

Artículo especial

# Educación médica: ¿Quo vadis?

Jesús Millán Núñez-Cortés <sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Catedrático Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense y del Servicio Madrileño de Salud. Director de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense. Madrid; jmillann@ucm.es

\* Autor correspondencia: jmillann@ucm.es

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.1.371>

La educación médica es un campo científico que tiene como objetivo principal conseguir la mejor formación posible de los profesionales de las ciencias de la salud, muy especialmente la de los médicos, en todas las etapas de su continuo educativo, desarrollando las metodologías más apropiadas en cada momento y basadas en las mejores evidencias disponibles [1]. La Educación Médica se tiene que orientar hacia la formación de profesionales de la salud, y especialmente médicos competentes y sensibles a las necesidades de salud de sus países, capaces de dar respuesta a estas necesidades, y que sean conscientes de la necesidad de proseguir su formación, de forma continuada [2].

Llevamos un siglo de auténtico desarrollo de la Educación Médica y ha sido un área con grandes avances. No obstante, la experiencia diaria nos obliga a pensar que en el futuro hay numerosos aspectos que deben de ser considerados para mejorar: para hacer mejor las cosas y para hacer cosas mejores [3].

## 1. La triada académica para la educación médica

La Educación Médica habrá de considerar como primordiales los agentes que son determinantes en el proceso educativo. Unos resultados de aprendizaje acorde con los señalamientos de los distintos planes de estudio y de la forma y modo en la que se produzca el diseño y desarrollo curricular pueden estar particularmente condicionados por estos agentes y el entorno donde se producen las interrelaciones profesor-estudiante, profesor-enfermo, y estudiante-enfermo.

### 1.1. El estudiante

Quizás no sea preciso insistir en que la orientación y ejecución del proceso de enseñanza-aprendizaje se debe adaptar a las necesidades del futuro médico de cara a su misión en la sociedad. Por tanto responder a la pregunta: ¿Qué competencias ha de alcanzar el estudiante?, ¿Qué debe saber?, ¿qué es lo que debe de saber hacer?, ¿cómo debe de ser? .

La *Association of American Medical Colleges* incluye entre sus objetivos la necesidad de mejorar en educación médica "la salud y el bienestar de los estudiantes" [4]. Las percepciones y experiencias del estudiante influyen, de manera decisiva, en los resultados del aprendizaje, frecuentemente a través de la motivación de los alumnos para aprender. En este contexto es como debemos interpretar lo que comúnmente se conoce como clima educativo [5].

El clima educativo se refiere a los diversos lugares físicos, contextos y situaciones en los que los estudiantes aprenden. El término también incluye la forma en que las personas interactúan entre sí y se tratan unas a otras, así como las formas en que los profesores pueden organizar un entorno educativo para facilitar el aprendizaje.

El clima educativo se considera un complejo sistema que depende de la percepción de los participantes en el proceso educativo dentro de una institución específica, y que abarca aspectos que van más allá de la infraestructura y el currículo, tales como los vínculos interpersonales, horarios, métodos de enseñanza, seguridad personal, el currículo oculto o la cultura organizacional. Todos

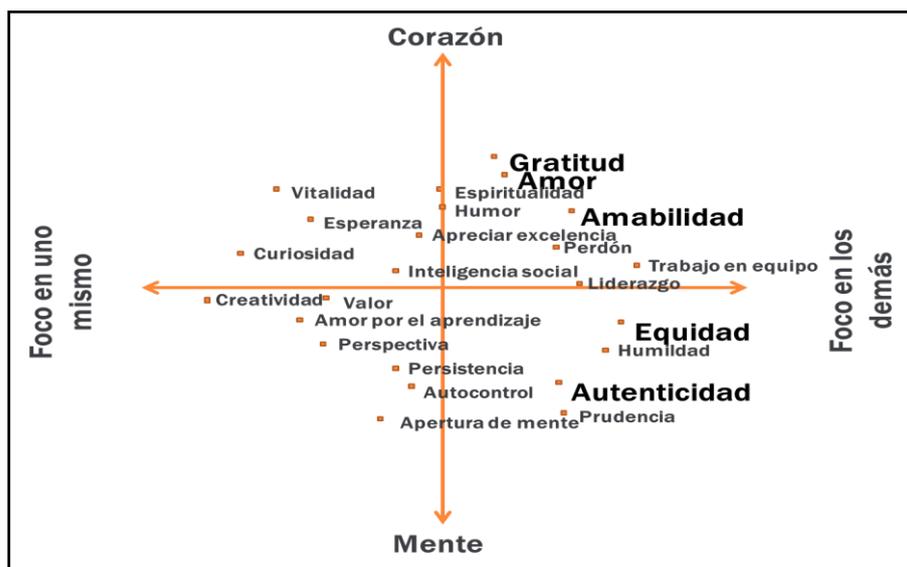
ellos son elementos que facilitan conocer la realidad y contribuir, por tanto, a una mejora permanente del proceso de enseñanza-aprendizaje [6,7]. En 1998, la *World Federation for Medical Education* estableció que valorar el entorno es uno de los ejes fundamentales de evaluación de los programas de educación médica [8].

El desarrollo personal y profesional de los estudiantes de medicina está fuertemente influenciado por el clima académico, en el que pasan su vida de aprendizaje. Este clima incide en la educación de los estudiantes, su satisfacción con el currículo, los resultados de aprendizaje del programa y del curso, y su respectivo desarrollo profesional [9,10]. El clima académico aparece también relacionado con el bienestar y la calidad de vida [11]. Por añadidura, algunos estudios han evidenciado también una asociación entre clima académico con trastornos del comportamiento, alteraciones psicológicas, y -en general- con la salud mental del estudiante, y burnout [12,13] mala calidad del sueño, problemas en el ámbito de la salud mental [14].

Nuestra realidad tiene ciertos aspectos grises en cuanto al clima en las Facultades de Medicina. Son pocos los estudios de nuestro entorno, pero en ellos se pone de manifiesto que existe un campo para mejorar. Sin embargo, hay que dejar un claro mensaje de optimismo de cara al futuro. No sólo por lo que podamos hacer con nuestra fuerza y razón, sino -muy especialmente- por algunos rasgos que se constatan en nuestros estudiantes. Y en este aspecto hay que citar dos estudios próximos.

En uno de ellos se analizan las razones por las que nuestros estudiantes se adentran y se inician en los estudios de medicina [15]. Pues bien, nuestros estudiantes no quieren ser médicos por ganar mucho dinero o tener seguridad económica, adquirir un estatus social o el respeto de los demás, tener un empleo seguro, fama, o reconocimiento. Nada de eso les ha motivado. Sus auténticas razones confesadas y expresadas por ellos mismos son: “así contribuyo a mejorar la sociedad”; “puedo trabajar con personas”, “puedo expresar valores que sirvan de modelo”, “puedo ayudar a los demás”, “puedo progresar constantemente”, y “cumplir con mis sueños”.

La segunda muestra es un estudio [16] en el que se constata que, en nuestra experiencia es posible la detección de los valores individuales del estudiante, para conocerlos mejor; para saber qué tipo de personas tenemos delante. En el proyecto VADEMECA (VALores DEL MÉDICO y su CARácter) realizado con la colaboración de la Facultad de Psicología, hemos podido identificar los valores de los futuros médicos, comparando estudiantes del último curso, con otros de diferentes grados: ciencias económicas, psicología, o una ingeniería técnica.



**Figura 1** Fortalezas más características del estudiante de medicina (Estudio Vademeca, datos personales).

Los datos de los que disponemos permiten caracterizar las principales fortalezas (como ingredientes y rasgos de personalidad que definen las virtudes) y las principales virtudes (como disposición que conduce a la excelencia y ejemplaridad) de nuestros alumnos de medicina.

Destacan, de forma significativa con respecto a los estudiantes de las otras titulaciones, aquellas fortalezas más focalizadas en los demás que en uno mismo, como es el caso de la gratitud, el amor, la amabilidad, la equidad, o la autenticidad. Las principales virtudes diferenciales en los estudiantes de medicina resultaron ser: la prudencia, la humanidad, el autocontrol, y la capacidad de perdonar. Todas ellas pueden estar directamente relacionadas con la templanza, una virtud que -no me negarán- el médico precisa en altas dosis. Déjenme que concluya por ello, que el perfil humano de nuestros alumnos es bueno, y que se diferencia nítidamente del de otras profesiones. "Gusta" este perfil para un médico para el siglo XXI. Hay razones para el optimismo.

### 1.2. El Profesor

*"La enseñanza en el entorno clínico es una misión compleja, y a menudo frustrante, que asumen muchos clínicos sin una adecuada preparación y orientación", en términos señalados por la AMEE (Association for Medical Education in Europe) [17]. En el fondo, esta afirmación encierra la necesidad de que el profesor en la clínica cuente con una preparación específica y suficiente desde el punto de vista clínico, pero también desde el punto de vista docente. En otras palabras, que conozca los aspectos más relevantes de su misión en ese entorno y que, por tanto, tenga dotes como profesional de la docencia, y no solo como profesional de la medicina. Las principales funciones que ha de tener un profesor, es decir, sus principales competencias, hacen referencia a las siguientes capacitaciones [18]:*

- Que sea capaz de suministrar información relevante.
- Que sirva de modelo.
- Que sea un facilitador de las actividades.
- Que se comporte como un asesor por su capacitación para la enseñanza.
- Que sea capaz de planificar y ejecutar un programa docente
- Que sea capaz de diseñar y crear materiales y recursos para la docencia.

Estas funciones son más propias de un educador que de un clínico. En consecuencia, un profesor en el entorno clínico va a requerir, además, ser un experto en su materia o especialidad.

En la práctica, la situación actual es que un profesor de clínica suele disponer de un mayor bagaje profesional en su especialidad que en los aspectos docentes, de tal manera que suelen destacar sus habilidades como clínico y pueden superar, frecuentemente con creces, sus habilidades para la enseñanza de la medicina. Por tanto, es obligado velar por una preparación dual (científico-técnica y docente) para el profesorado que debe desarrollar su función docente en el entorno clínico.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasión por enseñar</li> <li>▪ Claridad, organización, accesibilidad, comprensión hacia las personas</li> <li>▪ Capacidad para el entendimiento con los demás</li> <li>▪ Competencia clínica demostrada</li> <li>▪ Utilizar estrategias de planificación y orientación</li> <li>▪ Amplio repertorio de métodos e instrumentos docentes</li> <li>▪ Interés por la autoevaluación y la reflexión</li> <li>▪ Interés por el conocimiento para poder fijar objetivos docentes acordes con el nivel de conocimientos del alumno</li> </ul> |
|---|

**Figura 2** Habilidades que debería tener un profesor excelente.

Como ya se ha señalado, la enseñanza de la Medicina precisa profesionales de la enseñanza clínica en un escenario favorable para llevarla a cabo en condiciones óptimas. El modelo desarrollado en el *Center for Medical Education* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Dundee (Reino Unido) [19], que identifica y clasifica las habilidades que el profesor de clínica debe poseer, se refiere a tres niveles: 1) Las tareas que el profesor debe desempeñar. Por tanto: identificar qué es lo que ha de hacer correctamente; en pocas palabras: “hacer lo correcto”, 2) El conocimiento y la aplicación de la educación médica. Por tanto: conocer cómo ha de hacer las cosas de forma correcta; en pocas palabras: “hacerlo de manera correcta”, 3) El desarrollo de una capacitación profesional. Por tanto: reconocer quién es el que ha de hacer las cosas de forma correcta; en pocas palabras: “hacerlo la persona correcta”.

1.2.1. ¿Qué es lo que el profesor clínico debe hacer?, ¿Qué es lo que ha de hacer correctamente? ¿Cómo puede hacerlo mejor? [17,18,20].

En este sentido, las tareas esenciales para el profesor de clínica se pueden estructurar en los siguientes apartados:

1. Debe buscar la eficiencia en el empleo del tiempo para la enseñanza. Se impone, para alcanzarla:
  - La planificación de la enseñanza.
  - El empleo de métodos de enseñanza adecuados a las necesidades.
  - La evaluación de la enseñanza (estudiantes, programa, y profesorado).
2. Debe realizar enseñanza clínica en pacientes ingresados.
3. Debe realizar enseñanza clínica en pacientes ambulatorios.
4. Debe realizar enseñanza “al lado de un enfermo” (en la sala, en la consulta, en el aula). Muchos aspectos de la medicina, y muchas competencias clínicas, no se pueden enseñar en un aula sino a la cabecera del enfermo (real o simulado). En consecuencia, la enseñanza al lado del paciente constituye el paradigma de la enseñanza clínica.
5. Debe evaluar al alumno en el entorno clínico.
6. Debe generar y ofrecer retroalimentación.

1.2.2. ¿Cómo se acerca el profesor clínico a la enseñanza? ¿Cómo ha de hacer las cosas correctamente? [17,18]:

1. El punto de arranque de cualquier profesor clínico (común a la profesión docente) es su pasión por enseñar y su capacidad para transmitir este entusiasmo a otras personas.
2. Debe entender los principios básicos de la enseñanza que son aplicables a la enseñanza clínica. Esto supone, en la práctica, que la enseñanza es una faceta profesional que requiere un bagaje teórico y unas técnicas concretas bien conocidas.
3. Debe emplear diferentes estrategias, apropiadas a los diferentes niveles formativos.
4. El profesor clínico debe generar y ofrecer retroalimentación al alumno. No puede olvidar la retroalimentación.
5. Debe desarrollar un modelo profesional en el alumno. Es una parte importantísima del proceso educativo en la enseñanza clínica. Tradicionalmente, esto se ha visto ligado al concepto de maestro, de ejemplo a seguir.
6. Debe buscar con ahínco los momentos para practicar la enseñanza. La imprevisibilidad es uno de los atractivos de la práctica clínica; frecuentemente, el plan docente se debe cambiar en un momento determinado merced a los cambios en la previsión de asistencia a pacientes.

1.2.3. El profesor clínico como un profesional de la enseñanza que es: “es el que ha de hacer las cosas de forma correcta” [17,18].

Aunque el profesor clínico posea una capacitación profesional excelente, debe también acreditar determinadas competencias y actitudes, tales como la autorregulación, el autoconocimiento, la capacidad de autocritica, la motivación, la empatía o las habilidades sociales. Estas competencias le permitirán llegar a ser la persona adecuada para enseñar clínica.

1. Ha de tener conocimiento de la propia capacidad docente.
2. Ha de reflexionar sobre sus fortalezas y debilidades.
3. Ha de desarrollarse desde el punto de vista profesional.
4. Ha de ofrecer una función de asesoramiento, orientación y consejo.
5. Debe investigar en educación médica.

En resumen, entre las estrategias prácticas relacionadas con la consideración del profesor clínico como un profesional de la enseñanza, algunas de las más sobresalientes son: la definición de objetivos bien establecidos y conocidos; la selección de métodos de enseñanza adecuados a los objetivos y al nivel de enseñanza; la retroalimentación como instrumento de mejora; la reflexión crítica y la autoevaluación como palancas para seleccionar las mejores prácticas docentes; y el desarrollo como profesional de la enseñanza del profesor de materias clínicas.

### 1.3. El paciente

Si consideramos que la medicina centrada en el paciente es el modelo que debemos emplear en nuestra profesión, el proceso de formación del futuro médico se debe impregnar de los principios que caracterizan este modelo, siguiendo el principio de que “no se puede ejercer como profesión aquello que no se ha aprendido previamente”.

¿Qué podemos hacer desde la formación del futuro médico?. Desde una perspectiva no solo académica, sino también sanitaria, ha cambiado la sociedad, lo mismo que las organizaciones y la práctica asistencial. Quizás es hora de señalar que, consecuentemente, los modelos docentes también han de cambiar. En este sentido, una Educación Médica centrada en el Paciente no es sólo un concepto formativo, sino frecuentemente un auténtico reto para la Educación Médica, por cuanto los cambios en el mundo sanitario han sido muy relevantes, y esto tiene mucha influencia.

La enseñanza de la medicina se tiene que producir de manera obligada en el entorno sanitario. Sin embargo, no siempre la docencia forma parte de las líneas estratégicas reales (aunque sí nominales) del sistema sanitario. La formación del futuro médico ha de ser un objetivo estratégico. La docencia no es considerada, con demasiada frecuencia como una fuente de talento en un entorno en el que la asistencia sanitaria es una prioridad. En consecuencia, las condiciones en las que se desarrolla la educación médica de nuestros alumnos no siempre son muy satisfactorias. A ello hay que añadir que las relaciones entre el mundo académico y el mundo sanitario frecuentemente no son fluidas, ni están reguladas de forma nítida y corresponsable.

En estas circunstancias no debe sorprender que la percepción del alumno sea que la medicina que se le enseña no está centrada en el paciente. Es lógico que su percepción sea que la formación que se le ofrece escasea en cuanto a la dimensión humana. Incluso le puede resultar difícil reconocer modelos de comportamiento en los que identificar los valores de la profesión. Y esto puede alcanzar a los programas, a las actividades, a los centros, a la gestión,...a su formación integral.

Y sin embargo, está fuera de toda duda que tales valores humanos se pueden enseñar, y por tanto se pueden aprender, y consiguientemente, se podría evaluar su adquisición. Es seguro que todo esto no es fácil, porque si queremos alcanzar un modelo centrado en la persona se requiere un esfuerzo adicional ya que la materia objeto de la enseñanza, las técnicas educativas, los métodos de aprendizaje, y los instrumentos de evaluación son distintos a los más tradicionales empleados para transmitir conocimientos.

¿Cuáles son las características que definen una Educación Médica Centrada en el Paciente?:

- 1) El primer rasgo es el entorno donde se lleva a cabo la enseñanza que, obligatoriamente ha de llevarse a cabo en un ambiente clínico. Es el idóneo para la adquisición de las competencias clínicas. En este sentido, la participación multiprofesional y la implicación de diferentes áreas clínicas son los rasgos más determinantes.  
En frase de W. Osler: "Aquel que estudia medicina sin libros navega sin cartas de navegación; pero el que estudia libros sin enfermos ni siquiera ha salido a navegar" (*"He who studies medicine without books sails an uncharted sea, but he who studies medicine without patients does not go to sea at all"*). Dicho de otra manera: los enfermos no vienen en los libros, vienen las enfermedades; o lo que se deriva de esto: la institución sanitaria es el aula natural para la enseñanza y el aprendizaje al lado del enfermo.
- 2) La adquisición de las competencias clínicas es clave para que la educación médica se oriente al paciente. Este rasgo, que debe de ser obligado, requiere la predefinición de las competencias clínicas a alcanzar mediante la elaboración de un mapa de competencias adecuado; la planificación y desarrollo de las actividades que permitan su adquisición; así como la evaluación de su consecución mediante técnicas evaluadoras ajustadas a tales competencias y que, en general, se van a orientar hacia la observación directa del desempeño clínico o hacia la evaluación en entornos simulados (modelo ECOE o similares).  
Adquiere especial importancia en este aspecto, el entrenamiento del estudiante, tanto en el entorno preclínico, clínico a través de prácticas clínicas, o paraclínico, a través de los talleres de habilidades para procedimientos simples y trabajo individual, o los centros o unidades de simulación para procedimientos complejos y trabajo en equipo.
- 3) Sin lugar a duda, el proceso educativo requiere definir lo que un médico no puede dejar de saber, de saber hacer, ó cómo debe ser. En otras palabras, es preciso hacer competentes a los médicos en áreas que le van a resultar imprescindibles para su ejercicio profesional. Pero no hemos de olvidar áreas que tradicionalmente no se han incluido entre los contenidos curriculares. Áreas que, de forma muy expresiva, se han calificado inicialmente como competencias "huérfanas", luego transversales, y más recientemente como competencias "blandas", denominación ésta última que les confieso que no alcanzo a comprender.  
Son competencias que difícilmente se reconocen, o tienen un lugar identificable, en nuestros planes de estudio pero que deberían estar incorporadas si buscamos una orientación hacia los pacientes. Nos referimos a la comunicación clínica, a las ciencias cognitivas, razonamiento clínico y capacidad reflexiva, ética, investigación clínica, manejo de la información, gestión clínica y economía de la salud, y -sobre todo- valores identificables con el profesionalismo.  
La enseñanza-aprendizaje de tales competencias, que debería tener un carácter "longitudinal" a lo largo de los estudios y ser precoz en el inicio, tiene la particularidad -ya señalada- de que difiere de actividades más convencionales. Son más adecuadas actividades como casos prácticos prediseñados, ejemplos reales de dilemas éticos o situaciones de complejidad en el manejo, debates con contenido emocional, discusiones dialogadas, reflexiones compartidas, análisis vocacionales, etc.
- 4) Otro rasgo es la humanización de la medicina, a la que hemos dedicado párrafos anteriormente. En este punto, el acto médico adquiere su protagonismo en un encuentro con el enfermo como punto de partida. El acto médico es el método de trabajo del médico.  
A lo largo de los estudios el encuentro con el enfermo marca el estilo de una "medicina humanizada"; como también lo hace el encuentro entre el enfermo y el estudiante. Hemos de introducir una especial sensibilización a la hora de que el estudiante se encuentre con el paciente, a la hora de la incorporación del estudiante a la clínica. Habremos de conseguir que este encuentro resulte satisfactorio para uno y para otro.  
El profesor debe compartir las experiencias y las emociones propias del encuentro con la persona enferma; y debe compartir con el alumno sus inquietudes, guiarlo en la clínica, sumarle consejos a medida que se van planteando los problemas clínicos. Todo ello forma parte de la introducción del alumno al universo de una medicina humanizada.

En este punto, señalar que el método clínico de la Medicina Centrada en el Paciente es la base de la Atención Primaria y se encuentra estrechamente relacionado con la Medicina de Familia [21]. De ahí el carácter educacional de la Medicina de Familia, como lo puede ser el de la Medicina Interna [22]. La visión integradora de la patología, en la que se es médico de una persona antes que médico de una enfermedad, configura un abordaje que se torna necesario en el campo de la Educación Médica, porque esa manifestación de ejercicio constituye un ejemplo de cara al objetivo primordial e imprescindible de formar mejor a los estudiantes de medicina, independientemente de cual vaya a ser la especialidad que años más adelante puedan escoger.

- 5) Las habilidades comunicacionales en la enseñanza de la medicina son clave [23]. La comunicación es una herramienta clínica más a disposición del médico, al mismo nivel que pueden ser las habilidades para la exploración clínica o la aptitud de razonamiento clínico. Garantizar una comunicación clínica efectiva es imprescindible para ofrecer unos cuidados sanitarios realmente humanizados. Y si somos sinceros, hemos de reconocer que estamos en una situación bastante precaria en lo relativo a la enseñanza de la comunicación clínica como área competencial.
- 6) Si la esencia de la medicina es un ser humano que sufre o que tiene un problema de salud, esto es el enfermo, que pide ayuda a otro, esto es el médico, la comunicación entre ambos se halla en el meollo de todo acto médico; quien acude al médico necesita, básicamente, que lo escuchen y que le hablen [24] y esto no siempre se consigue. La medicina centrada en el paciente requiere un “lenguaje centrado en el paciente”. El paciente debe ser capaz de transmitir su problema, y el médico debe de ser capaz de transmitir la naturaleza y la solución del problema. Y ambos deben de entender lo que el otro dice. Que el paciente no sepa expresar bien lo que le sucede, y emplee una jerga popular, aunque complica mucho las cosas, tiene una cierta justificación porque estar enfermo es algo sobrevenido a lo que nadie le ha enseñado. Pero que el médico no sepa desprenderse frente al enfermo de una pedantería repleta de helenismos, latinismos, anglicismos, epónimos, tecnicismos o siglas, carece de justificación de cara a humanizar la medicina. Quizás podamos estar de acuerdo en que tiene más disculpa que el enfermo emplee “soponcio”, “patatús”, o “jamacuco” porque son términos muy expresivos y que todo el mundo entiende aunque al médico le cueste interpretar su significado; a que el médico emplee frente al enfermo los términos “cefalalgia”, “ictus”, o “bypass” que seguramente nadie tiene por qué entender, salvo el propio médico [24].
- 7) También es preciso humanizar la enseñanza en sí misma, incluyendo el proceso educativo y los centros de enseñanza. En la actualidad la situación es muy lejana a la humanización de la enseñanza. Es notable la carencia de una dimensión humana en la formación integral del médico, en los centros educativos, o en los modelos de comportamiento. Como también es manifiesta la carencia de una dimensión humana en los programas docentes. Es difícil reconocer las humanidades médicas en la mayoría de los programas educativos, y en la mayoría de los centros. A lo sumo, se puede identificar de forma aislada y en algunos de ellos, las humanidades más recientes propias de la segunda mitad del siglo XX, tales como la bioética, la filosofía de la ciencia, la historia de la cultura o del arte, o la enseñanza de valores. Pero es anecdótico encontrar programas con humanidades cultivadas durante el siglo XIX tales como ciencias sociales o morales, sociología o antropología. Y no se han incorporado en ningún caso las humanidades más antiguas o clásicas: gramática, retórica, poética, o bellas artes.
- 8) El profesorado como un modelo de valores y de actitudes es otro rasgo de la enseñanza centrada en el paciente. El educador es imprescindible para el inicio del proceso educativo, y sin un buen educador no se garantiza, por sí misma, una buena formación. “Enseñar es algo más que dar clase”, como han señalado Harden y Crosby [25]. Una enseñanza humanizada requiere mostrar y demostrar el humanismo médico a través del comportamiento del

profesor. El profesor habrá de ser el modelo, el ejemplo. En este sentido, el profesor es más bien un “maestro” que enseña a aprender (en el campo de los saberes), enseña las normas (en el campo del saber hacer), y enseña modo y estilo (en el campo del saber ser).

- 9) También el clima educativo es determinante para una enseñanza centrada en el paciente, y para alcanzar resultados óptimos de aprendizaje. No sólo debe permitir, sino promover y también facilitar la enseñanza de los valores individuales, de los valores de la profesión, de las fortalezas y virtudes del médico como persona y no sólo como profesional.

El resultado de nuestra enseñanza se encuentra significativamente influenciado por el clima académico. Este aspecto me ocupará algo más adelante. Pero sí ya anticipo que el fracaso en el aprendizaje puede suponer un profesional con escasez de sus conocimientos y derivar en mala práctica, con insuficientes habilidades y derivar en una “hipohabilidad” clínica, o con merma en los valores profesionales, que repercutirá posiblemente en problemas de naturaleza ético-profesional.

- Realizarla en el entorno clínico
- Adquirir competencias clínicas
- Formación en competencias blandas
- Humanización de la práctica médica
- Adquirir habilidades comunicacionales
- Lenguaje centrado en el paciente
- Humanización de la enseñanza
- Profesorado como modelo
- Énfasis en el clima educativo

**Figura 1** Rasgos de una Educación Médica Centrada en el Paciente

En cierta medida todo esto ha sido una evolución del modelo de enseñanza. Tradicionalmente el modelo se centraba en la enseñanza y por tanto en el profesor; posteriormente se dio paso a una enseñanza centrada en el aprendizaje y en consecuencia en el alumno; y ha desembocado en una enseñanza centrada en el paciente, en la persona enferma.

Las Facultades de Medicina de Madrid se pronunciaron en 2020 sobre este aspecto de la enseñanza de la Medicina, a través de un Documento conocido como Declaración Complutense: “*Decálogo de las Facultades de Medicina de Madrid: en pro de una Medicina centrada en el paciente*” [26].

## 2. Pensando en el futuro

La ciencia necesita formación, necesita formadores, el capital humano con el que cuenta una sociedad para transmitir e incrementar su acervo. Por tanto, la ciencia necesita que haya muchas personas con la formación debida, para que puedan ser seleccionadas las más capaces de incrementar los conocimientos y transmitirlos hasta las futuras generaciones, las de mayor creatividad, las de mayor entusiasmo, los mejores en su rama del saber [27].

Pero la sociedad necesita crear un sistema en el que estas personas encuentren la razón de ser, que les permita hacer aquello hacia lo que se sienten atraídos, que les facilite el camino de la docencia y de la investigación. Los poderes públicos se sirven de instituciones que, a través de los educadores e investigadores, promueven cada año promociones de profesionales dispuestos a cumplir la misión que la sociedad les reserva, y que ellos mismos han escogido. En la Universidad “se enseña y se investiga” en palabras de Ortega y Gasset [28] pero también se devuelve a la sociedad la aplicación de la aprendido.

Estas instituciones, nuestras Facultades de Medicina, se encuentran en constante cambio, merced a los cambios que la sociedad exige en el perfil de los egresados, al constante incremento de los

conocimientos sobre la salud, a las condiciones cambiantes de los sistemas de salud y de prestación de servicios sanitarios. Son dificultades en función de lo que hemos de enseñar, del entorno en el que hemos de enseñar, de la forma y modo de cómo hacerlo, de las necesidades del profesorado, de los cambios en el alumnado, y otras muchas variables.

Pensando en el futuro, deberíamos encontrar un “mínimo común denominador” para todas nuestras instituciones académicas, de cara a garantizar a la sociedad que el futuro médico ha seguido la mejor formación científica, profesional y humana posible.

### 2.1. Declaración de Málaga

Este es el fundamento de la “Declaración de Málaga: Estándares para la Educación Médica” presentada en Málaga el 18 de noviembre de 2022 en el XXV Congreso Nacional y I Congreso Internacional de la Sociedad Española de Educación Médica celebrado en dicha ciudad, y que ha sido publicada recientemente [29]. A ésta Declaración se han adherido las siguientes Instituciones: Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Española (CNDFME), Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA), Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), Federación de Asociaciones Científicas Médicas de España (FACME), Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM), Real Academia Nacional de Medicina (RANM), y *World Federation for Medical Education* (WFME).

En el Documento, se señalan ciertos extremos:

1. El principal objetivo de la Educación Médica es la mejora de la salud de las personas. Es necesario proporcionar a los futuros médicos la mejor formación científica, profesional y humana posible, para que sean capaces de solucionar los problemas de salud, en un itinerario coordinado y continuado que se inicia con el Grado y la Formación Sanitaria Especializada, seguida de un Desarrollo Profesional Continuo.
2. Para la mejora de la calidad educativa, son componentes indispensables la monitorización de los resultados del aprendizaje, la autoevaluación y la evaluación externa, así como la formación en educación médica de los docentes.
3. Las instituciones y organizaciones firmantes, implicadas en la enseñanza-aprendizaje de la profesión médica, proponen las siguientes recomendaciones para mejorar la formación médica del Grado en un contexto global, nacional e internacional, respetando la autonomía de cada universidad.

Las Universidades, y muy especialmente las Facultades de Medicina, tienen un reto de cara al futuro: transformar sus formas de enseñanza y aprendizaje, mediante la innovación docente. La Educación Médica ha de tener un papel destacado en este proceso señalando los puntos clave para una incorporación de las mejores prácticas docentes y la mejora de la calidad en la formación de los futuros médicos. Algunas claves de cara al futuro se derivan de todo ello [30].

La tarea de la Educación Médica no es fácil, ni es poca. Tiene por delante misiones claramente reconocibles:

- Favorecer el intercambio de información sobre las mejores prácticas docentes
- Fomentar los foros de análisis y debate
- Facilitar el acceso a la formación docente del profesorado
- Mejorar las competencias educativas
- Apoyar a la implantación de las mejores prácticas docentes de acuerdo con las características del centro
- Apoyar la investigación en Educación Médica, y los proyectos de los grupos de investigación
- Facilitar el acceso a la innovación educativa

- Difundir y apoyar las actividades de interés docente
- Elaborar materiales y recomendaciones de índole docente, para que sirvan de referencia
- Asesorar organismos, públicos y privados, en materia de Educación Médica

Siempre que hay un camino por delante hay margen para la esperanza. Los profesionales y las instituciones interesados en la formación de profesionales en ciencias de la salud tienen formas de debatir sobre la mejor Educación Médica y desarrollar esta área de conocimiento para promover la calidad de la formación, para desarrollar competencias que mejoren la práctica clínica y también que faciliten el aprendizaje durante toda la vida profesional.

Pero, precisamente, porque buscamos resultados homologados, es por lo que se torna imperiosa una unidad de acción en la que se involucren los centros académicos a fin de mejorar el estado de las cosas.

## 2.2. Las Unidades de Educación Médica

Defendemos la necesidad de contar con Unidades/Departamentos o estructuras estables, que deben de ser uno de los elementos nucleares de las Facultades de Medicina. Para que sirvan de apoyo a la implantación de las mejores prácticas docentes, y -en última instancia- que lideren la investigación en Educación Médica para buscarlas, implantarlas y evaluarlas. Las Facultades de Medicina que aspiren a estar “a la altura de las ideas de este tiempo” requieren una constante reevaluación de sus procesos y resultados, así como una constante innovación educativa; y todo ello con el apoyo inequívoco de los equipos decanales de las Facultades [31].

Las cuatro áreas de actuación de las Unidades de Educación Médica son: desarrollar investigación en educación médica, colaborar en el desarrollo y evaluación de la calidad de la formación de profesionales, prestar apoyo a la comunidad educativa y servicios administrativos a la institución, y -ante todo- promover la formación pedagógica de los docentes.

## 2.2. La Educación Médica como Área de conocimiento

Defiendo, asimismo, que existen pocas dudas de que la Educación Médica, de por sí, es un campo científico con su propio cuerpo de doctrina, que tiene un carácter transversal.

Los retos de futuro de la Educación Médica como un campo científico o área de conocimiento son, por un lado, realizar investigación cada vez de mayor calidad en esta área, a través de estudios cada vez más rigurosos; y, por otro, aumentar el número de profesores que se dediquen a ella [32].

Esta es una base, que someto a su consideración, para encarar el futuro, para el siglo XXI, ¡¡¡ del que ya llevamos consumido casi un cuarto de siglo !!!

## 2.3. Internalización de la Educación Médica

Europa para las Universidades” [33], ha ofrecido un “comunicado” señalando a las Universidades como un hecho claramente distintivo del estilo de vida de Europa. El sector de la Educación Superior es clave en la identidad europea; y -al mismo tiempo- Europa necesita más que nunca la contribución de las Universidades a su desarrollo en un mundo cambiante con grandes retos por delante: cambio climático, transformación digital, periodos de grandes crisis económica, o de crisis sanitaria.

Aún más, Europa necesita de las Universidades para desarrollar una auténtica agenda de unión europea, y en este aspecto las áreas de educación y de investigación son determinantes. Una estrategia europea para las universidades se ha de fundamentar en una efectiva cooperación europea transnacional en Educación Superior, como motor para promover un escenario de innovación y crecimiento de la educación superior, la investigación, y su calidad.

En este escenario la colaboración transnacional para la investigación, y también para la enseñanza superior, basada -en este caso- en la homologación de titulaciones, y en el desarrollo de titulaciones interuniversitarias marcan un camino particularmente atractivo, aunque no exento de puntos críticos: financiación, profesorado, infraestructuras, condiciones laborales incentivadoras, etc.

El potencial de un esfuerzo en este sentido, compartido por los Estados miembros de la UE, es muy superior en cuanto al “peso relativo” que puede tener Europa en un mundo globalizado. Y eso induce a esforzarnos por estimular y reconocer la movilidad, el fomento y la retención del talento de nuestros estudiantes, así como la influencia global de nuestros profesores e investigadores y su impacto social.

### Referencias Bibliográficas

1. Palés Argullós J. Evolución Histórica de la Educación Médica. En: Millan J, Palés J, Morán J. Principios de Educación Médica. Desde el grado al desarrollo profesional. Ed Medica Panamericana. Madrid, 2015. pp: 3-11
2. Millan Nuñez-Cortes J, Palés Argullós J. La Educación Médica en España: ¿Hacia dónde nos dirigimos? En: Gutiérrez Fuentes JA (coord.). Reconocimiento a cinco siglos de Medicina Española. Ed. Fundación Ramón Areces. Real Academia de Doctores de España. Madrid, 2019. pp: 211-27
3. Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. Educación Médica, 2006; 9: 159-72
4. Association of American Medical Colleges. Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care: A Vision for Medical Education in the United States. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2004.
5. Roff S, McAleer S. What is educational climate? Med Teach. 2001; 23: 333-4
6. Miles, S., Swift, L., Leinster, SJ. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use. Medical teacher 2012; 34: e620-e634.
7. Palés, J. L. Clima educativo en las facultades de medicina. FEM. Revista de la Fundación Educación Médica 2014;17, S01, p. S7-S10.
8. The Executive Council. The World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programs: a WFME position paper. Med Educ 1998; 32: 549-58.
9. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): curriculum, environment, climate, quality and change in medical education-a unifying perspective. Medical Teacher, 2001; 23: 337-344
10. Wayne SJ, Fortner SA, Kitzes JA, et al. Cause or effect? The relationship between student perception of the medical school learning environment and academic performance on USMLE Step 1. Medical teacher. 2013; 35: 376-380.
11. Wasson LT, Cusmano A, Meli L et al. Association between learning environment interventions and medical student well-being: a systematic review. JAMA. 2016; 316: 2237-52
12. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, et al. Burn-out in medical students: a systematic review. Clin Teach. 2013; 10: 242-5.
13. Dyrbye LN, Thomas MR, Harper W, et al. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. Medical education. 2009; 43: 274-82.
14. Perotta B, Arantes-Costa FM, Enns SC, et al. Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and perception of academic environment in medical students. BMC Medical Education. 2021; 21: 1-13.
15. Flores Meléndez M, Góngora Cortés JJ, López Cabrera MV et al. ¿Por qué convertirse en médico?: la motivación de los estudiantes para elegir medicina como carrera profesional. Educación Médica 2020; 21: 45-8
16. Villanueva Marcos JL, López Gómez I, Requena JM et al. Valores del médico y su carácter: proyecto VADEMECA. Evaluación de los valores del futuro médico. FEM, 2014; 17 (Supl 1): S1-S47
17. Subha Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. Med Teach. 2008;30(4):347-64
18. Millan Nuñez-Cortés J. La enseñanza clínica. En: Millan J, Pales J, Moran J (eds). Principios de Educación Médica. Desde el grado al desarrollo profesional. Ed Medica Panamericana. Madrid, 2015. pp:215-226
19. Harden RM, Crosby JR, Davis MH et al. AMEE Guide No 14. Outcome-based education: Part 5. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. Med Teac. 1999; 21: 546-52
20. Hesketh EA, Bagnall G, Buckley EG et al. A framework for developing excellence as a clinical educator. Med Educ 1997; 2001: 35: 555-64
21. González Blasco P, Janauids MA. Le medicina centrada en el paciente: adquirir su metodología científica. En: Millan Nuñez-Cortes J, González Blasco P (eds): Educación Médica centrada en el Paciente. Unión Editorial. Madrid, 2017. pp: 107-146

22. Pujol Farriols R. Papel docente de la Medicina Interna. *Educación Médica*, 2019; 20: 331-2.
23. Caballero Martínez F. Las habilidades comunicacionales en la enseñanza de la medicina: ¿clave o espejismo para rehumanizar la práctica médica? En: Millan Nuñez-Cortes J, González Blasco P. *Educación Médica centrada en el Paciente*. Unión Editorial. Madrid, 2017. pp: 233-43
24. Navarro FA, Sacristán JA. Lenguaje centrado en el paciente (o, al menos, no de espaldas a él). En: Millan Nuñez-Cortes J, González Blasco P. *Educación Médica Centrada en el Paciente*. Unión Editorial. Madrid, 2017. pp: 245-251
25. Harden RM, Crosby JR. AMEE Guide No.20. The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Med Teac* 2000; 22: 334-47
26. Declaración Complutense. Decálogo de las Facultades de Medicina de Madrid: en pro de una Medicina Centrada en el Paciente. *Educación Médica*, 2021; 22: 40-1
27. Pérez Iglesias JI. Ciencia y Democracia. *Revista de Occidente*, 2022; 499: 73-87
28. <https://pensarparaserfeliz.wordpress.com/2020/11/30/ortega-y-gasset-que-es-la-universidad/>
29. Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDFM) y Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM). Declaración de Málaga 2022. Estándares para la educación médica en el grado: pensando en el futuro. *Educación Médica* 2023; 24: 100783
30. Lara Muñoz P, Millan Nuñez-Cortes J. Estándares para la educación médica en el grado: 10 claves para el futuro. *Educación Médica*. 2023; 24:100780
31. Costa MJ. Las Unidades de Educación Médica, elementos nucleares de las Facultades de Medicina. En Millán J, Palés J, Morán J (eds). *Principios de Educación Médica. Desde el Grado al desarrollo Profesional*. Ed Médica Panamericana. 2015; pp: 27-30
32. Pales Argullós JL. La educación médica como campo científico. En: Millán J, Palés J, Morán J (eds). *Principios de Educación Médica. Desde el Grado al desarrollo Profesional*. Ed. Médica Panamericana. 2015; pp: 19-25.
33. Millan Nuñez-Cortes J. Editorial. Estrategia Europea para las Universidades. *Educación Médica* 2022; 23: 1007991.



© 2023 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/>.