

Comunicación Delegación Estudiantes de Medicina UAH en III Congreso Nacional de Bioética para estudiantes.

El estudiante de Medicina: Un ficus en formación

Alejandro Villares López ^{1,*}, Paula Rubio García ²

¹ Estudiante de Medicina (promoción 2013-2019); Universidad de Alcalá

² Estudiante de Medicina (promoción 2013-2019); Universidad de Alcalá

* Autor correspondencia: alexvillares.lopez@gmail.com delegados1319@gmail.com

Recibido: 01/04/2018; Aceptado: 23/04/2018; Publicado: 01/05/2018

Resumen: Actualmente, la formación universitaria en el Grado en Medicina consta de la realización de seis años durante los cuales se adquieren una serie de conocimientos teóricos y prácticos mediante la asistencia a las prácticas clínicas en los diferentes centros asociados a las instituciones universitarias en cuestión. Concretamente la formación ofertada por la Universidad de Alcalá consta de un plan estructurado en el que la formación práctica se reduce a un sexto del total de horas invertidas para lograr alcanzar el título de graduado. Ante ello, se nos plantean una serie de preguntas ¿Son estas suficientes horas de prácticas y son aprovechadas? ¿Cómo es la realidad de las prácticas clínicas? ¿Es posible que el estudiante pueda realizar una formación adicional al currículum y disposiciones de su Grado? La realidad es que, en ocasiones, las prácticas clínicas no son aprovechadas, ya que los estudiantes se convierten en elementos decorativos del espacio sanitario como consecuencia de errores en la capacidad de integración del mismo en el equipo asistencial siendo prioritaria la asistencia al paciente sobre la formación del estudiante; así mismo, asumimos la falta de motivación, cooperación e interés por parte del estudiantado, tanto en el ámbito de las prácticas clínicas como en el de la formación humanista, investigadora y profesional. Por tanto, el estudiante de medicina ¿es un ficus en formación? Hemos pretendido abordar en el presente trabajo dicha resolución realizando una revisión de los diferentes planes de estudios de las universidades nacionales e internacionales, resaltando aquellos más llamativos.

Palabras Clave: Estudiantes; Grado en Medicina; Ficus; Aprendizaje activo; Competencia clínica; Docencia; Innovación.

Abstract: Nowadays, it takes six years to obtain a medical degree. During their time at university, the students acquire theoretical and practical knowledge through clinical rotations in partner institutions. Regarding the University of Alcalá, these rotations were reduced by one sixth in its study plan. The student is the said to have acquired the skills necessary to graduate from university. In the light of these considerations, some questions arise: Are these training hours enough? Are students being adequately trained during their clinical rotations? What is current situation of the clinical rotations? Is it feasible for the student to receive additional training outside the established study plan? The truth is, this practical training is not always helpful for the students, as the feel useless in an environment where their skills are not strengthened and used. This is due to their lack of integration in the health-care team, as patient care is of greater importance than student training. Moreover, it is also noteworthy the lack of motivation, cooperation and interest among students during their practical, humanistic, research and professional training. In order to analyze what has been said heretofore, this study is going to examine the different study plans of national and international universities, emphasizing those with the most conspicuous features.

Key words: Student; Medicine degree; Ficus; Active learning; Clinic competence; Teaching; Innovation.

1. Introducción

La figura del estudiante de Medicina como “ficus en formación” surgió en el seno de la representación estudiantil con el objetivo de hacer ver mediante una imagen, una planta que se emplea para la decoración de interiores, la situación que pueden vivir los estudiantes durante el desarrollo de sus prácticas clínicas. Frente a ello, varias universidades españolas e internacionales, así como asociaciones de representación estudiantil presentan diferentes métodos, campañas de concienciación y diversas innovaciones en docencia que posteriormente quedan recogidas en la presente publicación. La evolución de estas campañas ha pasado del lema “*No soy un ficus*” al de “*Riégame en prácticas*” para fomentar el aprendizaje activo en la docencia clínica del hospital; siendo una de las campañas más recientes la conocida como “*Nos quemamos*” una de las que más repercusión mediática tuvo en relación al “burnout” que sufre el propio estudiante de Medicina por la necesidad de mejora en materia de educación médica.

La actualidad e importancia del tema que tratamos queda reflejada en la voluntad expresada por parte del máximo organismo de representación estudiantil en el ámbito nacional, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), durante la celebración de las últimas Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina (JEEM) en Murcia (marzo 2018) donde se aprobó la elaboración de un “Estatuto del Estudiante en prácticas” así como la constitución de una comisión de trabajo para lograr tal fin. Dicha comisión de trabajo está formada por los propios estudiantes de Medicina, procedentes de todas las facultades de Medicina de España. Será en las próximas JEEM que se celebrarán en la Universidad Jaume I cuando se apruebe este primer borrador como documento oficial.

2. Material y Métodos

Realización de una revisión bibliográfica en relación a modelos pedagógicos universitarios, centrandolo en la búsqueda en modelos basados en el aprendizaje activo. Realización de revisión bibliográfica a propósito de planes docentes relacionados con las prácticas clínicas de la Medicina en las universidades españolas: revisión de los planes y guías docentes de tales asignaturas de las facultades de Medicina de dichas instituciones (búsqueda on-line de guías docentes disponibles en los diferentes portales universitarios). Revisión de campañas y posicionamientos aprobados y publicados por el CEEM relacionadas la comisión de Educación Médica y docencia [1]. Realización de entrevistas personales a personal médico de asistencia de primer y segundo nivel, así como a Médicos Internos Residentes.

3. Discusión

3.1 *Recuerdo histórico: de las madrassas a los hospitales universitarios.*

El que la formación médica se encuentre alojada entre las paredes de la Universidad como institución se debe, en su génesis, a la reglamentación propulsada en el s. XIII por el emperador Federico II para el Reino de Sicilia y que, poco a poco, fue extendiéndose a lo largo de toda la Baja Edad Media por todas las universidades europeas. Es relevante señalar en este punto la marcada distancia que se erige entre la formación médica (*clínica*, en un lenguaje cercano) y la formación quirúrgica y que no ha de resolverse hasta el siglo XIX.

Concretamente en España, la enseñanza de la Medicina se inicia en el siglo XIII en la Universidad de Salamanca, en el seno de la Corona de Castilla, y en la Universidad de Montpellier, en la Corona de Aragón. Debemos alcanzar a entender la sociedad del momento como un crisol de culturas en la que el estudio de la Medicina se realizaba a través de los ojos de las tres religiones, tal y como sucedía en la villa de Toledo. Asimismo, se debe recordar la posterior conversión de dicha sociedad enriquecida en la cultura en otra, donde el oscurantismo cultural promovido por las instituciones eclesiásticas favoreció la pérdida de dicha enriquecida tradición docente. La formalización de la facultad de Medicina en la Universidad de Alcalá se realizó en 1508.

Respecto del inicio del conocimiento práctico de la Medicina, es decir, la disección de cadáveres se introdujo en la Corona de Aragón siguiendo las corrientes universitarias italianas realizando de una a tres autopsias de un reo a muerte en los meses de invierno, siendo en el siglo XV en la Escuela de Cirugía del Reino de Valencia donde se comenzó la práctica de la disección de cadáveres humanos con fines docentes e incorporándose en la Complutense en 1534 tras la solicitud por parte de los propios estudiantes.

“No se puede tener noticia verdadera mediante la lectura ni el entendimiento en la medida que lo hacen los ojos corporales”.

El nacimiento de las cátedras de cirugía en el resto de las universidades españolas se produjo a finales del siglo XVI y principios del XVII ya que, hasta este momento, dicho conocimiento teórico-práctico estaba desterrado en su totalidad de la institución docente, exceptuando la Escuela de Valencia. No es hasta mediados del siglo XVIII, bajo el influjo pensamiento ilustrado, cuando se decide comenzar a incorporar al estudio puramente teórico de los grandes textos la asistencia diaria a la visitación médica por parte de los estudiantes en los hospitales. De esta forma, se inició la promoción por parte de Gregorio Mayans de una reforma en los estudios de Medicina basada en la realización de cuatro años de estudios teóricos y dos prácticos asistiendo de esta forma a la aparición de la primera cátedra de clínica en el año 1776 en la Universidad de Granada. Así mismo, se comenzó a realizar una docencia práctica de la Medicina y Cirugía en instituciones extrauniversitarias, como en el Hospital General de Madrid (actual Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía), de esta forma se asistió al ascenso social e institucional de la Cirugía respecto de la Medicina que a su vez estuvo respaldado por la necesidad de adquirir una puntera cirugía militar. Fue en 1799 cuando se asistió a la unificación de los Colegios de Medicina y Cirugía en Barcelona, Cádiz y Madrid, mientras que continuaba la separación en las instituciones universitarias.

Se inició de esta forma un proceso reformista que iría transformando el panorama de la docencia en Medicina y Cirugía a lo largo del siglo XIX y que tuvo en la Facultad de Madrid un importante exponente, asociada esta al Hospital San Carlos. Es en dicha facultad donde se promueve la implantación de un abordaje del conocimiento médico desde la cabecera en los hospitales, es decir, enseñanza práctica y clínica más allá de lo puramente teórico, que se inició en Francia en el siglo anterior, quedándose fuera la promulgación de la investigación médica desde dichas instituciones. El siglo XIX constituye, en resumen, un periodo de gran agitación en el panorama de la docencia en Medicina donde los aspectos políticos influyeron en el proceso reformista siendo este arduo y lento.

Es, en gran medida, gracias a la figura de Santiago Ramón y Cajal cuando se consigue establecer una Facultad de Medicina en Madrid con cátedras, repartidas en siete años para obtener el Doctorado, refiéranse como teóricas, otras clínicas y quirúrgicas que se aproximan a la construcción de los planes de estudios actuales.

Otro de los grandes hitos respecto de la formación médica y que afecta concretamente a la enseñanza universitaria es la aparición de la especialización médica en los hospitales españoles, hecho que ocurre a mediados del siglo XX, siendo punteros en dichos programas de formación el Hospital de la Santa Creu i Sant Jordi de Barcelona y el Hospital de Basurto, en Vizcaya. Este sistema de especialización de los licenciados en Medicina y Cirugía comienza a reglarse en los años sesenta comenzando en 1966 el actual sistema MIR (médico interno residente) y finalizando dicha legislación en el año 2008. El hecho de la aparición del médico residente en los hospitales universitarios supone la asunción de un nuevo eslabón en la jerarquía propia de los hospitales quedando la figura como estudiante relegada a un plano más secundario. Esto hace que, en la práctica diaria, la docencia práctica de la Medicina sea de manera simultánea para la especialización y para la formación universitaria, lo que en muchas ocasiones plantea serios problemas éticos respecto de la integridad del paciente que está siendo asistido, a consecuencia de la sobresaturación del sistema de enseñanza en los hospitales universitarios.

3.2 La docencia práctica de la Medicina: una necesidad.

Pedagógicamente, no se puede entender la Medicina sin experimentarla. Un buen modelo para entender las competencias clínicas es el propuesto por Miller (*Ver figura 1*) que estructura la competencia clínica en cuatro escalones:

1. La base de la Pirámide corresponde al «Saber», por tanto, son los conocimientos que debemos adquirir mediante la asistencia a las clases en la Facultad o en los Hospitales, así como con el estudio diario y la investigación personal.
2. El segundo escalón se corresponde con el «saber cómo», es decir, saber aplicar los conocimientos a problemas concretos relacionados con el manejo de los pacientes.

Estos dos primeros escalones se circunscriben al dominio de los conocimientos siendo el último un inicio de aplicación práctica.

3. El tercer escalón corresponde al «mostrar cómo». El profesional ha de demostrar el dominio de la praxis, generalmente en un primer momento y especialmente en la etapa del grado en un medio simulado. En este apartado quedan encuadradas, entre otras, las habilidades técnicas y procedimentales.
4. La cúspide de la pirámide corresponde al «hacer» en la práctica real e incluye todos los aspectos anteriores más aquellos referidos a las actitudes, ética, toma de decisiones, y desarrollo profesional.

Los dos últimos escalones se circunscriben al dominio del comportamiento. En ellos se pone de manifiesto la necesidad de hacer del estudio de la Medicina un aprendizaje activo en el que el estudiante vaya más allá de las clases magistrales y aplique de manera directa las competencias adquiridas y aún por adquirir. Un aprendizaje desarrollado en un nivel cognitivo más elevado que supone la interacción con el paciente y con cualquier miembro del equipo asistencial. Cada una de estas interacciones nutre al estudiante (y genera un *feedback* entre los miembros implicados) en un ámbito de aplicación diferente.

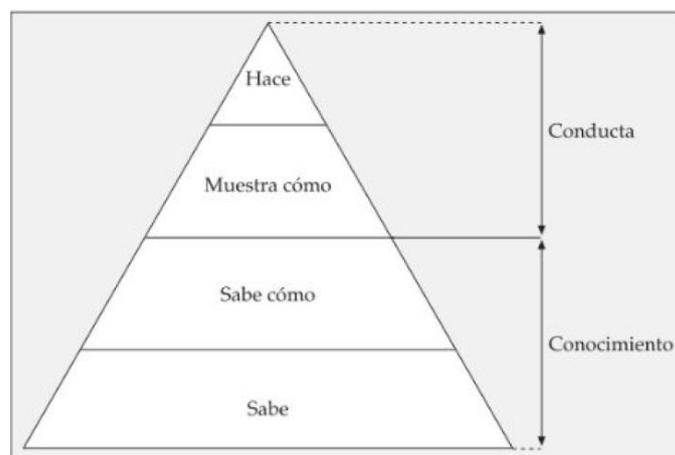


Figura 1 Pirámide de Miller de la competencia clínica. Modificado de: [2] Miller, G.E. «The assessment of clinical skills/competence/performance». *Academic Medicine* (Suplemento) 1990; 65: S63-S67

En conclusión, teniendo en cuenta todas las anteriores consideraciones podemos acabar definiendo la competencia clínica como el grado con el que un médico utiliza los conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio (recursos internos) asociados a la profesión médica, así como los del entorno: colegas, otros profesionales, documentación (recursos externos) para poder

desempeñarse de manera eficaz en todas las situaciones clínicas que corresponden al campo de su práctica profesional. Ello implica la integración del saber, saber hacer y saber ser.

Este análisis nos lleva directamente a la realidad de nuestras prácticas clínicas diarias. Y lo que se concluye es una falta de funcionalidad del propio estudiante: No cumple una función efectiva, no es práctico “tener” un estudiante en la consulta, en el despacho... En definitiva, en el ejercicio diario de la profesión médica.

3.3 La docencia práctica de la medicina: entorno del estudiante y del docente

En el presente epígrafe procedemos a realizar un análisis comparativo de la situación en la que se encuentran los dos principales integrantes del tema que tratamos: los estudiantes y los docentes.

3.3.1 Entorno del estudiante universitario

Actualmente, no están regladas las funciones, ni el “rol” del estudiante dentro del hospital. La situación ideal sería la redacción y aprobación de una Norma donde se refleje el compromiso ético que supone, la responsabilidad de la confidencialidad y las labores a desempeñar por el estudiante. Si existiese una modificación en el sistema que regulase ese aprendizaje activo, se concluirían unos “derechos y deberes” del estudiante para con sus prácticas hospitalarias. Y no solo el estudiante, sino también sus tutores y miembros que, con su actividad profesional diaria, participan de manera indirecta en dichas rotaciones clínicas. Es fundamental promover este modelo pedagógico a todos los niveles formativos. Gracias al aprendizaje activo, el estudiante de Medicina:

- Pasa del concepto a la dimensión vital: la enfermedad no es un capítulo presente en los múltiples manuales de Medicina Interna, sino un estado y percepción de una persona que vive y sufre.
- Se nutre del modus operandi del equipo asistencial, de la forma de expresarse de manera científica dentro del mismo y de aclarar y enfocar la información al paciente.
- Se reafirma en su vocación como médico y se motiva ante la comprensión del conocimiento teórico.
- Genera un debate con otros compañeros e incluso con docentes y tutores sobre aquellos aspectos que considera relevantes.



Figura 2 Cono del aprendizaje de Edgar Dale: Modificado de: [3] Rey, Corsino. (2017). Proyecto docente e investigador de pediatría. 10.13140/RG.2.2.18976.38400

Actualmente, se ha demostrado que el estudiante es capaz de recordar un 10% de lo que lee y el 20% de lo que escucha, el 30% de lo que ve y el 50% de lo que ve y escucha; el 70% de lo que escribe y

el 90% de lo que hace y enseña a otros (*Ver figura 2*). Con la aplicación del Plan Bolonia y, por tanto, la entrada en el Espacio Europeo de Educación Superior se ha dado un paso adelante en el cambio de la docencia universitaria pasando de un modelo tradicional centrado en el docente a uno en el que el estudiante hace del aprendizaje una experiencia individualizada. Nosotros, como representantes, estudiantes y autores del presente documento incentivamos a seguir construyendo esta visión en el Grado de Asistencia al Paciente y a plantearnos la resistencia del estudiante a formar parte de este aprendizaje activo abandonando su papel de Estudiante pasivo.

3.3.2 Entorno del docente.

De la misma manera, es destacable el hecho de que muchos docentes realizan cursos de formación pedagógica, así como la labor realizada por parte de los Médicos Residentes Internos (MIR) del hospital, en relación a la impartición de una docencia no reconocida, ni compensada. Así mismo, realizamos a propósito de la presente, diversas entrevistas a varios facultativos en activo en los diferentes niveles de la asistencia sanitaria, esto es, varios especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, un Facultativo Adjunto Especialista en el Servicio de Urgencias, así como Médicos Internos Residentes en diferentes años de formación de las que resultaron las siguientes conclusiones:

- La docencia es un ejercicio básico para cualquier médico, desde el plano de la Ética, como el de la formación científica y pedagógica.
- Este ejercicio es entendido en la mayoría de los casos como una actividad voluntaria a la que se accede de manera altruista.
- El estudiante es visto desde muchos matices: participación activa, aunque también pasiva.
- En la mayoría de los casos, se recalca un feedback entre estudiantes y docentes.
- No existe una regulación en relación a la docencia universitaria de los Médicos Internos Residentes, fuera de profesores asociados a la universidad.
- Falta de tiempo para realizar una formación individualizada durante la asistencia.

3.4 La docencia práctica de la Medicina: planes de mejora e innovación

Finalmente, después de haber realizado este recorrido desde el origen histórico de la docencia práctica de la Medicina, habiendo comprendido la necesidad del aprendizaje activo como modelo de docencia universitario y realizando un análisis de la situación que viven estudiantes y docentes, resumimos en este último apartado un conjunto de planes, ideas, proyectos de mejora y concienciación, en definitiva, que se llevan a cabo o se implantarán en el ámbito nacional.

3.4.1 Inmersión clínica precoz (ICP) [4]

Este método pedagógico, creado por Fernando Caballero, es aplicado en universidades madrileñas como la Universidad Francisco de Vitoria y la Universidad Autónoma de Madrid, y consiste en el desarrollo de unas prácticas de rotación clínica en los primeros cursos de la carrera (esto es primero y segundo de grado), únicamente, en Atención Primaria, y en los servicios hospitalarios de Urgencias, Cuidados paliativos y Psiquiatría. La labor del estudiante es analizar, dentro del ámbito introspectivo de la rotación, la importancia del médico, cómo se han sentido ellos mismos, los aspectos éticos y emociones que resultan de la práctica clínica. De esta manera, se fomenta la atención al paciente desde el modelo biopsicosocial e integral de la persona. Además, se ha demostrado que con este tipo de prácticas clínicas se influye positivamente en la mejora de la sensibilidad ética y empatía del estudiante de manera progresiva y significativa conforme avanzan de curso.

3.4.2 Programa Docente de Historia Clínica Electrónica.

Este tipo de método formativo existe actualmente en Estados Unidos. Se basa en un programa informático similar al existente en España para la actualización de las historias clínicas de los pacientes (Historia Clínica Electrónica) donde cada estudiante puede acceder con una cuenta personal a las historias de su hospital anonimizando todo dato personal del paciente. De esta manera, los estudiantes realizan sus prácticas clínicas tal y como si fueran un miembro más dentro del servicio: pronunciando un diagnóstico, pautando un tratamiento, escribiendo un evolutivo, etc. Asimismo, el estudiante siente la responsabilidad de tomar decisiones y su médico-tutor es el encargado de revisarlas, corregirlas y evaluar el aprendizaje del mismo. Como ventajas, además, permite dar continuidad entre diferentes estudiantes de distintos cursos o diferentes periodos de rotación que realicen sus prácticas dentro de un mismo servicio. Todo esto queda exclusivamente registrado en el programa informático destinado a la docencia y no en el oficial ya existente para el personal médico del centro hospitalario.

3.4.3 Método de evaluación 3 60

Este tipo de evaluación trata de hacer más objetiva la calificación que reciben los estudiantes; es la misma que se emplea para la evaluación del programa de formación de los Médicos Internos Residentes. Consiste en la cumplimentación por parte de todo el personal que ha estado en contacto con el estudiante: equipo médico, enfermería, celadores, pacientes, familiares, etc. de manera que se concluya una valoración multidisciplinar y de los diferentes ámbitos de las competencias clínicas del estudiante.

3.4.4 Infectar de escepticismo [5-6]

“La escepticismo (término acuñado en 1989 por Petr Skrabanek y James McCormick) es una enfermedad de baja contagiosidad contra la que se intenta vacunar a los estudiantes en las facultades de medicina, tal “enfermedad” se debe al pensamiento crítico, y genera oposición a las afirmaciones que carecen de fundamento empírico verificable y contrastado. Su vacuna conlleva una triple pérdida de capacidad: de crítica, de ética y de propuestas de mejora.

Como fruto final de un proyecto iniciado a raíz del Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) celebrado en su fase presencial en Bilbao (País Vasco, España) en febrero de 2016, sobre “Pacientes que lloran y otras consultas sagradas”, nace la “Guía para infectar de escepticismo a estudiantes de Medicina”.

Propuso esta iniciativa Paula Rodríguez Molino (estudiante de Medicina en la Universidad de Santiago de Compostela) y con la ayuda clave y constante de Borja de Apellániz Aparicio (estudiante de Medicina en la Universidad de Zaragoza) y la participación de múltiples clínicos, residentes y estudiantes participantes en el SIAP-Bilbao, en una primera fase de tormenta de ideas, se pudo llegar a la actual redacción, con apoyo de Juan Gervas (coordinador de los SIAP). Se aceptan sugerencias, críticas y recomendaciones de mejora. Para contagiar de escepticismo a estudiantes de medicina se recogieron las siguientes propuestas:

a) Propuestas para estudiantes de medicina:

- Valorar críticamente lo que enseñan nuestros docentes pues nadie es infalible. Su interpretación de los hechos no es una verdad absoluta. Es importante identificar los sesgos.
- Preguntar, participar, debatir con estudiantes y docentes. La ciencia y el aprendizaje avanzan con dudas y debates.
- Profundizar, leer y ampliar conocimientos. Estudiar para uno mismo y los pacientes, no para un examen. “El peor de los libros suele ser mejor que el mejor de los apuntes” e incomparable con un documento PowerPoint.

- Buscar activamente formación. Averiguar qué iniciativas existen ya en el entorno del estudiante (dentro y fuera de la facultad). Organizar actividades para compartir este conocimiento con más estudiantes.
 - Abrazar la formación personal: las revistas, las instituciones, los blogs y las redes sociales tienen recursos generalmente más actualizados que lo dicho en las aulas.
 - “El médico que sólo Medicina sabe, ni Medicina sabe”. Aprender de otras culturas y valores con otras ciencias, profesiones, pacientes y activistas.
 - Organizarse, quejarse y proponer mejoras. Conocer los derechos y deberes dentro de la facultad. Participar activamente en los órganos de decisión, pues en la facultad y los docentes agradecen la crítica constructiva.
 - El médico que serás mañana lo define el estudiante que eres hoy. No escudarse en la falta de estímulos externos, ejerce la autocrítica. No caer en el cinismo, siempre se puede trabajar y mejorar “lo que hay”. Promover el cambio predicando con el ejemplo.
 - Ser proactivo, preguntar y mantenerse motivado. Tener los ojos abiertos ya que desde espacios como la consulta hasta la cafetería o la sala de espera constituyen núcleos de aprendizaje.
 - Aprovechar los recursos y personas disponibles. Valorar la experiencia los conocimientos del tutor, pues de toda oportunidad es posible extraer una lección. Los profesionales y estudiantes de otras ramas, así como pacientes y familiares, pueden aportar mucho si se pregunta con respeto y sin miedo. Apoyarse en los médicos residentes.
 - Comportarse con los pacientes y sus familiares como el profesional que se quiere ser, no caer en la rutina deshumanizada, aunque nos rodee. Presentarse siempre, dar la mano y mantener un lenguaje no verbal acogedor. Mostrar empatía, mirar a los ojos, pedir permiso antes de explorar. Ser respetuoso. Explorar los miedos e inseguridades de los pacientes, sin frivolarlos. Tranquilizar y abrazar cuando sea necesario, acompañar la vulnerabilidad.
 - “No hay enfermedades, sino enfermos”. Conocer y atender a cada paciente en su situación personal.
 - Ser humilde, mantener la mente abierta a críticas y sugerencias.
- b) Propuestas para docentes de Medicina:
- Presentarse siempre y explicar conflictos de interés y sesgos a estudiantes y pacientes.
 - Ayudar a formar estudiantes críticos y éticos a través del ejemplo. No temer compartir dudas propias, el ejercicio de la ética de la ignorancia es un aspecto clave en la relación médico-paciente y docente-estudiante.
 - Debatir en clase y en la clínica. Lo básico se puede aprender en casa, usar el tiempo presencial para destacar los aspectos más polémicos. Dedicar una parte de tu tiempo docente a presentar temas controvertidos, de actualidad o que el alumnado vea valioso discutir. Si el tiempo presencial se queda corto, proponer espacios virtuales.
 - Ofrecer lecturas complementarias de forma que quepan enfoques diferentes. Los estudiantes deben aprender a defender posturas razonadas y fundadas en la mejor ciencia.
 - Mover a los estudiantes a participar activamente. Al explicar, centrarse en los motivos y valores de porqué hacerlo.

- Investigar otros grupos e iniciativas externos a la facultad que puedan interesar a los estudiantes, participar en ellos y difundirlos.
- Ayudar a garantizar que los estudiantes tengan voz independiente dentro de la facultad. Asegurar tiempo y medios para hablar de problemas sobre el método docente y el plan de estudios. Ser humilde y pedir opinión acerca de la docencia personal.
- La evaluación es parte de la docencia. Admitir anulaciones e impugnaciones basadas en libros, documentos y artículos, en la presentación usada en clase. No exacerbar la competitividad, será contraproducente. El objetivo no es aprobar sino aprender. Crear evaluaciones que discriminen de manera adecuada y asegurar medidas para evitar trampas.
- Enseñar a los estudiantes para que resistan la frustración ante los pacientes que no se curan, que son la mayoría, y para que acepten que el objetivo de la medicina es a veces curar, en muchos casos evitar y siempre aliviar y acompañar.
- Contribuir a que los estudiantes se especialicen en Humanidad antes de graduarse en Medicina. Que aprendan a explorar y a respetar lo físico, lo psíquico y lo social; la cultura, las expectativas y los valores de los pacientes-familias-comunidades. Que sepan identificar y enfrentarse a los errores clínicos. Que sean científicos, humanos, empáticos y asertivos. Que aprendan las habilidades sociales necesarias para atender de manera digna a todo paciente”.

Para concluir, re incidimos en la siguiente idea: *“El estudiante que eres hoy definirá el médico que serás en el futuro”*.

3.4.5 El alumno interno [7].

Se entiende por “Alumno Interno” aquel estudiante que decide participar de su formación de una forma más comprometida mediante la inclusión en el cuerpo de trabajo de un Departamento de la Facultad en la que se encuentra cursando sus estudios de Medicina. Esto supone la puesta en contacto con incontables oportunidades de formación en el ámbito de la Investigación, Docencia, así como la Asistencia Sanitaria resultando una formación profesional más avanzada en relación a la del estudiante universitario estándar.

El Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) realizó en el año 2011 un estudio para evaluar diferentes ítems en relación a la figura del Alumno Interno. Las conclusiones que se obtienen de dicho estudio ponen de manifiesto que tal programa formativo no se encuentra disponible en todas las universidades españolas (de una muestra de 17 universidades tan solo 9 pudieron participar definitivamente en el estudio puesto que el resto carecían de tal plan); así mismo se concluyó que en aquellas facultades donde sí existe tal vacante no se cubre de manera óptima la difusión de lo que supone este modelo de formación universitaria. La duda que se plantea ante este modelo formativo es la posibilidad de compatibilización entre la formación universitaria estándar en Medicina con dicho proceso. Los datos señalan que un 49% de los encuestados afirma ser un proceso totalmente compatible, un 13% escasamente compatible y en un 13% restante la compatibilidad quedaba relegada a acuerdos entre los departamentos y el propio estudiante (en el 25% restante no se obtuvieron datos). Por tanto, se puede concluir una valoración positiva en rentabilidad, en cuanto a recurso “tiempo” por parte del estudiantado. Respecto al modo de acceso a tal programa, se registra una heterogeneidad en los mismos: convocatoria de concurso-oposición por cada Departamento (evaluación del solicitante mediante examen de desarrollo de temas propuestos, examen oral o escrita con lectura ante Tribunal), por orden de solicitud de la plaza desde inicio convocatoria de las mismas, mediante acuerdo entre el Departamento y el estudiante. En ocasiones es necesario haber superado un porcentaje de créditos relativos a las asignaturas de formación básica.

En relación al compromiso que adquiere el Alumno Interno para con su Departamento, hemos encontrado varios estatutos (en general no se dispone de una regulación establecida de tales

programas) de universidades españolas (Universidad de Granada y Universidad de Navarra) donde quedan registrados los derechos y deberes del estudiante como tal miembro departamental. En tales documentos se afirma la obligada compatibilización entre las actividades formativas obligatorias y éstas “voluntarias”, la posibilidad de certificación de las horas y proyectos realizados por el estudiante dentro del Departamento, valorarle en la coautoría de las investigaciones que se llevan a cabo dentro del equipo, así como las competencias básicas a adquirir por el mismo durante su formación.

La existencia de un proyecto formativo como este supone nuevamente la mejora en la adquisición de los conceptos teórico-prácticos de la Medicina, el cultivo del espíritu y labor de investigación, así como la del profesional docente. Todo ello enmarcado en un contexto de formación individualizada y personal, donde las relaciones entre profesores y estudiantes se concluyen como satisfactorias.

3.4.6 Proyecto Wikicencia

Se trata de un proyecto de innovación docente basado en el último escalón de la pirámide del aprendizaje de Edgar Dale: recordamos el 90% de lo que enseñamos a otros. De esta forma, estudiantes de cursos superiores realizan talleres prácticos en relación con las habilidades clínicas que serán evaluadas en el examen ECOE y de otras que no se adquieren en el Grado en cuestión, siendo aplicable a todos los Grados de Ciencias de la Salud. Un médico general puede conocer la realización de un ejercicio rehabilitador, la toma de constantes vitales... de la misma forma que un estudiante de enfermería puede reconocer soplos cardíacos e interpretar una analítica. Se trata de realizar una *docencia en Wiki*, entre todos, donde formamos parte del Grado en Atención al paciente. Dicho proyecto fue presentado por su autor (Alejandro Villares López) el año pasado en la Universidad de Alcalá y se consiguió la realización de talleres de Historia clínica, Auscultación Cardio-Respiratoria y Diccionario Médico, teniendo una gran acogida entre los estudiantes.

3.4.7 Residente 0: proyecto de aprendizaje clínico colaborativo y centrado en el estudiante en las prácticas clínicas del grado en Medicina

Este proyecto de innovación docente fue presentado en 2017 en la Universidad de Alcalá por su autora, Dolores Ruiz Berdún, estando en el momento actual en aplicación al grado. Los objetivos de dicho proyecto son el de integrar al estudiante de tercer curso en el concepto de las prácticas clínicas, ahondar en el modelo docente de residente 0 para los estudiantes del sexto curso, en relación al ámbito docente, con perspectivas de aplicación a su próxima residencia y el de “optimizar el tiempo y los aprendizajes en las prácticas clínicas y mejorar la satisfacción del alumnado con estas”. Así mismo, se incorporan en este proyecto de mejora, una serie de guías de acogida, elaboradas por la propia Delegación de Estudiantes de Medicina UAH, a las prácticas clínicas, cuyo contenido ofrece información acerca de los servicios, horarios, aspectos éticos de las prácticas, etc.

4. Conclusiones

Las principales ideas que se pueden extraer del presente texto vienen a resaltar la dualidad en la situación del estudiante de Medicina como físcus por decisión propia o como resultado de los múltiples factores externos a él mismo que hemos procedido a analizar y describir. Así como la necesidad de realizar un documento oficial que sirva de estatuto en relación a los derechos y deberes de los estudiantes de Medicina y la realización de las prácticas clínicas. La importancia de definir las competencias para que, una vez definidas, desde las Facultades de Medicina se trabaje en un proceso de reforma curricular que conduzca a la elaboración del plan de estudios basado en las competencias definidas. Se debe elaborar una estrategia que contemple el proceso participativo mediante el cual los agentes implicados, desarrollen e implementen un modelo curricular y unas metodologías de aprendizaje que permitan alcanzar dichas competencias. El modelo curricular debe permitir el contacto precoz del estudiante con la realidad médica y favorecer el trabajo en equipo interdisciplinar [8-14]. Asimismo, la búsqueda de nuevos planes de mejora e innovación tomando

como base el aprendizaje activo y realizando una reinterpretación y actualización del mismo; infectar de escepticismo al colectivo universitario para lograr una mayor implicación y calidad de las prácticas clínicas.

Nos gustaría terminar citando a Confucio: “Dime algo, y lo olvidaré. Enséñame algo, y lo recordaré. Hazme partícipe de algo, y lo aprenderé” y reinterpretando sus palabras en relación al presente documento: Vive la Medicina y la enseñaré.

Agradecimientos: En primer lugar, agradecemos al Decanato de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud la posibilidad de hacer posible la comunicación de este tema de actualidad en el ámbito universitario durante el pasado III Congreso Nacional de Bioética para Estudiantes de Medicina, así como al Comité Organizador del mismo. En segundo lugar, agradecemos al Equipo Editorial de la presente revista electrónica por haberse puesto en contacto con nosotros y dar continuidad a nuestro trabajo de investigación. Así mismo, queremos agradecer a la doctora María Dolores Ruiz Berdún, cuya ayuda fue indispensable para poder abordar el origen histórico de las prácticas clínicas de la Medicina. Finalmente, no menos importantes, al equipo humano componente de la Delegación de Estudiantes de Medicina UAH, cuya colaboración fue fundamental en el apoyo institucional durante el citado congreso, y para la presentación y defensa de continuos proyectos de mejora e innovación en la docencia en Medicina; A: Celia Estrada Costas, Paula Carrasco Pintor, Rosa López Martínez, Alba Aguilar Monge, Fernando Rodado Aranguren, María García García, Samuel Díaz Planellas, Amalio Fernández Leal, M^a Teresa Alcolea Sáez, Paula Velasco Alcalde, David Cabañas Moreno, Alejandro de Jesús y Alejandro Iñarra Navarro por colaborar en la grabación de los vídeos que proyectamos en la ponencia. Finalmente, agradecemos a Isabel Otero Barderas por su colaboración en la realización del abstract.

Contribución de los autores: Paula Rubio García y Alejandro Villares López han concebido y diseñado el estudio y presentación de la comunicación; Paula Rubio García y Alejandro Villares López realizaron las entrevistas citadas; Paula Rubio García y Alejandro Villares López escribieron el artículo.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses. Los patrocinadores fundadores no tenían ningún papel en el diseño del estudio; en la colección, análisis o interpretación de los datos; en la escritura del manuscrito y en la decisión de publicar los resultados.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

MIR: Médico Interno Residente.

UAH: Universidad de Alcalá de Henares.

CEEM: Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

JEEM: Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina.

ICP: Inmersión Clínica Precoz.

SIAP: Seminario de Innovación en Atención Primaria.

Referencias Bibliográficas

1. Posicionamiento en Docencia. Libro de Posicionamientos. CEEM (Consejo Estudiantes de Medicina), abril 2013.
2. Miller, G.E. «The assessment of clinical skills/competence/performance». *Academic Medicine* (Suplemento) 1990; 65: S63-S67.
3. Rey, Corsino. (2017). PROYECTO DOCENTE E INVESTIGADOR DE PEDIATRÍA. 10.13140/RG.2.2.18976.38400.
Disponibile en:
https://www.researchgate.net/publication/311807763_PROYECTO_DOCENTE_E_INVESTIGADOR_DE_PEDIATRIA

4. D. Monge Martín, R. Abengózar Muela, C. García de Leonardo, F. Caballero Martínez. "Evaluación de un programa de inmersión clínica precoz en un grado de medicina mediante el análisis del impacto en la sensibilidad ética del alumno. Páginas 337, nº 81 Cuaderno de Bioética 2013.
5. <https://secuelasdeescepticemia.wordpress.com>
6. Guía para infectar de escepticemia a estudiantes de medicina, SIAP- Bilbao, 2016
7. Alumno interno, Comisión Educación Médica, CEEM (Consejo Estudiantes de medicina), enero 2011
8. Guía para la evaluación de la práctica clínica en las Facultades de Medicina. Promovido bajo las direcciones de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM, por la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) y la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina (CNDFM)
9. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de Medicina Española. Documento realizado Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), la Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM), la Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE) y la Sociedad Aragonesa de Educación Médica (SADEM) y aprobado en la reunión de la Junta Directiva de la SEDEM, celebrada en Madrid el día 22 de noviembre de 2004.
10. The assessment of global minimum essential requirements in medical education. David T. Stern a; Andrzej Wojtczak b; M. Roy Schwarz ca Departments of Internal Medicine and Medical Education, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA b Institute for International Medical Education, White Plains, NY, USA c China Medical Board of New York, New York, USA
11. European Core Curriculum. EMSA-IFMSA. 5th International Follow-up conference on the Bologna Process in Medical Education. July, 2006, Bristol (UK)
12. La Educación Médica y el Espacio Europeo Superior. Comisión de Educación Médica, CEEM, Enero 2011.
13. Libro Blanco. Título de Grado en Medicina. Por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)
14. La enseñanza de la medicina en la Universidad Española. José Danón. Fundación Uriach 1838, Colección Ilustre de Ciencias de la Salud.
15. https://www.youtube.com/watch?v=B87_pdTkkF4&t=3s



© 2018 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/>.