, fue uno de los motores de la modernización de la medicina en España^{3,4};
- 2) La universalización de la asistencia sanitaria (Ley General de Sanidad de 1986);
- 3) Una gestión eficiente e innovadora a partir de la década de los 90 (toma como base el informe Abril Martorell de 1991), además de una bonanza económica y,
- 4) Una sociedad generosa junto con un esfuerzo colectivo de todos los profesionales de la salud.

³ Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J. Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educ Med.* 2018;19(4):229-234.

⁴ Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educ Med* 2015;16:57-67

Pero actualmente, nos preocupa que el sistema de FSE ya no es un motor de cambio, pudiendo llegar a convertirse en un sistema de funcionarios, con una visión de derechos adquiridos y quizás un escaso compromiso con el sistema sanitario que tanto esfuerzo ha costado desarrollarlo y consolidarlo.

Ante este hecho, podemos hacernos estas preguntas:

- ¿Dentro de 20 años, España estará entre los 20 primeros sistemas sanitarios del mundo? ¿se mantendrá la equidad? Ello dependerá del compromiso de nuestros jóvenes profesionales de la salud con el sistema sanitario público, además de la acción política, que también dependerá de los jóvenes de hoy.
- Los jóvenes estudiantes y residentes ¿conocen las organizaciones sanitarias, sus sistemas de financiación y gestión? ¿demuestran compromiso con el sistema de salud? Este compromiso debiera formar parte de la evaluación, ya que no sólo se deben evaluar los aspectos científico-técnicos de la especialidad. Un estudio sobre competencias adquiridas en el periodo universitario, llevado a cabo por nosotros sobre 780 recién licenciados de medicina entre los años 2004 y 2015, reveló que el 70% perciben una formación deficitaria en “aspectos básicos del Sistema Nacional de Salud, sus políticas, organización, financiación y determinantes de la equidad y calidad de la atención en salud”. Este déficit, es persistente en cada encuesta anual⁵.

c. *El sistema de Formación Sanitaria Especializada. Algunos aspectos*

Nuestro modelo es muy apreciado en muchos países del mundo occidental y ejemplo para otros tantos que están en vías de modernizar sus sistemas formativos. Analizamos algunos aspectos.

- *A nivel macro*, la gestión estatal desde el Ministerio de Sanidad es esencial para mantener su calidad y equidad. Los pilares sobre los que se sustenta, entre otros, son: a) la acreditación docente de centros y unidades asistenciales, lo que implica una responsabilidad social de las organizaciones sanitarias (rendir cuentas a los ciudadanos), y no un signo de prestigio exclusivamente; b) las auditorias como control de calidad; c) los programas de formación de cada especialidad de ámbito estatal; d) una prueba de acceso única, y e) una gestión de recursos humanos (en coordinación con las CCAA), que se traduce en la oferta de plazas formativas anuales analizando la capacidad formativa y las necesidades de profesionales, con análisis predictivos rigurosos, que por la gran cantidad de variables que inciden en dicha gestión siempre tendrá incertidumbres (es muy difícil planificar a 10-15 años).
- *A nivel meso (CCAA y centros sanitarios)*, algunos aspectos a tener en cuenta son: a) la docencia debe ser una estrategia del centro desde la alta dirección (responsabilidad derivada de la acreditación), con

⁵ Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica. Análisis del proceso de formación sanitaria especializada basado en la adquisición de competencias y de su evaluación. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco, EHU-UPV. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/18254> (pág. 98)

un plan docente, recursos e indicadores de calidad medibles y presente en los contratos de gestión clínica; b) las jefaturas de estudio son alta dirección⁶, sobre ellas recae toda la responsabilidad de la calidad docente, precisan ser reconocidos implícita y explícitamente (con nivel mínimo de jefatura en la organización), y c) un marco adecuado para el desarrollo de la función tutorial.

- *A nivel micro (unidades asistenciales)*, hay algunos aspectos relevantes a tener en cuenta: a) el liderazgo de las jefaturas de servicio es esencial para desarrollar el compromiso docente derivado de la acreditación (rendir cuentas a los ciudadanos); b) la docencia en los contratos de gestión clínica; c) el compromiso de todo el equipo de salud (la docencia es cosa de todos); d) el gran trabajo de los tutores ha de ser reconocido implícita y explícitamente (esto depende de las jefaturas). El tutor es quien decide sobre el título de especialista, su responsabilidad moral ante los ciudadanos es enorme. Este trabajo tiene que recaer sobre profesionales con experiencia en la especialidad y formación pedagógica (no en la última persona que llega a adjunto). La docencia ha de estar presente en la gestión del servicio debatiendo formalmente sobre ella en sesiones de servicio (de lo que no se habla no existe), con participación de, al menos, todos los profesionales sanitarios (incluida enfermería) y finalmente, no dejar la formación al arbitrio del modelaje (seguir la bata blanca) esto profesionaliza pero también puede desprofesionalizar, por esto es muy importante un proyecto liderado por las jefaturas, acciones formativas bien planificadas y evaluar periódicamente el proyecto con todo el equipo.

Sin embargo, la docencia y la asistencia se mueven en dos mundos diferentes, desde su organización en la alta dirección hasta el nivel de la primera línea asistencial. Ante un problema docente, la respuesta suele ser “esto es cosa del tutor”, y ¿qué recursos le damos al tutor? ¿conoce el equipo el ingente trabajo que ha de desarrollar?

Que la docencia no se tenga en cuenta es un problema cultural, no intencional. Como dice el gran pensador José Antonio Marina (filósofo y pedagogo): “*en la Universidad se premia la tarea investigadora, y no se valora la práctica docente, con lo cual colaboran a menospreciarla*” (23 de septiembre de 2013, en la web “Centro de Estudios sobre Innovación y Dinámicas Educativas”).

¿Nos hemos preguntado qué formación pedagógica tienen los profesores universitarios? ¿Acaso con una tesis doctoral se adquieren competencias docentes? ¿Ser profesor consiste en dar una clase magistral con cierta pericia? ¿Qué competencias docentes tienen nuestros especialistas? No se puede dejar la educación al azar de la voluntad, las capacidades innatas y la improvisación, la educación implica algo más que impartir una clase o

⁶ Corres J y cols. Conclusiones del I Foro Nacional de jefes de Estudio, técnicos docentes y responsables autonómicos de Formación Sanitaria Especializada y del II Congreso Nacional de Formación Sanitaria Especializada (XIV Encuentro Nacional de tutores y jefes de Estudio). SEFSE-AREDA 2017, Madrid 28-29 de septiembre. *EducMed.2019;20(3):184-192*

una sesión clínica. La educación es la clave de una sociedad que progresa y para ello se precisan personas, que además de vocación docente, hayan adquirido competencias pedagógicas de manera reglada.

UN CAMBIO DE MIRADA. FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS

Más allá de programas y rotaciones, hemos de pensar qué tipo de profesional precisa la sociedad de hoy para el mañana. ¿Qué profesional y para qué mundo? Las competencias vienen condicionadas por las transiciones sociales: demográficas, epidemiológicas, científico-tecnológicas, económicas, culturales (sociedad de consumo), judiciales, modelos de sistemas sanitarios, etc. Hablamos de migración, interculturalidad, envejecimiento y soledad, cronicidad, nuevas enfermedades, recursos finitos, gobernanza de los centros, etc. En definitiva, necesidades humanas crecientes, desarrollo científico-tecnológico creciente y recursos limitados, ¿cómo equilibrar este triángulo?

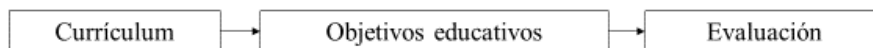
Preguntémonos: ¿nuestros profesionales han adquirido las competencias necesarias para responder a las necesidades del mundo actual?, ¿cómo planificamos los procesos formativos?, ¿cómo formamos para adquirir esas nuevas competencias, con qué estrategias? y ¿cómo sabemos que las han alcanzado?

La formación ha de basarse en las necesidades de salud y los sistemas sanitarios derivando de ello las competencias del profesional, como muy bien se manifiesta en el excelente trabajo de Julio Frenk y cols⁷. La figura 2, tomada de este artículo, refleja claramente cómo deben orientarse los programas formativos.

Figura 2.

Formación basada en competencias (modificado de Frenk J, Lancet 2010)

Modelo tradicional basado en objetivos



Modelo educativo basado en competencias



⁷ Frenk J and Global Independent Commission. Health professionals for a new century: transforming education to strenght health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376:1923-58

En la formación basada en competencias (FBC) se trata de construir un nuevo lenguaje y una nueva estrategia educativa mirando a la sociedad y al paciente. La FBC, además de desarrollar programas basados en las necesidades sociales y de salud, consiste, desde el punto de vista práctico, en resolver tareas complejas aplicando el saber (conocimientos), saber hacer (habilidades y destrezas técnicas), saber estar (actitudes) y el saber ser (valores). Como dice K. Troncoso y G. Hawes, (Chile 2012) (en P. Ruiz de Gauna P, V. González y J. Morán-Barrios, 2015 pág. 37)⁸: *“las competencias se reflejan en las acciones que muestran las personas/profesionales ante una situación que han de resolver. Estas acciones se orientan desde un claro criterio de excelencia y surgen a partir de la articulación y movilización de una serie de recursos internos que han sido previamente adquiridos: conocimientos, habilidades, destrezas, valores, experiencias de contexto, de personas, de redes de datos, etc. Además, en estas situaciones, las personas han de ser capaces de dar razón de las decisiones adoptadas y de responsabilizarse de las consecuencias éticas y del impacto social de las mismas”*.

“El reto de los médicos de hoy está en saber responder de forma efectiva y eficiente a las necesidades de la sociedad del siglo XXI y a la confianza otorgada por los pacientes. Formar hoy al especialista del mañana es proporcionarle todas las competencias necesarias para afrontar las incertidumbres de la futura práctica clínica, gestionar adecuadamente los futuros cambios sociales y los propios de la profesión médica (campo de actuación de las especialidades y la colaboración entre estas), así como entender y encontrar la posición del médico entre los distintos agentes que le influyen (el estado/gobiernos, las organizaciones/corporaciones sanitarias, la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, los ciudadanos, y otras profesiones sanitarias)” (Tomado de: Oriol-Bosch A. 2006) ⁹.

Numerosas organizaciones académicas y sanitarias de distintos países, se adelantaron en la década de los años 90 y principios del 2000, a definir las competencias básicas comunes de sus médicos y especialistas: el General Medical Council del Reino Unido, las universidades escocesas con el “Scottish Doctor”, Canadá (CanMEDS Roles), Estados Unidos (Outcome Project- Accreditation Council Graduate Medical Education), y a nivel internacional, el Instituto Internacional para la Educación Médica de New York. *“Los perfiles profesionales deben responder a los principios del profesionalismo y es importante enfatizar que los programas educativos incluyan competencias relacionadas con la comunidad, que además de las de salud pública, incluyen las culturales, de gestión y liderazgo, de defensa y desarrollo de la salud comunitaria, creatividad, motivación y autorreflexión”* (Tomado de: Morán-Barrios J. 2013)¹⁰.

⁸ P. Ruiz de Gauna P, V. González y J. Morán Barrios, Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educ Med.* 2015;16(1):34-42

⁹ Oriol-Bosch A. Ser Médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. *Informe de la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.* Madrid 2006.

¹⁰ Tomado de: Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2013; 33 (118): 385-405.

Pero para desarrollar este tipo de profesional hay que modificar los programas formativos estructurándolos todos bajo un mismo modelo de dominios competenciales (consultar los programas de especialidades de EEUU en la web del comité regulador, ACGME). La fallida troncalidad fue un intento, pero no definió claramente el perfil de competencias del profesional al que todos deberíamos mirar en España, la Visión Docente, como lo han hecho los países referidos anteriormente. La troncalidad pretendió romper con la fragmentación del paciente y recuperar la visión holística del paciente, a través de una formación básica común, pero no era un modelo final, un faro al que todos mirar, con el paciente y el sistema de salud como finalidad. Entre las muchas dificultades surgidas, una de ellas fue la del tribalismo de las especialidades.

Por otra parte, si al profesional en formación se le exigen competencias relacionadas con la gestión de recursos finitos, comunicación, ética, seguridad, etc. es decir, relativas a los cambios sociales referidos, es necesario que los sistemas de contratación para los sistemas públicos den un giro radical, aplicando métodos consolidados y validados de la empresa privada, ya que actualmente sólo valora aspectos científico-técnicos y no las competencias necesarias de un profesional para el mundo de hoy. En este sentido se expresaba el desgraciadamente desaparecido Albert Jovell (Barcelona 1962-2013), hace más de 10 años, en su libro en *Cáncer, Biografía de una supervivencia*, 2008: *“quería expresar mi desazón por el hecho de que la medicina actual valora más al médico que investiga y publica que aquel que proporciona el mejor trato humano y la mejor competencia a sus pacientes”*

Si queremos iniciar una transformación hacia la FBC, tratemos de responder a esta pregunta, ¿qué estrategia formativa (explícita) empleamos para trabajar los siguientes aspectos esenciales en la práctica profesional de hoy y cómo los evaluamos?:

- Razonamiento clínico y la argumentación
- La seguridad del paciente
- El profesionalismo (ética)
- La cronicidad y pluripatología
- El trabajo interprofesional
- La coordinación con la A. Primaria
- La interculturalidad
- La gestión de recursos finitos (equidad)

Hemos de comprender que la evaluación es el motor del aprendizaje, que modula el perfil de competencias del profesional y lo que no se evalúa no existe. Un error es dar más importancia (ponderar) a unas competencias sobre otras, como el actual sistema de evaluación propuesto por el Ministerio de Sanidad (lo científico-técnico sobre la ética y comunicación). Todas las competencias son necesarias para resolver tareas complejas con

excelencia. Es como un puzle, no puede faltar una pieza. La excelencia técnica debe ir acompañada de la excelencia ética (Victoria Camps)¹¹.

[Sugerimos al lector un artículo que trata ampliamente sobre los retos del sistema de FSE: Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna P. ¿Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. *Nefrología* 2010;30(6):604-12 (acceso libre)]

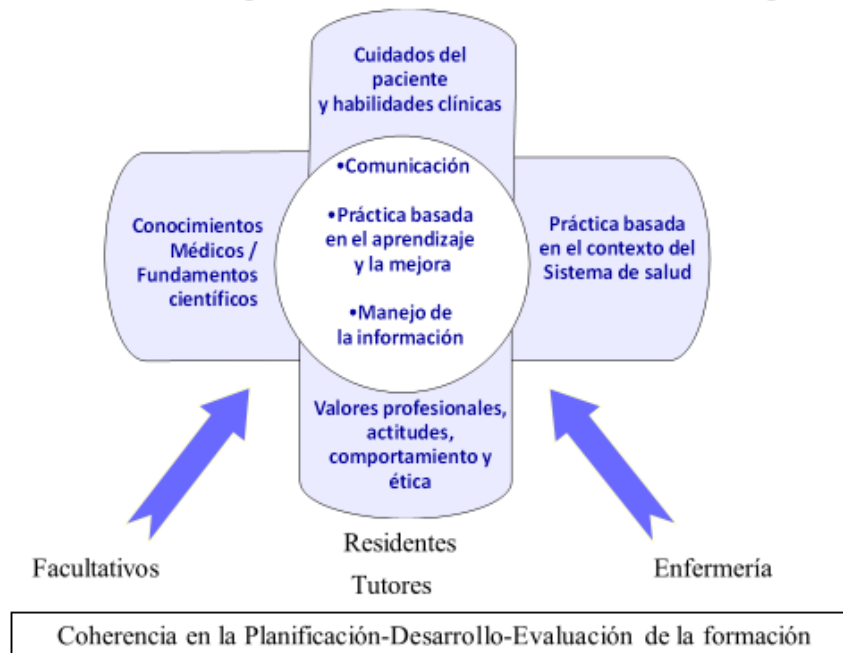
UNA INNOVACIÓN. PROYECTO COMPETENCIAS CRUCES 2008

En línea con el marco internacional, la Unidad de Docencia Médica del Hospital Universitario Cruces, basándose en los modelos internacionales descritos anteriormente, definió, en el 2008, las competencias generales del especialista a formar en la llamada “Visión Docente” dentro del proyecto: “Formación Especializada Basada en Competencias Cruces 2008” (figura 3). El modelo se basa en siete dominios competenciales con 32 competencias generales:

1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética (profesionalismo).
2. Comunicación.
3. Cuidados del paciente y habilidades clínicas
4. Conocimientos médicos. (fundamentos científicos de la medicina)
5. Práctica basada en el contexto del sistema de salud (salud pública y sistemas sanitarios)
6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico-autoaprendizaje)
7. Manejo de la información

¹¹ Victoria Camps. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Med.* 2015;16(1):3-8

Figura 3. Proyecto Competencias Hospital U. Cruces 2008©.
Visión Docente: Perfil profesional basado en siete dominios competenciales



Tomado de: Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2013; 33 (118): 385-405.

El objetivo del proyecto fue cambiar la cultura de la educación en los residentes, supervisores/tutores y equipos profesionales, a través de nuevos métodos de evaluación basados en los siete dominios competenciales e introducir una modificación en los métodos educativos. El proyecto define la Visión Docente, es decir, el camino a seguir por todas las especialidades, a través de un trabajo coherente en la planificación, desarrollo y evaluación de la formación, con la participación activa de todos los agentes implicados en la formación; tutores, facultativos, personal sanitario y residentes. El fin último es responder al compromiso social derivado de la acreditación docente y a las nuevas necesidades de la sociedad. (Para un mayor detalle del proyecto consultar: Morán-Barrios J. 2012, 2013)^{12, 13}

TRANSFORMAR

“En las sociedades modernas la docencia de la medicina lleva muchas décadas centrándose en el modelo “diagnóstico y tratamiento”. Debido a su éxito en muchos casos y a su simplicidad lógica como método, seguirá siendo un modelo central de gran aceptación en la enseñanza de la medicina. Pero sus carencias son muchas: la

¹² Morán-Barrios J. La Evaluación del proceso de Formación Especializada. Una propuesta fundamentada en el proyecto de “Formación Especializada Basada en Competencias del Hospital de Cruces 2008”. *Educ Med* 2012; 15 (Sup11): S29-S34

¹³ Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2013; 33 (118): 385-405.

distorsión de la relación entre médico y paciente; la incapacidad de aportar una buena formación que sirva para abordar las complejidades tanto médicas como sociales de las enfermedades crónicas y las discapacidades; el descuido de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; y el plano secundario al que se han relegado las humanidades médicas” (Los Fines de la Medicina 2005, pág. 64)¹⁴. Referente a las humanidades, en un reciente libro de A. Garrigues Walker (Manual para vivir en la era de la incertidumbre. 2018. Editorial Deusto, págs. 38 y 54), afirma: “La conversión tecnológica atañe primero al ser humano, a su dignidad y su libertad, además de a la cuenta de resultados de una empresa. Es preciso recuperar el humanismo y las humanidades”

En la formación de profesionales debemos ir más allá de la mera instrucción e información, o formar profesionales con visión exclusiva de su especialidad. Se trata de fomentar un **aprendizaje transformativo** (Frenk J. and Global Independent Commission. *Health professionals for a new century: transforming education to strenght health systems in an interdependent world. Lancet 2010*)⁷, que implica: desarrollo de **atributos de liderazgo**, formación de **agentes de cambio** (visión global y acción local) y reconocer la **interdependencia profesional** en Educación. Todo ello, para una práctica profesional basada en: **la equidad, el paciente y la población**. En este sentido, el 4 de junio de 2019 se celebró en el Ministerio de Sanidad una reunión (dentro del El Seminario Anual de EuroHealthNet) que trató: “*El papel de los profesionales sanitarios en el abordaje de la equidad en salud*”. SEFSE-Areda participó en la mesa: “La equidad en los programas formativos en España”, constatando que sólo la abordan cuatro programas de los más de nuestras 40 especialidades. (<https://sefse-areda.com/2019/07/05/resumen-y-participacion-de-sefse-areda-en-el-seminario-anual-del-consejo-general-eurohealthnet-pasar-a-la-accion-el-papel-de-los-profesionales-sanitarios-en-el-abordaje-de-la-equidad-en-sal/>)

CONCLUSIONES

1ª. Es necesario **definir el perfil del profesional en España** (modelo de competencias) al que todas las especialidades dirigir la mirada (siguiendo los ejemplos de Canadá, EEUU o Reino Unido), es decir, la Visión Docente, el denominador común. No como un medio, como ha sido el caso de la troncalidad, sino como un fin. Nuestra experiencia en el Hospital Universitario Cruces, nos permite reafirmar las ventajas de trabajar con un modelo de competencias globales, ya que da coherencia y sentido a los programas, la formación y la evaluación.

2ª. La **calidad asistencial** y **calidad docente** son inseparables.

3ª. **Condiciones para una buena docencia:**

- Voluntad y liderazgo institucional (desde la alta dirección)

¹⁴ Los Fines de la Medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades. The Goals of Medicine: Setting new priorities. Un proyecto internacional del Hasting Center. *Cuadernos de la Fundación Grifols nº 11. 2005*

- Explicitar la docencia en los contratos de gestión clínica
- Competencia docente de los formadores (no sólo de los tutores, la docencia atañe a todos)
- Fundamento pedagógico, ético y social de la acción formativa
- Compromiso de los equipos con la docencia
- Compromiso del residente en su aprendizaje

4ª. **Los valores, las actitudes y las motivaciones** son el motor de la excelencia profesional. Hay que trabajar esos aspectos en la formación, de lo contrario tendremos buenos técnicos, pero no auténticos profesionales comprometidos con el sistema sanitario y la sociedad.

5ª. Pensemos que un **órgano** o sistema enfermo, pertenece a una **persona** y ésta está inmersa en una **sociedad** compleja.

6ª. Por ello, los tres pilares sobre los que consideramos debería pivotar la formación de especialistas son:

- **La seguridad del paciente**
- **El compromiso con la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público**
- **El profesionalismo.**

Jesús M. Morán Barrios

jmoranbarrios25@gmail.com

Agradecimientos: A Pilar Ruiz de Gauna (Universidad del País Vasco) por la revisión del documento.

1 de diciembre de 2019