



FUNDACION BBV

INFORME

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

JOSÉ M^a SEGOVIA DE ARANA
CRISTÓBAL PERA BLANCO-MORALES
JUAN JOSÉ GOIRIENA DE GANDARIAS
JUAN MANUEL CABASÉS HITA

La salud es una de las grandes preocupaciones de la sociedad actual. La salud no es sólo un valor personal, ya que constituye también un bien social que es necesario defender y potenciar mediante la educación sanitaria y la prevención y tratamiento de la enfermedad. Los países desarrollados han implantado sistemas de asistencia sanitaria complejos y costosos que se convierten en los grandes escenarios de la vida actual con fuertes implicaciones médicas, sociales, económicas y políticas.

La Fundación BBV abrió en 1995 un amplio frente de investigación sobre salud y modelos sanitarios, con el propósito de contribuir al estudio en profundidad de los diferentes componentes que constituyen el extenso mundo de la Sanidad, con especial referencia a la situación de nuestro país. Los estudios se han centrado en tres áreas bien definidas.

1. **Salud, comunicación y sociedad**, en la que se han examinado las actividades y conductas de los ciudadanos relacionadas con la salud, así como la influencia de los programas de comunicación y de los medios empleados en la información sanitaria dirigida a la población.
2. **Organización y gestión del sistema actual de salud** de nuestro país, sus orígenes, evolución y desarrollo, así como su comparación con los de otros países de nuestro entorno.
3. **La formación de los profesionales de la salud**, donde se analiza la diversidad de las profesiones sanitarias implicadas en el sistema, señalando el desequilibrio existente entre los cambios producidos en la asistencia médica sanitaria y los esquemas y métodos formativos actuales. En esta sección se indican las posibles soluciones que podrían adoptarse.

Los estudios y debates realizados por la Fundación BBV en las áreas señaladas han sido objeto de sendas publicaciones que sin duda servirán de referencia para los interesados en estos temas.

La presente publicación es un Informe Resumen sobre la «Formación de los profesionales de la salud», en el que se condensan los aspectos fundamentales de los Encuentros realizados y que ha sido preparado por el Comité Científico de Salud y Modelos Sanitarios de la Fundación BBV.

**CENTRO CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD
DE LA FUNDACIÓN BBV**

Director:

Rafael Pardo Avellaneda
Catedrático de Sociología, Instituto de Economía y Geografía (CSIC)

«LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD»

Coordinador:

Juan Manuel Cabasés Hita
Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra.
Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

Miembros del Comité Científico:

Ciriaco Aguirre Errasti
Catedrático de Medicina de la Universidad del País Vasco.
Presidente de la Sociedad Nacional de Medicina Interna

Iñaki Azkuna Urreta
Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco

Antonio Brugarolas Masllorens
Director del Departamento de Oncología de la Clínica Universitaria de Navarra

Santiago Dexeus Triás de Bes
Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Institut Universitari Dexeus
(Barcelona)

Hipólito Durán Sacristán
Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina

Juan José Goirienea de Gandarias y Gandarias
Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco

José Gerardo Martín Rodríguez
Neurocirujano. Secretario del Grupo de Trabajo en Neurocirugía y Salud Pública de la
Organización Mundial de la Salud. Jefe del Departamento de Neurocirugía del Centro
Médico La Zarzuela (Madrid)

José María Mato de la Paz
Profesor de Medicina Interna de la Universidad de Navarra

Luis Munuera Martínez
Catedrático de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Universidad Autónoma de
Madrid

Cristóbal Pera Blanco-Morales
Catedrático de Cirugía y Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

José A. Richter Echevarría
Director del Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica Universitaria de Navarra

Joan Rodés Teixidor
Catedrático de Medicina y Jefe del Servicio de Hepatología del Hospital Clínic i
Provincial (Barcelona)

Ciril Rozman Borstnar
Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona

Amador Schüller Pérez
Catedrático de Patología y Clínica Médica. Vicepresidente de la Real Academia Nacional
de Medicina

José María Segovia de Arana
Catedrático de Medicina y Presidente del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de
Sanidad y Consumo

Carlos Vallbona-Calbó
Catedrático de Medicina Comunitaria en el Baylor College of Medicine, Houston
(EE.UU.)

Federico Vallés Belsué
Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Reina Sofía (Córdoba)



FUNDACION BBV

INFORME

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Grupo de redacción:

Prof. José M^a Segovia de Arana
Prof. Cristóbal Pera Blanco-Morales
Prof. Juan José Goirieta de Gandarias
Prof. Juan Manuel Cabasés Hita

Enero 1999

"La formación de los profesionales de la salud - Informe"

© Fundación BBV

Edita Fundación BBV. Documenta

Plaza de San Nicolás, 4

48005 Bilbao

Depósito legal: M-6682-1999

© Ilustración de portada:
INEEDIT

Imprime Sociedad Anónima de Fotocomposición
Talisio, 9 - 28027 Madrid

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	7
INFORME	
A. Factores determinantes de los nuevos escenarios de la asistencia sanitaria.....	13
1. El concepto de salud en la sociedad actual.....	15
2. La socialización de la asistencia sanitaria	18
3. La crisis del Estado de Bienestar y la escasez de recursos para la asistencia sanitaria.....	20
4. Transformación de la estructura social y demográfica.....	22
5. El Sistema Nacional de Salud en España.....	24
6. De la Medicina curativa a la Medicina preventiva. El papel de la atención primaria	30
7. La transformación de la relación médico-enfermo .	32
B. Los profesionales de la salud ante los actuales escenarios de la asistencia sanitaria.....	37
1. Ideología de las profesiones	37
2. Los médicos	40
3. Los farmacéuticos	46
4. Los profesionales de la enfermería.....	48
5. Los profesionales de los laboratorios clínicos.....	50
6. Gestores sanitarios	51

C. La formación de nuevos modelos de profesionales para la asistencia sanitaria	55
1. La formación de los médicos.....	57
a) Formación pregradada	58
b) Formación postgraduada o especializada	64
c) Formación médica continuada	76
2. La formación de los farmacéuticos	78
3. La formación en Enfermería.....	80
4. La formación de profesionales de laboratorios clínicos.....	81
5. La formación de gestores sanitarios.....	82
RECOMENDACIONES.....	85

PRÓLOGO

Este Informe que la Fundación BBV presenta a la sociedad española tiene su origen y fundamento en el material recogido a lo largo de los debates realizados durante los dos Encuentros que bajo sus auspicios se desarrollaron en los años 1996 y 1998 sobre "La formación de los profesionales de la salud".

Esas reuniones, entendidas como espacios de encuentro y de debate entre los representantes del ámbito de la reflexión y del mundo de la toma de decisiones, se encuadran a su vez en el programa de investigación sobre Salud y Modelos Sanitarios que la Fundación BBV ha seleccionado como una de sus áreas estratégicas de actuación para los próximos años. El interés se centra en esta ocasión en la formación de los profesionales de la salud, es decir en el perfil formativo y profesional de cuantos intervienen en la prestación de la asistencia sanitaria en la que es evidente la necesidad de cambiar muchos de los conceptos y de los métodos docentes actuales ante las exigencias asistenciales de una sociedad cada vez más desarrollada y de unos conocimientos médicos, científicos y técnicos, progresivamente más poderosos y eficaces.

El primer Encuentro, que tuvo lugar en Madrid en noviembre de 1996, se dedicó al estudio de los escenarios y factores determinantes de los modernos sistemas de asistencia sanitaria en los países occidentales. Las comunicaciones y debates se desarrollaron a lo largo de las siguientes cinco mesas redondas: 1. Medicina y Sociedad. 2. El concepto de salud y de nuevas patologías. 3. La crisis del Estado de Bienestar. 4. Factores determinantes de la formación de los profesionales de la salud. 5. Influencia de los avances científicos y tecnológicos sobre la Medicina del siglo XXI. Esta reunión por su interés, extensión y calidad supuso una adecuada introducción preparatoria para el análisis y discusión del propósito principal que era el estudio crítico de la formación actual de los profesionales de la salud, fuertemente condicionada por la estructura y funcionamiento de la asistencia sanitaria en cada país con especial énfasis en el nuestro.

El segundo Encuentro, celebrado igualmente en Madrid en abril de 1998, fue analizando, también en cinco mesas redondas, la estructura de las diversas profesiones sanitarias aunque dedicando atención preferente a la profesión médica por la complejidad de sus contenidos y la diversidad de sus etapas formativas. Por otra parte, muchas de las premisas conceptuales de la educación del médico pueden ser aplicadas también en la formación de otras profesiones, lo que evita repeticiones innecesarias. En este segundo Encuentro se estudiaron en profundidad



la formación pregraduada, la postgraduada que conduce a la especialización y la formación continuada de implantación más reciente entre nosotros. Las peculiaridades propias de los profesionales de Farmacia, Enfermería, Biomedicina y Gestión y Administración Sanitaria se analizaron en sendas ponencias.

Ambos Encuentros, con las comunicaciones y debates correspondientes, serán publicados por la Fundación BBV en los dos volúmenes en los que podrán encontrarse referencias pormenorizadas sobre los temas debatidos. No obstante hemos considerado que era una responsabilidad social presentar a la sociedad española y a sus representantes políticos un Informe en el que se haga una síntesis de los análisis realizados y de las conclusiones más relevantes alcanzadas por los numerosos expertos participantes. Todo ello se concreta en una serie de recomendaciones consensuadas que pretenden no sólo mejorar la formación de los profesionales de la salud, sino que esta formación se adapte a los nuevos escenarios sociales y sanitarios de nuestro tiempo en los umbrales del siglo XXI. Estas recomendaciones han de considerarse expresión del pensamiento de los autores referente a las medidas que deberían tomarse para la resolución de los problemas planteados y nunca como exigencias ni menos como deseo de imposiciones que están fuera de la naturaleza del informe, de la intención de sus autores y del propósito de la Fundación BBV.



Los cambios importantes que se producen en una sociedad no se hacen bruscamente sino que son el resultado de un proceso más o menos lento pero de carácter irreversible en el cual las ideas y las actitudes, así como los conceptos, se van transformando como resultado de actuaciones colectivas que representan la principal fuerza impulsora, aunque pueden existir líderes o conductores capaces de activar los cambios pero que por sí solos no podrían lograr nada si no es con la ayuda de muchos protagonistas que van cooperando en las transformaciones sociales. Esto es lo que la Fundación BBV ha querido poner de manifiesto mediante los dos importantes Encuentros realizados.

No se ha tratado sólo de un ejercicio intelectual de diálogo y debates sino que al margen de esto se ha pretendido ofrecer a los responsables sociales, públicos y privados una información suficiente para la toma de decisiones que hagan posibles los cambios que parecen necesarios en el mundo actual, es decir, poner a disposición de la sociedad diferentes puntos de referencia.

INFORME

A. FACTORES DETERMINANTES DE LOS NUEVOS ESCENARIOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

El profesional de la salud cada vez se encuentra más condicionado por las características del sistema sanitario en el que cumple sus tareas. La función del médico, como profesional de la salud, no puede ser analizada fuera de la sociedad ni del sistema sanitario que ésta democráticamente se ha dado.

Una vez más hay que recordar a Rudolf Virchow, el gran anatomopatólogo del siglo pasado, el padre de la patología celular, cuando afirmaba que “la Medicina es una actividad social hasta la médula de los huesos”.

El condicionamiento social de la salud y de la enfermedad deben entenderlo y tenerlo siempre presente los médicos y el resto de los profesionales sanitarios. Su formación, además de los conocimientos científicos y técnicos necesarios y la adquisición de habilidades y destrezas profesionales, debe estar inspirada permanentemente por el criterio de “lo so-



cial". Nunca como ahora la sociedad ha estado tan presente y exigente no sólo en la actuación profesional del médico y de los demás sanitarios sino también en las etapas y requerimientos de su formación: el ingreso en la universidad, la formación especializada postgraduada, la necesidad de actualizaciones periódicas de su competencia profesional, las posibilidades de empleo y modalidades de vinculación laboral, la conciencia del gasto sanitario, la educación sanitaria de la población, la emergente carrera profesional, etc. son algunos aspectos condicionantes que la sociedad actual ejerce sobre los médicos y, en cierta medida también, sobre el resto de los profesionales de la salud. Es forzoso por tanto que todo esto se tenga en cuenta cuando se habla de la formación de los mismos.

La sociedad moderna se ha "medicalizado", tanto en sus conceptos sobre la propia existencia como en los problemas e inquietudes que la asistencia médico-sanitaria puede suscitar en su organización, desarrollo y funcionamiento y sobre todo por la confianza en la pericia de los profesionales sanitarios, principalmente los médicos por ser directamente responsables del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades.

Los nuevos y complejos escenarios en los que se viene aplicando la asistencia sanitaria en los países



desarrollados están siendo conformados progresivamente por la conjunción dinámica de una serie de factores que, en mayor o menor medida, han modulado y están modulando claramente las tendencias de la Medicina del siglo XXI. Estos factores son, entre otros, los siguientes:

1. El concepto de salud en la sociedad actual

Cada vez es más evidente la preocupación por la salud en las sociedades de los países desarrollados pues de ella depende la calidad de vida de los individuos que han visto aumentar considerablemente las expectativas de prolongación de su existencia. La demanda de asistencia médica y de los beneficios que la sanidad moderna puede ofrecer crece continuamente de forma paradójica, ya que aumenta la demanda cuanto más sana está la población.

El concepto de salud ha tenido significados diversos en las diferentes épocas históricas y en las distintas culturas. La salud, lo mismo que la vida, no puede ser definida con precisión y, de hecho, ambas se encuentran íntimamente relacionadas.

La definición de la Organización Mundial de la Salud (1946), dejó establecido que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y



no simplemente la ausencia de enfermedad” y lanzó también un desafío en la Declaración de Alma-Ata de 1978, al hablar de “Salud para todos en el año 2000”.

La definición de la OMS introdujo una visión holística de la naturaleza de la salud, aunque pecaba de poco realista al declararla como una situación estática cuando en realidad es un proceso evolutivo y cambiante. Esto se ha modificado recientemente (1997) al admitir que la salud es un estado dinámico de cada persona y de la sociedad en la que vive.

La salud no es un hecho, sino un valor personal que cada individuo tiene que ir elaborando a lo largo de toda su vida dentro de su escala de valores, creando hábitos y estilos de vida inspirados y surgidos en un determinado ambiente cultural, histórico y social. La salud, como dice Diego Gracia, es la “apropiación del propio cuerpo”, es por tanto una tarea activa personal e intransferible aunque elaborada dentro de la sociedad en que se vive.

Incluso cuando la salud falta, cuando sobreviene la enfermedad, la construcción subjetiva de la enfermedad, la sensación de estar enfermo es también propia de cada persona y se expresa según su cultura, su situación social, su percepción del mundo, en definitiva, de su personalidad. La preocupación por



la salud depende mucho del nivel económico del grupo social, de la familia y de la nación.

Puede afirmarse por tanto que el nivel cultural y la riqueza o pobreza de sus clases sociales son elementos fundamentales para explicar los comportamientos de los individuos frente a la salud y la enfermedad.

El concepto de bienestar introducido como palabra clave en la definición de la OMS implica, de modo maximalista, la integración de tres conceptos, salud, confort y felicidad todo ello alcanzado y protegido de riesgos en el ámbito del denominado "Estado de Bienestar".

Las ilusiones y expectativas que sobre la salud y sobre el sistema sanitario mantienen las personas que constituyen una sociedad deben partir de dos principios fundamentales: la conciencia de la caducidad de la vida humana individual y la de su deterioro biológico progresivo. Y desde estos dos principios, la conciencia de la vulnerabilidad personal ya que en cualquier momento una enfermedad o un accidente pueden acelerar la caducidad y el deterioro. Esta vulnerabilidad personal exige una responsabilidad a todos los componentes de la sociedad, tratando de evitar aquellos estilos de vida que con toda evidencia son nocivos para el mantenimiento del estado de salud.



En este contexto, la perspectiva tradicional de la Medicina occidental según la cual hay que alargar al máximo posible la supervivencia del paciente, sin más consideraciones, es actualmente inadecuada. Un planteamiento más racional es el que como objetivo se propone que el cuidado de un individuo consiste no tan sólo en añadir años a la vida sino vida a los años.

Dentro de la nueva concepción individual y social de la salud, ésta puede ser medida individual y colectivamente por una serie de indicadores. En este sentido la expectativa o esperanza de vida es un parámetro estadístico útil aunque insuficiente para medir la salud de una persona o de una sociedad, mas para obtener una visión más precisa de la salud individual o colectiva tenemos que desplazar nuestra atención de la cantidad a la calidad evaluando ésta como un parámetro confiable.

2. La socialización de la asistencia sanitaria

Este acontecimiento constituye un fenómeno trascendente de nuestro tiempo. Como se ha señalado, la salud es un valor personal pero que depende del entorno social en el que se vive tanto en su génesis como en su realización. El gran fenómeno social de nuestro tiempo ha sido considerar la salud como



un bien social. La salud, que era un problema sólo individual se ha ido transformando en un problema colectivo que afecta a toda la sociedad la cual se preocupa por el estado de salud-enfermedad de cada ciudadano. Surge así el derecho a la protección de la salud y a los cuidados de la enfermedad, formando parte del último de los derechos humanos adquiridos, especificado en el Art. 25 de la Declaración Universal de los derechos humanos de 1948, lo que ha dado lugar a la instauración y complejidad de los modernos servicios de salud. La creación de los seguros de enfermedad, la política del Estado de Bienestar, los Servicios de Salud, etc. se han ido desarrollando en los países occidentales de forma irreversible, dando lugar a los diversos sistemas asistenciales que, con distintas modalidades de expresión, se observan en la actualidad.

La salud de la sociedad como núcleo temático de la sanidad moderna se ha convertido en una gran fuerza impulsora y renovadora de la mentalidad de los gobiernos, de los contenidos de la medicina, de la forma de organizarse y funcionar los sistemas asistenciales, de los comportamientos sociales, de las actitudes del individuo enfermo y del sano, de la investigación científica, de los contenidos de las profesiones sanitarias, de los procesos educativos y en definitiva de la economía de un país.



3. La crisis del Estado de Bienestar y la escasez de recursos para la asistencia sanitaria

La socialización de la asistencia sanitaria la ha convertido en uno de los grandes problemas sociales y ha contribuido a su transformación en un problema económico prioritario dentro de la conocida crisis del Estado de Bienestar. En los países que desarrollaron en grado diverso los principios protectores del individuo en la sociedad dentro del Estado de Bienestar, los años 70 marcaron el final de una época de bonanza iniciada por los logros conseguidos por el modelo socialdemócrata sueco.

Tras la II Guerra Mundial muchos gobiernos europeos, incluidos algunos conservadores, adoptaron bajo el concepto de "consenso socialdemócrata" la idea de hacer frente a la crisis económica mediante el aumento del consumo social utilizando como palanca el gasto público, apoyado en el incremento estatal de obras y servicios sociales. El sistema pareció funcionar adecuadamente hasta la década de los 70 en que una serie de circunstancias, tales como el incremento de la población trabajadora (debido al aumento de la natalidad y al acceso de la mujer al mercado del trabajo), una mayor presión social e incluso la crisis del petróleo, desencadenaron el estancamiento o la rece-

sión, el final del período de pleno empleo y la apertura de una crisis que aún se mantiene.

Las debilidades por exceso del Estado Benefactor, que puede conducir por falta de estímulo en los individuos a una sociedad parasitaria del Estado al que sus componentes ceden todo protagonismo, obligan a reducir la amplitud de las acciones benefactoras del propio Estado o a modificarlas o recortarlas. Los gastos sociales y especialmente los del sector sanitario no escapan a esta evolución ya que muestran una tendencia al crecimiento imparable, hasta el punto de hacer insostenible al propio sistema.

Los principales factores que en los años 80 obligaron al Reino Unido a recortar servicios sociales y cerrar algunas instalaciones hospitalarias fueron similares a los que pesan gravemente sobre nuestro Servicio Nacional de Salud:

- a) el nuevo concepto de salud en una sociedad cada día más informada ha incrementado la demanda sanitaria.
- b) Los avances tecnológicos, progresivamente más sofisticados, más costosos e introducidos a ritmo más rápido, suponen para los usuarios y para los propios médicos una atracción para su utilización no siempre justificada por la relación coste-eficacia.



- c) El envejecimiento de la población que ha supuesto la multiplicación del gasto sanitario.
- d) La emergencia de nuevas patologías especialmente infecciosas.
- e) El aumento de estilos de vida nocivos y el abuso de sustancias adictivas.

Todo este cúmulo de presiones sobre el sistema sanitario está conduciendo a la insuficiencia de recursos y a la aparición de crecientes tensiones económicas en el propio sistema que justifican, como ya mostraba el Informe Abril, la urgente necesidad de una reforma.

4. Transformación de la estructura social y demográfica

Aunque con distinta intensidad, en todos los países europeos se han producido grandes cambios en su estructura social que rápidamente están transformando muchos de los valores considerados tradicionales. Estos cambios repercuten de forma muy importante en la asistencia médico-sanitaria que es demandada de forma creciente por la población. Los aspectos sociológicos más destacados son el predominio de la estructura industrial o post-industrial de la sociedad, la ampliación notable de las clases me-



días, el mayor bienestar físico y material con el aumento de la renta per capita del que se benefician amplios sectores de la sociedad, el acceso masivo de la mujer al trabajo remunerado y la transformación o quiebra de las relaciones jerárquicas en la familia, en la docencia y en la administración. A esto se añaden los factores demográficos que reflejan el envejecimiento progresivo de la población, como ya se ha señalado, con un aumento notable de las expectativas de vida, lo que produce mayor demanda asistencial y la necesidad de una organización de ayuda social que ha ido retrasada en comparación con el incremento de la asistencia médico-sanitaria.

La actual situación demográfica española ofrece en su conjunto rasgos muy parecidos a los de sus vecinos europeos: una mortalidad y natalidad muy bajas, una población en vías de envejecimiento y una incipiente inmigración originaria en países pobres.

El envejecimiento de la población tendrá una repercusión directa sobre el sistema de pensiones y sobre los gastos sanitarios y sociales. Sin embargo, es importante señalar que en España, en la década 1986 a 1996, han sido las nuevas tecnologías y las patologías emergentes, especialmente el SIDA, y no el envejecimiento de la población, los factores que más han contribuido al incremento en el coste del producto sanitario haciendo que el Sistema Nacional



de Salud universalizado y equitativo sea financieramente inestable y en algunos aspectos poco eficiente.

5. El Sistema Nacional de Salud en España

En España, lo mismo que en los demás países occidentales, la asistencia médica se ha ido transformando de una manera rápida y profunda si se la compara con la forma de asistencia médica y sanitaria de hace 30 ó 40 años.

La transformación se ha producido por la acción de diversos factores, entre los cuales los más importantes han sido el progreso científico y tecnológico de la Medicina, la colectivización de la asistencia sanitaria y los cambios sociológicos, activados y orientados por un propósito final de ordenación.

El concepto de asistencia médica se ha ido ampliando paulatinamente al de asistencia sanitaria, que comprende no sólo la Medicina curativa, sino también la prevención de las enfermedades, la educación sanitaria de la población y la promoción de la salud. La colectivización de la asistencia sanitaria, iniciada en España en 1944 con la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, se fue extendiendo a toda la población española a través de la Seguridad Social establecida en 1963 y posteriormente comple-



tada por el Sistema Nacional de Salud que se introduce por la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986.

El sistema público de asistencia sanitaria, que en la actualidad ya es prácticamente financiado en su totalidad por los presupuestos generales del Estado, fomenta la solidaridad social, la equidad y la universalidad ya que cubre con sus prestaciones a la totalidad de los ciudadanos.

Además de estos aspectos políticos, la asistencia sanitaria pública durante el proceso de su desarrollo y extensión, ha contribuido decisivamente a la actualización de la Medicina española no sólo en sus aspectos asistenciales, creando una amplia red de modernos hospitales en todo el país, sino también contribuyendo a la formación de médicos especialistas y enfermeras de gran nivel profesional, así como al fomento de la investigación biomédica a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Esta profunda transformación de la asistencia médico-sanitaria se ha realizado en las últimas décadas con planificación y recursos centralizados, basados fundamentalmente en los principios del Derecho administrativo, configurando una organización de tipo burocrático con escasos incentivos para el comportamiento eficiente. El gasto sanitario se mantiene, sin embargo, en niveles inferiores al de los países de

nuestro entorno o similares si tenemos en cuenta la diferencia en renta per capita. La cuestión está en cómo controlar la inevitable tendencia al alza del gasto sanitario en el marco de las posibilidades, teniendo en cuenta las preferencias de la sociedad.

Con el aumento de la demanda social de asistencia sanitaria debido a la mejora del nivel de vida, al envejecimiento de la población y a la necesidad de incorporar servicios y tecnologías modernas en un entorno de recursos cada vez más limitados, se impuso la necesidad de introducir reformas que permitieran obtener mayor eficiencia del sistema asistencial. La Comisión de Análisis de Evaluación del S.N.S. (“Comisión Abril”), en su Informe emitido en junio de 1991, entre otras medidas recomendaba promover mecanismos de autonomía responsable en los gestores del sistema, separando la financiación de la provisión de servicios, el fomento de la competitividad gestionada dentro del concepto de “mercado interno” sanitario, promover la conciencia del gasto tanto en los profesionales de la salud como en los ciudadanos y obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

Estas tendencias renovadoras de la asistencia sanitaria, comunes a la mayor parte de los sistemas asistenciales europeos, coincidieron en España con la iniciación de la transferencia de la competencia sani-



taria a diversas comunidades autónomas lo que en cierto modo ha facilitado las medidas reformadoras que poco a poco y no sin dificultades, se van implantando, casi siempre con carácter experimental.

La planificación y ordenación sanitaria corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de la coordinación general que es competencia del Estado. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud compuesto por representantes de las Comunidades Autónomas, tiene una gran importancia como órgano permanente de “comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal”, pareciendo conveniente que en el futuro amplíe la esfera de su responsabilidad para hacer efectiva la coordinación de un sistema de salud descentralizado.

La mayor parte de la asistencia sanitaria del S.N.S. se presta con medios propios, de titularidad estatal o autonómica. El sistema contrata ordinariamente con entidades privadas ciertos servicios de hospitalización (especialmente de actividad quirúrgica), algunas pruebas diagnósticas, los transportes sanitarios y en el medio rural, locales de consultas para la atención primaria que van siendo sustituidos por la construcción de centros de salud.

La empresa privada tiene una participación minoritaria aunque significativa, dentro del dispositivo sa-



nitario español y depende en gran medida del Estado a través de los concertos con la Seguridad Social y con las mutualidades públicas de funcionarios.

En lo que a la asistencia y a la docencia se refiere la introducción del Sistema Nacional de Salud tuvo consecuencias espectaculares.

- a) La práctica de la Medicina pasó de ser predominantemente domiciliaria a convertirse en hospitalaria. El nuevo modelo de hospital, denominado en principio “residencia” para obviar con eufemismo el ingrato recuerdo de los antiguos hospitales de la Beneficencia, pasó a ser el centro del Sistema Sanitario. En consecuencia la práctica de la Medicina se convirtió en “hospitalocéntrica”.

La Medicina hospitalaria ha tenido en nuestro país un extraordinario desarrollo convirtiéndose en el centro de la atracción tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios. Sin ninguna duda, esto ha sido beneficioso para todo el sistema asistencial, a pesar de los desequilibrios producidos con la Medicina extrahospitalaria y el gran coste económico de este tipo de asistencia.

Afortunadamente, tras el período de asentamiento del hospital como centro o pivote de



la asistencia sanitaria se asiste en la última década a la potenciación del papel de la asistencia extrahospitalaria en general y especialmente de la asistencia primaria.

Por otra parte, el incremento de las intervenciones quirúrgicas realizadas como cirugía ambulatoria y como cirugía en hospital de día, tras la introducción masiva de la cirugía mínimamente invasiva (cirugía endoscópica como paradigma) están provocando una disminución progresiva del número de camas en los nuevos hospitales.

- b) El médico en su actividad profesional fue alejándose paulatinamente del clásico modelo generalista para tratar de ser especialista a causa de la progresiva complicación tecnológica de los procesos diagnósticos y de los métodos terapéuticos.
- c) La enseñanza de la Medicina hubo de completar su clásico esquema de formación pregraduada de médicos generales, cumplido en las Facultades de Medicina con otro esquema basado en una formación postgraduada de especialistas (Sistema MIR) destinados a trabajar de preferencia en las instituciones hospitalarias del Servicio Nacional de Salud que en su mayoría contribuyen a esta formación especializada.



6. De la Medicina curativa a la Medicina preventiva. El papel de la atención primaria

En el siglo XX se ha puesto en evidencia que las intervenciones sanitarias de Medicina preventiva han tenido un impacto muy favorable en el estado de salud de todos los países. El hecho de que este impacto haya sido más grande en los países desarrollados, es una demostración de la influencia del nivel económico en el estado de salud de una población. Los beneficios de la Medicina preventiva son más notables cuando se logran mediante la interacción de la práctica de la Medicina curativa con la preventiva hasta el punto de que ya empieza a hablarse de la modalidad de "Medicina clínica preventiva".

El progreso de la Medicina en el siglo XXI vendrá condicionado en gran parte por la contribución que la Epidemiología y la informática médica (disciplinas en las que se apoya la Medicina preventiva) hagan al análisis de las intervenciones clínicas curativas y de programas de prevención enfocados a nivel individual y comunitario. También cabe esperar la adquisición de nuevos conocimientos en el área de la psicología social que orienten a los profesionales de la salud en el diseño de estrategias para incidir favorablemente en los estilos de vida que deben adoptar los individuos y la sociedad. En las sociedades democráticas, la libertad individual debe respetarse



pero al mismo tiempo es necesario que los individuos y la sociedad sean conscientes de la responsabilidad que tienen de evitar estilos de vida de alto riesgo y de apoyar políticas sanitarias que den más prioridad que hasta ahora al destino de recursos económicos y humanos hacia la prevención de enfermedades.

Cabe resaltar la importancia extraordinaria de que los futuros profesionales de la salud adopten actitudes positivas sobre la Medicina preventiva, adquieran conocimientos de la misma y recojan abundante experiencia en el proceso de integración de la Medicina preventiva con la curativa.

El profesional de la atención primaria sanitaria debe reorientar su práctica cambiando el sentido de su actuación de modo que tenga más carácter prospectivo que retrospectivo. Su actuación debe incidir favorablemente no sólo en el individuo que está bajo su cuidado por padecer una enfermedad sino también en la comunidad, estableciendo programas encaminados a mejorar el nivel de salud de la población.

Esta conciencia preventiva debe estar presente también en el proceso diagnóstico en la atención primaria que debe tener en cuenta las probabilidades de un determinado diagnóstico de acuerdo con una evaluación epidemiológica de las tasas de prevalencia



e incidencia de enfermedades y de los factores de riesgo en la población.

Una de las necesidades más acuciantes de toda sociedad es la adquisición de conocimientos, actitudes y hábitos de conductas que propicien el desarrollo de una buena salud comunitaria. Para lograrlo es preciso que los profesionales de la salud estén bien capacitados para llevar a cabo programas eficaces y efectivos de educación en salud destinados a la población en general o a grupos específicos (escolares, trabajadores de empresa, miembros de asociaciones cívicas y deportivas, etc.). El éxito de esta educación pública depende de dos factores principales: uno, es el adiestramiento en técnicas de comunicación y otro, es el establecimiento de colaboraciones fructíferas con los medios de prensa para que la transmisión y difusión de mensajes sean lo más extensas y eficaces posibles.

7. La transformación de la relación médico-enfermo

En estos nuevos escenarios de la asistencia sanitaria la relación médico-enfermo se encuentra actualmente en situación precaria. Las razones son entre otras las siguientes:

- a) Se ha acentuado la tensión que siempre ha existido entre las ciencias aplicadas a la Medicina, ciencias biomédicas, y el denominado arte clínico con una evidente depreciación de éste.
- b) La relación médico-enfermo tradicionalmente paternalista, ha pasado a convertirse en una relación entre adultos, en la que se exige por el paciente una explicación de las decisiones diagnósticas y terapéuticas que son propuestas por el médico y que necesitan, para ser aplicadas, del llamado consentimiento informado del propio paciente o de sus familiares. Paralelamente con este cambio en la relación médico-enfermo se incrementan las demandas judiciales por “mala práctica” o práctica médica incorrecta, una expresión más de la desmitificación progresiva de la Medicina y de los médicos y del papel creciente de los enfermos en la toma de decisiones que les afectan.
- c) Han aparecido nuevas y más graves dificultades para esta relación médico-enfermo, derivadas del ineludible desarrollo de la economía de la salud y de la masiva introducción de sistemas de gestión de recursos en la asistencia sanitaria (“managed care”) definidos

por la aplicación en la asistencia sanitaria de estrategias de organización y la consecución de objetivos propios de la gestión económica, de personal, de recursos físicos, etc. que procuran conseguir una calidad aceptable de dicha asistencia al mínimo coste posible. Esto puede crear situaciones confusas e incluso problemas éticos en la actuación profesional del médico.

- d) Los avances tecnológicos que han propiciado que la Medicina actual sea tan efectiva y costosa, han contribuido a aislar al médico, rodeado de excesivo “ruido informático y tecnológico”, del paciente como persona.

En estas difíciles condiciones, un arte médico tan antiguo como es el de escuchar al paciente, está siendo amplia y continuamente ignorado. Se olvida que el conocimiento médico que se aplica en el trascendental proceso que conduce a la toma de una decisión respecto al paciente, se compone de historias, la que cuenta el paciente y la que escribe y reescribe el médico. El conocimiento médico tiene pues una estructura narrativa de la cual un componente inevitable es un cierto grado de incertidumbre, lo que quiere decir que la Medicina clínica es en gran parte una actividad interpretativa que trata de ajustar las abstracciones científicas a los casos individuales.



A pesar de la reciente aplicación en la práctica clínica de la “Medicina basada en evidencias” mediante el acceso informático a experiencias significativas basadas en ensayos clínicos y meta-análisis, cuando se va a proceder a tomar decisiones que afectan al paciente, quedan abundantes zonas grises.

Lo que sí es evidente es que la relación médico-enfermo sigue siendo clave en la actividad médica. La Medicina es en su núcleo básico, una empresa moral fundamentada en un pacto de confianza entre médico y paciente. Ese pacto de confianza obliga a los médicos a ser competentes y a mantener su competencia en el transcurso de su vida profesional, a utilizarla siempre en beneficio del paciente y a asumir su responsabilidad.

B. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LOS ACTUALES ESCENARIOS DE ASISTENCIA SANITARIA

1. Ideología de las profesiones

Como memoria histórica de los orígenes claramente religiosos del concepto de profesión, toda actividad profesional se caracteriza, en principio, por tratarse de una entrega a una labor, confesada o ratificada públicamente.

El verdadero profesional es siempre un individuo "consagrado" a una causa de gran transcendencia social y humana. Por eso, los profesionales han gozado siempre de una situación social de privilegio, probablemente por ser éste el modo mediante el cual la sociedad intenta compensar a quienes se han consagrado a los menesteres que ella considera más importantes. En este sentido, si bien la sociedad exige del profesional la "consagración" y la "excelencia" en su labor, le recompensa otorgándole un puesto de excepción.

Desde este trasfondo histórico, puede decirse que la base ideológica de las profesiones en general, y de la profesión sanitaria en particular, se sustenta en las siguientes proposiciones:

- a) Las actitudes, las habilidades y los conocimientos, necesarios para un determinado ejercicio profesional quedan fuera del alcance de los legos, del mundo laico o no experto, lo que justifica la autonomía de dicho ejercicio.
- b) La adquisición por un profesional de estos valores exige que su formación se realice al máximo nivel del sistema educativo, es decir la Universidad, la cual sería el instrumento de la transmisión de los conocimientos, habilidades y actitudes, así como de su creación. No obstante, el conocimiento académico, adquirido en la Universidad, a través del cual los profesionales justifican su identidad y su "status social", es un conocimiento que se caracteriza por su naturaleza teórica, generalizable, organizado en disciplinas, que se expresa en un lenguaje esotérico para los no iniciados. El conocimiento profesional es de carácter individual, tácito, es decir, no explícito, no generalizable y utilitario. Dicho de un modo más directo, si los conocimien-

tos académicos consisten en “saber el qué”, el conocimiento profesional, aunque se fundamenta en el conocimiento teórico, lo excede con creces.

- c) Los profesionales justifican su “status” social en virtud de la calidad de los servicios que prestan, los cuales son valorados por la sociedad como de mayor valor que la contraprestación que reciben.
- d) Los profesionales defienden la autonomía individual en el trabajo profesional, el cual sería valorable únicamente por otros miembros de la corporación profesional y cuya característica sería la racionalidad científico-técnica derivada de la base de conocimientos propios de la profesión.
- e) Frente a la presión de la sociedad, los profesionales defienden la auto-regulación de la calidad de su trabajo mediante un código deontológico propio.

Las profesiones sanitarias son, por definición, de carácter social, aunque en ellas y como fruto del desarrollo tecnológico cabe distinguir diferentes grados de componente social que podría valorarse por el grado de comunicación con el ser humano, sano o enfermo. Cabe separar dos grupos: el primero cons-



FUNDACION BBV

tituido por médicos y enfermeras con una proyección humana directa y el otro por aquellas profesiones no sanitarias en su origen que han encontrado en la asistencia sanitaria un campo de especialización (físicos, químicos, biólogos, ingenieros, economistas, etc.). En todo caso el trabajo interdisciplinario y cooperativo entre las diversas profesiones sanitarias está siempre presidido por el denominador común de su orientación social.

2. Los médicos

El profesional de la salud por antonomasia es el médico, figura clave en el sistema sanitario, aunque es evidente que sin la actividad complementaria y coordinada de otros profesionales de la salud la asistencia sanitaria no sería posible.

Todos los factores que tan poderosamente han ido configurando la estructura de la asistencia sanitaria actual, forzosamente están repercutiendo también en el pensamiento y en los contenidos profesionales de los médicos en relación con el ejercicio de su profesión y con las demandas de una sociedad que se desarrolla activamente y aumenta sus exigencias de forma creciente. En cierto modo, dentro de la profesión médica se percibe un cierto grado de incertidumbre o desorientación que trastorna el deseado



equilibrio interno que debe existir y que influye también sobre el proyecto educativo de la profesión.

Históricamente, el médico ha trabajado siempre de forma independiente con una responsabilidad frente al enfermo que empezaba y terminaba en sí mismo y que era remunerado de forma directa por su paciente con el que tenía una relación directa de tipo paternalista y protector. Sus limitaciones diagnósticas y terapéuticas eran en cierto modo compensadas, en cuanto a la atención del enfermo, con la confianza que inspiraba y que era eficaz en el consuelo y en la disminución de la ansiedad y la angustia provocadas por la enfermedad. Este panorama ha ido cambiando rápidamente hacia las formas actuales del ejercicio profesional del médico cuyas principales características son:

El individualismo en su trabajo y la percepción directa de su remuneración por parte del paciente han sido sustituidos por el trabajo en equipo dentro de estructuras asistenciales de tipo colectivo, financiadas por terceros que en ocasiones plantea dilemas entre la dependencia de sus patronos y las exigencias de sus enfermos lo cual origina formas de práctica profesional diferentes a las tradicionales. En la actualidad, el médico trabaja dentro de un equipo multidisciplinario colaborando con otros médicos y también con otros profesionales sanitarios de tal forma, que

su capacidad de decisión está fuertemente encuadrada en las formas y conductas de actuación del equipo.

El médico tiene que conocer cada vez con más precisión y exigencias los conocimientos científicos de su profesión ya que la capacidad diagnóstica y terapéutica, al ir aumentando su eficacia, aumenta también los riesgos de una torcida aplicación. El rápido cambio de los contenidos científicos y técnicos de la Medicina le exige estar atento a la trascendencia de dichos cambios en su profesión por lo que tiene que actualizar clínicamente su competencia profesional a través de actividades de formación continuada. Dado el crecimiento continuo del gasto sanitario el médico tiene que considerar los aspectos económicos de su actividad profesional, cosa que no había ocurrido antes. Ha de colaborar también en la gestión interna de su servicio o unidad, favoreciendo la convivencia entre los componentes del equipo, colaborar en los controles internos de la calidad de su actuación y comprender y ayudar a las autoridades del centro donde trabaja para la eficacia global del mismo. El médico de nuestros días no puede limitarse sólo a la Medicina curativa clásica sino que ha de completarla con medidas preventivas cada vez más importantes y decisivas en la prevención de las enfermedades y en la educación sanitaria de la población. Consecuencia de todos los cambios que se van

produciendo y que repercuten en las mayores posibilidades de actuación de la Medicina, son los aspectos éticos y jurídicos de la actuación médica, cada vez mayores y que han de tenerse en cuenta por los profesionales sanitarios y especialmente por el médico del que depende en último término la decisión diagnóstica y terapéutica.

Todas estas circunstancias hacen que el médico de hoy sea un profesional bastante diferente del que existía hace pocos años, lo que produce conflictos e incertidumbres en el momento de presentar actuaciones de futuro tanto individuales como corporativas.

La formación o educación de un médico es hoy un proceso extraordinariamente complejo que consta de tres fases: la formación pregraduada, que culmina con la licenciatura en medicina, la formación postgraduada o especializada, que termina con la titulación de especialista y la formación continuada, que en un médico, éticamente responsable con la sociedad, no tiene fin.

Entendida en este contexto la formación integral y sucesiva de un médico, son las Facultades de Medicina las que para cumplir la formación pregraduada reciben, aplicando criterios de admisión, el flujo de alumnos, los cuales, tras pasar, en lo que atañe a las enseñanzas clínicas, por los hospitales asociados a la universidad, terminan como licenciados.



En la formación postgraduada el circuito es distinto. Es en los hospitales acreditados para la docencia, conjuntamente por los Ministerios de Educación y de Sanidad, en los que se desarrolla la formación especializada que culmina con el título de especialista que formalmente otorga el Ministerio de Educación y Cultura.

Los planes de formación de los profesionales de la salud, en lo que se refiere a la formación pregraduada, se han fundado en principios educativos excesivamente académicos, inducidos hacia esta línea dominante por presiones de cátedras o departamentos, más atentos a asegurarse parcelas de poder que a conseguir un diseño que adecue el producto final, un licenciado, a la formación postgraduada especializada de acuerdo con las necesidades reales de la sociedad.

Deducidos de los cambios tecnológicos, científicos y sociopolíticos actuales, los rasgos generales a tener en cuenta en la formación de estos profesionales serían las siguientes: La tendencia a la especialización, la exigencia de contención y racionalización del gasto, el desplazamiento de la práctica clínica desde el hospital a la comunidad, el desarrollo científico y tecnológico, todos los aspectos psicológicos y la "responsabilidad social" de la enfermedad.



Las directrices sobre práctica médica de la Unión Europea dejan definitivamente claro que ya no es posible el ejercicio profesional sin una formación especializada acreditada (incluyendo, claro está, la formación postgraduada necesaria para los médicos generalistas). La licenciatura ya no pretende formar un médico general, sino llevar a cabo una introducción a la especialización.

Cuando los médicos trabajan en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, sus actuales características, como profesionales de la salud, son las siguientes:

- a) Están vinculados al Sistema Nacional de Salud mediante una relación estatutaria de carácter funcionarial.
- b) Carecen de estímulos externos que incentiven la búsqueda de la excelencia en su labor.
- c) Son muy escasas y muy lentas las perspectivas de progreso profesional.
- d) Es muy insuficiente o nula su identificación con el centro de trabajo en que cumplen su función.

La modificación y, en su caso, mejoramiento de estas circunstancias son medidas urgentes que deben ser tomadas por los que tienen capacidad de decisión en la asistencia sanitaria y en la universidad.



3. Los farmacéuticos

El profesional farmacéutico tiene como misión fundamental la dirección y responsabilidad exclusiva en todo aquello relativo a la preparación, formulación y dispensación responsable de fármacos y medicamentos a la sociedad.

En el siglo XIX fue constituida la Junta Superior Gubernativa de Farmacia y en 1845 iniciaron sus actividades las primeras Facultades de Farmacia en algunas de nuestras Universidades.

Las enseñanzas cuya adquisición satisfactoria permiten la obtención del título de Licenciado en Farmacia, en el marco establecido por la Directiva 85/432/CEE de la Unión Europea, tienen como objetivo proporcionar a este licenciado:

1. Un conocimiento adecuado de los medicamentos y de las sustancias utilizadas para su fabricación.
2. Conocimientos adecuados de la tecnología farmacéutica y del control físico, químico, biológico y microbiológico de los medicamentos.
3. Un conocimiento preciso del metabolismo, de los efectos de los medicamentos y de la acción de los tóxicos, así como de la utilización de aquéllos.



4. Conocimiento para evaluar los datos científicos relativos a los medicamentos para poder proporcionar, sobre esta base, la información apropiada.
5. Conocimiento de las condiciones legales, sociales, económicas, etc. en materia del ejercicio de las actividades farmacéuticas.
6. Conocimientos apropiados en salud pública, educación sanitaria y de los análisis clínicos relacionados con la salud pública.

Terminados los estudios correspondientes a una licenciatura de 5 años, el farmacéutico además de la oficina de farmacia, para la dispensación de medicamentos, posee potencialmente variados campos de actuación profesional, tanto en el sector público (Salud y Consumo, Medio Ambiente, Industria, Administración Local, Defensa, Trabajo y Seguridad Social) como privado (Industria Farmacéutica, Cosmética, Alimentación y Dietética, etc. así como en el sector de la enseñanza y la investigación (Universidad, CSIC, FP, etc.).

La profesión de farmacéutico se encuentra en plena transformación para adaptarse a las nuevas demandas de la sociedad. Ello hace necesario superar la imagen estereotipada del farmacéutico ligado a la dispensación de medicamentos, para situarle como



profesional de la salud cada vez más implicado en una amplia gama de servicios a la población. Por otra parte, la oficina de Farmacia puede ser el lugar adecuado para hacer educación sanitaria y campañas sanitarias que integren al ciudadano en el sistema.

El farmacéutico debe participar activamente en el desarrollo de una política sanitaria global, quedando situado en el marco de la atención primaria de la salud, promoviendo la utilización racional de medicamentos y asesorando sobre los hábitos más saludables de vida.

4. Los profesionales de la enfermería

En el muy cambiante panorama de las profesiones sanitarias es probablemente la figura de la enfermera (se emplea preferentemente el término enfermera, para designar el profesional de la enfermería, cualquiera que sea su género) donde más y profundos cambios se han observado en los últimos años en nuestro país.

En las últimas décadas ha surgido un nuevo perfil profesional para las enfermeras, que ha hecho ampliar el papel que venían desempeñando, modificar sus esquemas de relación con los médicos y trabajar en coordinación y equipo con otros profesionales sa-



FUNDACION BBV

nitarios (fisioterapeutas, técnicos, dietistas, estomaterapeutas, etc.).

Sin abandonar del todo su figura tradicional de cuidado directo de los enfermos agudos en los centros hospitalarios, se plantean ahora otros ámbitos de actuación para el profesional de la enfermería, tales como la atención primaria, la salud escolar y laboral, la gestión de servicios, etc.

Las bases normativas para la formación de profesionales de la enfermería en España son: a) la inclusión en 1977 de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (antigua titulación de estos profesionales) en la Universidad; b) la existencia de directivas de la Unión Europea sobre la formación de enfermeros/as generalistas, de obligado cumplimiento en nuestro país.

Esta situación de cambio ha provocado imprecisión de los objetivos, con dificultades para definir el perfil formativo ideal para la enfermera/o.

Las enseñanzas de la Diplomatura de Enfermería se rigen por las directrices generales establecidas por el Ministerio de Educación y Ciencia en 1980 y tienen una duración de tres años. En principio, la educación que se da a los estudiantes de las Escuelas de Enfermería les capacita como enfermeros/as generales, para trabajar en cualquier ámbito laboral existente.



La formación especializada en Enfermería tiene una legislación de referencia en el Real Decreto de 1987 sobre establecimiento del título de enfermero/ra especialista. En él figuran las siguientes especialidades, de las cuales solamente la primera (matrona) ha sido puesta en marcha:

- Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).
- Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermero Infantil.
- Enfermería de Cuidados Especiales.
- Gestión y Administración de Enfermería.

5. Los profesionales de los laboratorios clínicos

El concepto de Laboratorio Clínico engloba todas las actividades técnicas y profesionales que realizadas con finalidades de diagnóstico, pronóstico y control del tratamiento de las enfermedades se llevan a cabo en laboratorios de análisis químicos, físico-químicos o biológicos.

Las especialidades propiamente de laboratorio son: Análisis Clínicos, Bioquímica Clínica, Microbiología y Parasitología e Inmunología.

Otras especialidades implican, en mayor o menor grado aspectos de laboratorio, como la Anatomía Pa-



tológica, la Hematología y la Medicina nuclear. En España los profesionales sanitarios dedicados al Laboratorio Clínico han sido tradicionalmente Médicos y Farmacéuticos. Posteriormente se añadieron licenciados en Biología y en Química y muy recientemente algunos licenciados en Bioquímica. El acceso a la formación de especialistas es a través de las pruebas conocidas con las siglas MIR, FIR, QUIR y BIR. En España los licenciados en Medicina tienen acceso a todas las especialidades de Laboratorio Clínico. Los farmacéuticos y los químicos pueden optar a Análisis Clínicos, Bioquímica Clínica y Microbiología y Parasitología. Hay que hacer constar que mientras los médicos y los farmacéuticos disponen de la Ley de especialidades y de unos Consejos Nacionales de Especialidades que les amparan, los licenciados en Biología y Química no tienen Comisión ni Consejo que les represente y de hecho no reciben título de especialista al acabar su formación ya que dicho título legalmente no existe.

6. Gestores sanitarios

En los últimos quince años se ha establecido, entre los profesionales de la salud, la función de gestor sanitario.

Si bien en la tradición hospitalaria con su dualidad de funciones entre el Director médico y el



Administrador, la función del Administrador era la de “hacer números”, es decir, administrar los recursos obtenidos, la función de los gestores sanitarios es más compleja que la de administrar ya que incluye tomar decisiones y responsabilizarse de los resultados obtenidos.

En la gestión sanitaria, considerada de modo genérico, cabe distinguir entre el gestor profesional responsable de un hospital o de un área sanitaria y el profesional, médico o enfermera que tiene entre sus responsabilidades alguna relacionada con la gestión de recursos.

Lo que distingue al gestor es la capacidad de gestionar y de integrar diversas habilidades.

Existe una gran variación en los países de la Unión Europea con respecto a la formación básica de los Gerentes de Hospitales. En la mayoría de ellos son licenciados en Economía, seguidos, en porcentaje por licenciados en Medicina. Únicamente cinco países disponen de un programa práctico para la formación de Gerentes y Directores de Hospitales.

El gestor no originado en el mundo sanitario, es decir el gestor no médico, debe contar siempre con su ignorancia en el campo profesional sanitario en el que ejerce su función y al no existir una formación específica reglada, la fuente de su formación estriba



en el tiempo de estancia en la institución, por lo que parece lógico que se rodee de personas especialmente capacitadas en la asistencia sanitaria con las que debe establecer una relación mutua de confianza.

Los gestores clínicos que por su parte no son profesionales de la gestión, conjugan instrumentos que son comunes a la organización y gestión de las empresas con instrumentos derivados del análisis de la propia práctica clínica. Para ello, además de su formación sanitaria deben recibir una formación complementaria en lo que se refiere a la gestión que debe incluir problemas de organización, planificación, contabilidad, dirección de equipos humanos, informática, clasificación "case mix" y protocolos clínicos.

C. LA FORMACIÓN DE NUEVOS MODELOS DE PROFESIONALES PARA LA ASISTENCIA SANITARIA

Ante los cambios producidos en la concepción de la salud y en la asistencia sanitaria se hace evidente la necesidad de adecuar la formación de los profesionales de la salud a los nuevos escenarios descritos, tanto más cuanto la formación de estos profesionales no se ha modernizado de forma paralela a las transformaciones de la Medicina y de su práctica.

El evidente retraso en la evolución de los métodos y de los contenidos formativos de los profesionales sanitarios y su asincronía con los cambios asistenciales está dando lugar a conflictos y dificultades que deben ser corregidos y superados.

Tres proposiciones iniciales han de ser tenidas en cuenta en la formación de cualquiera de estos profesionales sanitarios:

1. Debe existir una adecuación entre el número y características de los profesionales sanitarios y las necesidades de la sociedad. Esta in-

vierte recursos en la formación y ofrece los empleos, por lo que no debe producirse malversación de recursos y de esfuerzos. Para conseguir una adecuada utilización, es necesaria la estrecha cooperación entre la administración sanitaria y la educativa, más estrecha de la que ha existido hasta ahora y existe en la actualidad.

2. La formación de los profesionales sanitarios no es únicamente una formación profesional sino también en gran parte una formación universitaria que ha de ser bien definida en sus objetivos y contenidos, planteándose si esta formación "académica" ha de adquirirse únicamente en la universidad o si también podría completarse en otras instituciones docentes.
3. La formación actual de los profesionales sanitarios, especialmente la de los médicos y enfermeras, es preferentemente una formación en servicio tanto en la etapa pregraduada como en la postgraduada. Esto supone que el ambiente docente, tanto hospitalario como el de los demás centros sanitarios ha de ser acogedor, bien organizado, estimulante, creativo ya que el aprendizaje más eficaz del estudiante y del graduado, se hace en gran parte por



autodescubrimiento o autoaprendizaje. La acreditación docente de los hospitales y de los demás centros sanitarios como los de salud en atención primaria, debería tener en cuenta no sólo la calidad de los servicios aislados sino un clima general de la institución que fuera positivo para la docencia y el aprendizaje.

1. La formación de los médicos

Como se ha señalado, son tres las etapas en las que se encuadra y se desarrolla, sucesivamente, el largo y complejo proceso que conduce a la formación y educación de un médico: formación pregraduada, formación postgraduada y formación continuada. Tres etapas delimitadas por dos signos administrativos: entre la primera y la segunda el título de licenciado en Medicina, la graduación, y al culminar la segunda etapa, la obtención del título de especialista o especialización. La formación médica continuada, no tiene fin en la educación de un médico si en verdad se trata de una vida profesional responsable dentro de la sociedad en la que la ejerce.

La formación de los médicos y las consiguientes titulaciones que acreditan sus competencias ha de ser contemplada hoy en el contexto de la Unión Euro-

pea, a la cual España pertenece. Esta integración significa la pertenencia a un espacio médico comunitario en el que se ha puesto en marcha la libre circulación de los profesionales de la Medicina.

a) Formación pregraduada

La formación pregraduada, cumplida en las Facultades de Medicina, termina con un título académico de licenciado en Medicina, que por sí solo, a diferencia de lo que ocurría hasta ahora, no culmina ni autoriza para el ejercicio de la Medicina en los sistemas públicos sanitarios de los países de la Unión Europea, ya que ha de realizarse una formación complementaria, postgraduada, en la Medicina general al menos durante dos años para poder actuar como profesional.

La formación pregraduada era hasta el desarrollo en España del sistema MIR para la formación de especialistas, el único proceso formativo verdaderamente estructurado para la educación de un médico. Esta formación pregraduada de los médicos, etapa que precede y, por ello, tanto condiciona a la formación postgraduada, continúa siendo una gran asignatura pendiente en nuestro país.

La formación pregraduada sigue desarrollándose en el ámbito de la Universidad y bajo la responsabilidad directa de sus Facultades de Medicina. Estas



instituciones se hallan todavía aisladas de la globalidad del proceso educativo del médico o, al menos, no suficientemente implicadas en la sociedad y en el sistema sanitario, aunque desde el punto de vista de la enseñanza clínica esta formación pregraduada se integra ya con los diversos hospitales docentes de dicho sistema. El viejo modelo de hospital clínico, relacionado íntimamente con una Facultad de Medicina ha dado paso a los hospitales asociados acreditados para la docencia, la mayoría de ellos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

La formación pregraduada debe entenderse hoy como el proceso mediante el cual se consigue la educación del médico en su triple vertiente de adquisición de conocimientos, entrenamiento en habilidades técnicas y, de modo muy especial y muchas veces olvidado, de formación de las actitudes apropiadas para ejercer como médico su función en la sociedad.

Hoy, el objetivo primario de la educación del médico ya no es el ejercicio inmediato de la profesión, tras obtener el título de licenciado en Medicina, sino el de alcanzar los conocimientos, las habilidades y las actitudes apropiadas para poder iniciar y culminar con éxito la formación médica especializada.

Esta nueva situación convierte en apremiante, en el contexto de la Unión Europea, la necesidad de llevar a cabo una verdadera redefinición de los objeti-



vos de la formación pregraduada de los médicos, la cual redundará, sin duda, en beneficio de la formación especializada y, desde luego, de la propia formación pregraduada.

Y esta necesidad se fundamenta en el hecho de que los principios, en conjunto razonables, que guiaron la reforma de los planes de estudio, cuyas directrices se publicaron por el entonces Ministerio de Educación y Ciencia en 1990, fueron desvirtuándose, confirmando las advertencias y reclamos que todos sus actores habían expresado. Ahora, la cuestión final es decidir si es posible y conveniente mejorar el “nuevo plan de estudios” o, si por el contrario, conviene abordar la implantación de otros modelos educativos, como los “planes de estudios orientados a problemas” (PEOP), así como el desarrollo de los denominados “laboratorios de habilidades”. Unas regulaciones flexibles, de acuerdo con la autonomía universitaria, un número suficiente de docentes concienciados y adecuadamente motivados y la colaboración de los estudiantes, deberían permitir la implantación de los nuevos modelos educativos en aquellos centros en los que las condiciones estructurales y los modelos mentales lo permitieran, dejando a los más prudentes o recelosos como grupo comparativo para una evaluación a medio plazo de los resultados.



El nuevo perfil del médico recién licenciado, es decir, de aquel que se halla adecuadamente preparado para acceder a la formación especializada que le corresponda, ha sido acertadamente descrito por un "Comité Central de Coordinación de la Educación Médica de los Países Bajos", en el que participaron todos los responsables de ambas etapas del proceso formativo, en un documento titulado "Objetivos de la formación médica pregraduada en Holanda", publicado en el año 1994, en el que se tienen muy en cuenta, de forma explícita, las recomendaciones del Comité Consultivo para la Formación de los Médicos de la Unión Europea.

Los aspectos más destacados del nuevo perfil que cabe exigir al recién graduado serían las siguientes:

- a) Haber desarrollado la capacidad de resolver problemas clínicos y de tomar decisiones.
- b) Haber adquirido un amplio conjunto de conocimientos y de habilidades que le permitan seguir cualquier programa de formación postgraduada.
- c) Haber sido educado científicamente, no tan sólo en cuanto a conocimientos, sino muy especialmente en lo que se refiere a los principios de la metodología de la investigación.



- d) Haber adquirido las actitudes correctas en un médico: dedicación, responsabilidad, pensamiento crítico, conciencia ética, capacidad de comunicación con el paciente, entendida esta relación como un “pacto de confianza”, y también con la sociedad, conciencia del gasto e integración en el sistema sanitario.

Una redefinición de los objetivos de la formación médica previa a la graduación, no significa en modo alguno una devaluación del nivel de sus clásicos objetivos docentes, sino una mayor exigencia, pues se trata nada menos, que de conseguir los fundamentos básicos de la formación de un médico.

Esta redefinición plantea una reconsideración de los recursos docentes universitarios, tanto humanos como materiales aplicados en ambas etapas formativas, la pregraduada y la postgraduada, orientados por ahora casi en su totalidad hacia la primera etapa formativa. Hay que encontrar fórmulas que corrijan estos desequilibrios.

Para ello el conjunto del plan docente tiene que ser programado por una comisión de estudios de la Facultad y en lo que se refiere a cada curso por una comisión que coordine e integre en lo posible las explicaciones en clases, las enseñanzas prácticas, los programas de las rotaciones clínicas por los diferentes servicios y el diseño de exámenes conjuntos y

coordinados. Se evitarán de esta manera las desigualdades o incluso la anarquía en las explicaciones teóricas, la repetición de temas, las contradicciones que a veces se producen por criterios diferentes de los profesores dentro de su "libertad de cátedra". Durante la licenciatura, también es necesaria para el alumno la figura del tutor que le guíe y oriente cuando sea preciso.

El impulso coordinador es cada vez más necesario en las Facultades de Medicina donde han empezado a proliferar gran número de cátedras de especialidades médicas y quirúrgicas que pueden atomizar las enseñanzas teóricas y prácticas, si no se impone con firmeza por parte de la Facultad las referidas comisiones de curso con responsabilidad y autoridad sobre los departamentos y las cátedras.

La coordinación de las enseñanzas de pregrado en las Facultades de Medicina tendrán también efectos positivos en el necesario entendimiento con la formación posgraduada especializada. Muchos de los servicios clínicos de los actuales hospitales universitarios, con cátedras provistas conjuntamente entre la universidad y la administración sanitaria a través del sistema de "plazas vinculadas", participan también en la formación especializada, a pesar de lo cual no se han establecido cauces de comunicación operativos entre ambas etapas de la formación del médico.

b) Formación postgraduada o especializada

La formación postgraduada o especializada tiene como finalidad convertir al recién graduado en Medicina en un especialista. El sistema actual de formación postgraduada en España, concretamente la formación de especialistas médicos, es un proceso formativo bien estructurado, positivamente valorado y homologado en la Unión Europea.

No obstante, es necesario realizar un análisis crítico de los logros y de las insuficiencias de este sistema formativo postgraduoado tras su implantación en España, con el objetivo de detectar defectos e insuficiencias y presentar propuestas concretas para su debida corrección.

En la teoría y la práctica de la Medicina, una especialidad se define como un área, con su contenido teórico y práctico, desgajada históricamente de un tronco común, área en la que se incluyen conocimientos, habilidades y actitudes, que progresivamente se han considerado como especiales. Este contenido ha sido acotado y cultivado en profundidad progresiva, o bien se ha extendido ampliamente a menor profundidad, entre varias disciplinas, y se viene enseñando dentro de un programa formativo estructurado.

Pero, el mismo proceso que tiende ineludiblemente a la especialización, está dando lugar al progresivo



FUNDACION BBV

desarrollo, dentro de las especialidades ya reconocidas, de áreas de capacitación específica o subespecialidades, en la terminología de la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea.

Hasta finales de la década de los años 70, la responsabilidad que el Estado y la sociedad se atribuían en la formación del médico terminaba, en la práctica, con la obtención del título genérico de licenciado en Medicina y Cirugía, y no se extendía, al menos de una forma estructurada y acreditada, a la formación postgraduada de especialistas, a pesar del intento fallido, por escasamente fructífero, de las llamadas Escuelas Profesionales Universitarias.

Es precisamente en la formación médica especializada, hasta hace no muchos años prácticamente individualista, voluntarista y aleatoria, tanto en su planteamiento como en su desarrollo, en la que se ha conseguido en España, en dos apretadas décadas, desde 1978 y especialmente desde 1984 hasta nuestros días poner en pie y hacer funcionar con bastante eficacia una estructura que pudiera cumplir esta finalidad formativa postgraduada, mediante la aplicación del sistema de residencia hospitalaria, apoyada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y las Comisiones nacionales para cada especialidad.

El diseño español para la formación médica especializada, implantado sobre un Sistema Nacional de

Salud, ha dado resultados que, en su mayoría, son positivos. Comparado con la normativa y las últimas recomendaciones de la Unión Europea, nuestro sistema para la formación médica especializada está bastante bien estructurado, con mecanismos aceptables de acreditación, aunque en algunos aspectos ha de ser mejorado y en otros vigilado estrechamente el cumplimiento de los programas para evitar la rutina y el consiguiente deterioro.

Los aspectos negativos que merecerían inmediata atención con vistas a su corrección serían los siguientes:

1. Es urgente la corrección del “desencuentro” entre la formación pregraduada y la formación especializada, que viene acumulando desde hace años, a pesar de la pretendida reforma de los planes de estudio pregraduados, repercusiones negativas para ambos tramos formativos. La solución no puede ser tan sólo una modificación del llamado examen MIR que consiste fundamentalmente en una prueba cognitiva, implantada como respuesta a la masiva producción de licenciados por nuestras Facultades de Medicina, examen que sirvió para garantizar, al menos, una igualdad de oportunidades y una transparencia del procedimiento discriminatorio. Esta modifi-



FUNDACION BBV

cación tiene que acompañarse de la ya analizada "adecuación" de la formación pregraduada con la doctrina de la Unión Europea acerca de los objetivos fundamentales de este período formativo y, desde luego, de una articulación con la misma prueba de selección del examen MIR.

Desde esta acción correctora combinada que debe comenzar con la modificación de los objetivos y el currículum de la pregraduación, es recomendable una nueva estructura del examen MIR con menor contenido cognitivo y con mayor poder discriminatorio sobre la capacidad de toma de decisiones y las actitudes de los candidatos, examen que constaría de una primera prueba troncal y una segunda prueba con varias opciones de acuerdo con la especialidad elegida por el candidato.

2. Es necesario actualizar la exigencia de una óptima calidad educativa en los criterios para la acreditación de las unidades docentes destinadas a la formación médica especializada, adaptando estos criterios a las nuevas orientaciones en organización asistencial hospitalaria.
3. El fundamental papel de los tutores ha sido muy débilmente desarrollado en nuestro sis-



tema postgraduado, por lo que es necesaria una reestructuración de los procedimientos de selección y formación docente de estos tutores, junto con el reconocimiento, tanto económico como curricular, de su función.

4. El aprendizaje programado de la metodología de la investigación clínica, al cual hasta ahora no se le ha prestado la debida atención y dedicación por parte de los responsables de la docencia postgraduada en los centros acreditados, es fundamental en la formación de especialistas. Debe introducirse la exigencia de una actividad investigadora en las unidades docentes que soliciten acreditación.
5. El previsto reconocimiento de las áreas de capacitación específica, "subespecialidades" en la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea, planteará problemas de competencia entre especialidades y entre las propias áreas de capacitación específica que sean reconocidas como tales. En todo caso la tendencia a la subespecialización dentro de las especialidades reconocidas como tales, debe ser atemperada, en el mejor interés de una visión integrada de la asistencia de los pacientes, mediante el diseño, dentro de cada especialidad, de una fase de formación tron-

cal, base común de conocimientos, habilidades y actitudes, que le permitan al médico una aproximación lo más completa posible, en primera instancia a la patología del enfermo. Es urgente una reflexión consensuada sobre estos problemas, desde varias perspectivas jurídicas, profesionales y deontológicas.

6. Es necesaria una mayor exigencia en el cumplimiento por las unidades docentes de las evaluaciones periódicas de sus residentes, así como el mantenimiento al día del libro del residente como documento fundamental para la evaluación de su competencia. Aunque sigue siendo una opción controvertida, hay que insistir en el análisis de las ventajas e inconvenientes que pueda aportar a la credibilidad del proceso formativo una bien definida evaluación final voluntaria.
7. Las nuevas tendencias sobre la organización y gestión de la atención sanitaria en los hospitales (la llamada "asistencia gestionada") que conllevan el predominio creciente de la asistencia de corta estancia y de la extrahospitalaria, la organización de la atención centrada en el paciente y el trabajo multidisciplinario y cooperativo de los profesionales sanitarios, condicionan la dispersión espacial y



funcional de los servicios y de sus especialidades. El servicio, como centro absoluto de la formación especializada, irá dando paso, fundamentalmente en hospitales de referencia, a complejas Unidades docentes, centradas multidisciplinariamente en el paciente y en sus problemas, en las que se incluyen e interrelacionan varias especialidades.

8. En los nuevos escenarios, y de los hospitales acreditados para la docencia postgraduada, es más que nunca prioritaria la potenciación de la infraestructura y de la función de las comisiones de docencia y de las jefaturas de estudio con el fin de que el itinerario formativo del especialista en formación y su grado de cumplimiento a través de la complejidad física y funcional de las unidades docentes, sea siempre el óptimo.

El papel de los departamentos de las Facultades de Medicina en la formación especializada.

El comienzo y el progresivo desarrollo de una estructura organizativa denominada Departamento en los hospitales ligados históricamente, de un modo u otro, a Facultades de Medicina, ha sido acompasado con el proceso, siempre abierto y expansivo, de la delimitación de las especialidades médicas.



Como ejemplo paradigmático de esta fructífera relación entre departamentos universitarios/especialidades, cabe recordar lo que aconteció en una institución de primerísimo nivel médico y quirúrgico, como es la Escuela de Medicina de la Johns Hopkins University, la cual desde su fundación se propuso alcanzar la excelencia en la educación del médico a través de una armoniosa relación entre sus tres componentes institucionales: la Escuela o Facultad de Medicina, la Universidad y el Hospital.

El clásico modelo norteamericano de departamento asume la responsabilidad de la formación a todos los niveles del proceso formativo de un médico: formación pregraduada, formación postgraduada (especialización y subespecialización) y formación continuada, cosa que no sucede en el actual modelo español.

Pero la progresiva expansión de las especialidades ha venido propiciando sucesivas remodelaciones en la estructura tradicional de los departamentos norteamericanos hasta ser incluidos en la actualidad, dentro de una concepción del hospital como un "holding" de unidades funcionales médico-quirúrgicas, a modo de microhospitales especializados. Ante la presión de estos cambios, "la medicina académica norteamericana se comporta como un enorme y lento transatlántico, para el que resulta muy difícil cam-



biar el rumbo previsto” ha escrito Carol Aschenbrenner, canciller del University of Nebraska Medical Center, aunque es indudable que lo está haciendo y no lo hace, desde luego, la medicina académica española.

Históricamente, el desarrollo de las especialidades médicas en España se ha producido, en su mayor parte, al margen de las cátedras, y precisamente en los hospitales dependientes del Sistema Nacional de Salud. En la década de los 60, las llamadas Escuelas Profesionales adjudicadas a las cátedras que, sin especiales requisitos de acreditación, lo solicitaban, cuando se aplicaron a la formación de especialistas, fracasaron en su propósito, pues los requerimientos de la especialización desbordaban ya sus posibilidades formativas.

Pero además, la inoperancia del modelo de departamento impuesto por la legislación española, cuando se aplicó indiscriminadamente por las Universidades y las Facultades de Medicina a los departamentos universitarios, como desarrollo de la LRU 11/1983, define a los departamentos como “órganos básicos encargados de organizar y desarrollar investigación y enseñanzas propias de su área de conocimiento”, y los considera responsables de organizar y desarrollar la docencia de cada curso académico, la investigación, los cursos de doctorado y las tesis



doctorales, así como unos “indefinidos” cursos de especialización.

De acuerdo con el artículo 30 de la LRU, el departamento organiza la docencia en tres ciclos: el primero (diplomado) sin aplicación posible en el proceso de formación de un médico y el segundo (licenciado), corresponden a la formación pregraduada en Medicina, mientras que el llamado tercer ciclo es el dedicado a la obtención del título de doctor. Por el contrario, la formación postgraduada, nada menos que la formación de especialistas médicos y quirúrgicos no aparece por ninguna parte como responsabilidad de los departamentos.

Esta falta de correspondencia entre la normativa de los departamentos y la formación postgraduada de los médicos es grave, y convierte a los departamentos de las Facultades de Medicina, así concebidos en inoperantes. A esta absoluta falta de adecuación con la realidad de la educación médica se añade la incongruencia que supone la absurda integración de áreas de conocimientos muy dispares, bajo el pie forzado de la exigencia normativa en el número de profesores y en su tipo formal, que no real, de dedicación.

Los departamentos, en definitiva, están diseñados, con mucho, para la formación pregraduada (los dos ciclos) y para las tesis doctorales y sus asignaturas,

aunque según el viejo estilo, sin el suficiente énfasis en la formación para la investigación, y olvidando lo que es hoy el tramo central de la formación de un médico: su formación postgraduada, su especialización.

Por otra parte, el sistema elegido para la estructuración de los departamentos y para la elección de su máximo responsable, ha cercenado las posibilidades de potenciar el papel estimulante, creativo y coordinador de la figura de un verdadero director de departamento universitario con su especial capacidad para generar entusiasmo, atemperado éste por una gran exigencia metodológica y un fuerte sentido crítico, papel que tan óptimos frutos ha dado en la historia de la reciente medicina norteamericana.

Sólo queda en pie en nuestros departamentos una pesada estructura burocrática que se comporta apriorísticamente como vigilante del cumplimiento de lo formal, burocracia que utiliza a la anacrónica y devaluada hora lectiva como moneda de cambio para el mantenimiento o el crecimiento en recursos propios y en profesorado. El actual departamento se encuentra desprovisto de capacidad de reacción ante las vertiginosas variaciones de la moderna Medicina.

Estos departamentos, que quedan al margen, por su propia concepción, de la formación postgraduada, invierten la totalidad de sus recursos, especialmente



humanos, (sobran profesores y faltan profesores, según se mire), en una formación pregraduada en Medicina que, además, no es la adecuada a los nuevos objetivos.

Si nos atenemos a la normativa general universitaria (LRU), los denominados estudios de postgrado en Medicina comprenden tan sólo, el tercer ciclo o doctorado y, como se ha señalado, deja sin considerar la formación de especialistas y la formación continuada.

Teóricamente el tercer ciclo universitario en Medicina tiene como finalidad instituir el marco adecuado para el desarrollo y transmisión de la ciencia médica, y la formación de investigadores y de profesores.

Dentro de este planteamiento normativo puramente teórico, la realización de unos denominados cursos de doctorado y la presentación y defensa de una *tesis* demostraría que el médico ha adquirido una formación básica en la metodología de la investigación y ha sido capaz de llevar a cabo un proyecto original de investigación. Al otorgar el grado de doctor el departamento universitario certifica que el profesional, en este caso un médico, está capacitado para iniciar y desarrollar una carrera académica independiente.

Sin embargo, la realidad del doctorado en España dista mucho de lo expresado en este ideal normati-



vo. En numerosas ocasiones los programas de doctorado carecen de seriedad en su aplicación y de conocimiento por parte del doctorando, de la metodología científica. Este asiste pasivamente a los cursos y realiza una tesis de escaso o nulo rigor metodológico, persiguiendo alcanzar el título de doctor no como el inicio de una carrera académica, sino como medio de incrementar el baremo de su currículum. A estos problemas de índole general se suman, en el caso concreto de los médicos, el proceso de especialización como residentes, la incompatibilidad de horarios y la inadecuación de contenidos entre los programas de doctorado y los de la especialización. Y es que el aprendizaje de la metodología de la investigación debe estar incluida en los objetivos de la formación médica especializada, así como el desarrollo de un proyecto de investigación.

c) Formación médica continuada

La formación médica continuada es consecuencia de la necesidad del médico de actualizar continuamente sus conocimientos, sus habilidades e incluso sus actitudes, dado el permanente avance de la ciencia y de la tecnología. La acción del médico como profesional depende de su competencia clínica y de los recursos de que dispone para ejercerla. Esta competencia profesional es de carácter transitorio, por lo



que tiene que ser actualizada periódicamente a través de la formación continuada.

Los objetivos de este tipo de formación consisten en mantener la competencia profesional del médico, enseñarle a desarrollar su profesión en un marco sanitario y social en continua transformación y educarle en la utilización adecuada de los recursos, teniendo conciencia de su escasez.

La formación médica continuada es también —y de modo muy principal— una exigencia ética para cada médico, quién debe actualizar su saber, y, una exigencia de la sociedad que se preocupa del mantenimiento y de la cualificación de los médicos que le prestan asistencia sanitaria.

Esta formación se estructura como tal, en actividades presenciales (cursos, seminarios, congresos) y actividades basadas en el autoaprendizaje (cursos interactivos por ordenador, cursos a distancia con soporte electrónico, etc.).

La formación médica continuada ha de ser personalizada, es decir, adaptada a las necesidades concretas de cada profesional y no obligatoria, pues su impulso fundamental radica en la exigencia intelectual y ética de cada médico. Este carácter no obligatorio no es óbice para que la sociedad, principal beneficiaria de la formación médica continuada, busque fór-

mulas para incentivar a sus médicos a que participen en las distintas actividades de formación médica continuada, acreditando la actualización de su competencia mediante diplomas y proporcionándoles, en su caso, beneficios económicos.

La creación por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, junto con las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, de una Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, como máximo órgano técnico en la materia y cuyo fin es ordenar la formación médica continuada y establecer un sistema de acreditación de todas las actividades formativas que sea válido para toda España, es una prueba de la importancia de esta tercera fase en la formación de los médicos.

2. La formación de los farmacéuticos

En la formación de los farmacéuticos, como profesionales sanitarios, para el siglo XXI, en consonancia con el "Documento de Barcelona" de la Conferencia Nacional de Decanos de Farmacia de España, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Adecuación del número de alumnos que acceden a los estudios de Farmacia a la demanda profesional.



FUNDACION BBV

- b) Fomento de todas aquellas actividades que traten de conseguir, con el empleo de metodologías apropiadas, una docencia de calidad que asegure una óptima competencia profesional.
- c) Apuesta por unos programas formativos orientados hacia las recientes tendencias a la llamada "Atención Farmacéutica" en el ámbito sanitario, junto con el aprendizaje del trabajo en equipo y el desarrollo de habilidades para la comunicación con otros profesionales sanitarios.
- d) Establecimiento de los mecanismos adecuados para la revisión y actualización periódicas de los programas de formación de farmacéuticos.
- e) Incremento de las relaciones de las Facultades de Farmacia, las instituciones hospitalarias y no hospitalarias dentro de la asistencia sanitaria, así como con la industria farmacéutica y las organizaciones profesionales.
- f) Regulación y organización de las prácticas tuteladas.
- g) Desarrollo de programas estructurados de especialización y de formación continuada.
- h) Potenciación de programas de investigación en equipos multidisciplinares, con la colaboración de las Facultades de Farmacia, la in-



dustria farmacéutica y los centros asistenciales hospitalarios y no hospitalarios.

- i) Reafirmación del carácter sanitario de las enseñanzas de Farmacia.

3. La formación en Enfermería

De acuerdo con las recomendaciones de organismos internacionales preocupados por problemas sanitarios, como la OMS, la formación de la enfermera para el siglo XXI ha de dirigirse hacia la consecución de conocimientos, habilidades y actitudes que la capaciten para:

1. Promover y mantener la salud y prevenir la enfermedad.
2. Involucrar a los individuos, familias y grupos de población en el cuidado de los pacientes y ayudarles a ser capaces de asumir responsabilidades acerca de su propia salud.
3. Colaborar en la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de atención a la salud y en la atención a las necesidades de salud en el conjunto de la población, especialmente a los más desfavorecidos.
4. Participar en trabajos multidisciplinarios.



5. Asegurar la calidad de los cuidados y el uso de la tecnología más adecuada.
 6. Participar en los programas de reestructuración y formación de las enfermeras.
4. **La formación de los profesionales de los laboratorios clínicos**

La actual división del Laboratorio Clínico en especialidades ha quedado obsoleta, debido a los profundos cambios acaecidos en las técnicas de laboratorio. Por otra parte, las restricciones económicas a las que se ha visto sometido el Sistema Nacional de Salud han obligado a una concentración de laboratorios que, en muchos casos, ya no pueden permitirse disponer de especialistas en las distintas áreas.

Por las razones antedichas parece razonable proponer que la formación de especialistas en el área de Laboratorio Clínico (Biomedicina) para el siglo XXI debe conducir a una única titulación. Estos especialistas deben tener una formación multidisciplinar que les permita cumplir con funciones asistenciales tanto en laboratorios de asistencia primaria extrahospitalaria como en los hospitales, pero que al mismo tiempo ofrezcan una base técnica y científica suficiente para llevar a cabo investigación biomédica.



Una propuesta razonable sería una formación en dos ciclos: un primer ciclo de 2-3 años, polivalente o común, seguido de un segundo ciclo de especialización en áreas específicas, con mayor énfasis en la investigación. Este programa formativo alcanzaría su grado más perfecto mediante la colaboración entre la Universidad y los Hospitales. La nueva Licenciatura de Bioquímica que se imparte como licenciatura de segundo ciclo y que acepta alumnos que han completado el primer ciclo de Biología, Farmacia, Medicina o Química, sería la formación más idónea para acceder al ejercicio profesional como facultativo de Laboratorio Clínico.

5. La formación de los gestores sanitarios

En los nuevos escenarios en los que se está desarrollando y se ha de desarrollar la Medicina en el siglo XXI, inmersos, por una parte en una concepción de la salud fundamentada en una visión holística del bienestar del individuo, el “desideratum” del perfecto bienestar tropieza con la escasez de recursos económicos y, como consecuencia, con la necesidad de establecer prioridades, factores ambos que se convierten muy determinantes de las prestaciones de la asistencia sanitaria y de la gestión de la asistencia.



El ineludible desarrollo de la economía de la salud ha propiciado la masiva introducción de sistemas de gestión de recursos para la asistencia sanitaria (“managed care”), que se definen como la aplicación en la asistencia sanitaria de estrategias que procuran conseguir una calidad aceptable al mínimo coste posible.

Todas las decisiones sanitarias, es decir, las que adoptan los profesionales de la salud, son en realidad procesos de gestión, por lo que las personas que toman estas decisiones tienen, entre sus funciones, la de gestionar sus recursos. Esto involucra a cualquiera de los médicos y enfermeras que tienen que tomar decisiones delante de un paciente, sea diagnóstica y/o terapéutica.

En este sentido, para los profesionales sanitarios en la medicina del siglo XXI, básicamente médicos y enfermeras, será necesaria su formación complementaria, a distintos niveles en la gestión clínica.

RECOMENDACIONES

1. La Medicina es una actividad social por lo que la formación de los profesionales de la salud —que debe entenderse genéricamente como un proceso educativo estructurado— ha de tener en cuenta las características de la sociedad así como la organización y funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria de un país en cada momento de su desarrollo.
2. La asistencia sanitaria entendida en su más amplio sentido comprende el conjunto de actividades que procuran la curación y prevención de las enfermedades, así como la promoción de la salud. Estas actividades se desarrollan desde la función nuclear del médico a la que se asocian las funciones, no menos necesarias de otros profesionales de la salud (enfermería, laboratorios clínicos, farmacéuticos y gestores sanitarios).

En este sentido, la práctica de la Medicina ha de entenderse hoy como un trabajo en equi-

po en el que coordinadamente deben intervenir todos los profesionales de la salud y cuyas actividades responden a los principios generales de una profesión eminentemente social.

3. Todas las profesiones sanitarias tienen en mayor o menor medida, un conjunto de contenidos técnicos que han de ser incorporados por cada profesional conjuntamente con la adquisición de actitudes, habilidades y destrezas en una progresiva formación en servicio dentro de los correspondientes escenarios asistenciales y universitarios por lo que deben compartir gran parte de los postulados y normativas docentes que se especifican en este informe.
4. La formación del médico debe prepararle para asumir su integración con otros profesionales de la salud. Esto es así porque la provisión de la asistencia sanitaria, requiere, cada día más la colaboración multidisciplinar de distintos especialistas médicos y de otros profesionales, tanto pertenecientes al ámbito sanitario como al no sanitario. Entre todos se forman grupos o unidades con equipos procedentes de diversas áreas de conocimientos (enfermería, psicología, farmacia, química, física, biología, ingeniería, gestión y adminis-

tración, informática y estadística) en los que el médico desempeña un papel de responsabilidad y coordinación fundamentalmente en los procesos diagnósticos y terapéuticos del enfermo.

No obstante el médico puede no desempeñar dicho papel cuando el grupo multidisciplinario al que se incorpora está integrado mayoritariamente por profesionales no médicos.

5. La relación médico-enfermo y sus variantes dentro de los diversos profesionales de la salud sigue siendo clave en la asistencia sanitaria. La medicina es, en último término, una empresa moral fundamentada en un pacto de confianza, el cual obliga a los profesionales de la salud a ser competentes en el transcurso de su vida profesional y a mantener y enriquecer dicha competencia.

Esta relación médico-enfermo debe entenderse hoy como una relación entre adultos, en la que el paciente debe ser informado del por qué de las decisiones diagnósticas y terapéuticas propuestas por el médico y para las que otorga su consentimiento.

6. Actualmente existe un marcado desfase entre el sistema asistencial que se ha ido implantando en nuestro país y las estructuras e ins-

tituciones docentes responsables de la formación de los profesionales sanitarios, especialmente de los médicos. Este desequilibrio tiene que ser corregido urgentemente.

7. En el conjunto de las profesiones sanitarias, la formación y educación del médico, considerada como paradigmática, es hoy un proceso continuado, extraordinariamente complejo, que consta de tres fases: a) la formación pregraduada, que culmina administrativamente con la obtención del título de licenciado en Medicina; b) la formación postgraduada o especializada, que termina con la titulación del médico como especialista y c) la formación médica continuada que, en un médico éticamente responsable con la sociedad en la que vive y actúa, deberá proseguir mientras dure su vida profesional.
8. La formación pregraduada que se realiza en las Facultades de Medicina tanto en sus departamentos básicos como clínicos apoyados en los hospitales acreditados, termina con la obtención de un título académico que, a diferencia de lo que ocurría hasta hace pocos años, no autoriza por sí solo al recién licenciado para el ejercicio de la medicina en los

sistemas sanitarios públicos de los países de la Unión Europea, necesitando para que se le otorgue esta competencia, una segunda fase de formación postgraduada o especializada.

9. El denominador común de la formación de los profesionales sanitarios es la llamada formación en servicio, es decir, la exposición, precoz y prolongada, a la práctica profesional del estudiante en las facultades e instituciones sanitarias y del graduado durante su formación especializada. Esta formación en servicio ha de ser guiada y tutelada para que el alumno y el graduado incorporen de manera progresiva los conocimientos, las conductas, las habilidades, las actitudes y las responsabilidades que le permitan, en su momento, el ejercicio pleno de la profesión en las instituciones hospitalarias para la formación especializada o postgraduada.
10. Los planes diseñados para la formación de las distintas profesiones sanitarias deben procurar una precisa adecuación de los conocimientos y habilidades, exigidos por los organismos responsables de la docencia y el tiempo dedicado a su adquisición por el alumno. De acuerdo con este criterio, en la formación pregraduada queda muy poco margen para

opciones alternativas de asignaturas o disciplinas, las cuales deben ser limitadas al máximo, con el fin de favorecer la eficiencia del sistema docente.

La formación pregraduada que se realiza en las Facultades de Medicina, la cual ocupa una situación nuclear en la educación del médico, debe tener en cuenta como principio básico en su diseño y desarrollo, el contexto de las directivas de la Unión Europea, cuando señalan que la formación del licenciado tiene como objetivo fundamental alcanzar los conocimientos, las destrezas y las actitudes apropiadas que le permitan iniciar con éxito una concreta formación postgraduada o especializada y no el inmediato ejercicio profesional.

Debe prestarse la mayor atención a las actividades coordinadoras e incluso integradoras de las enseñanzas contenidas en la formación pregraduada, llevadas a cabo por las correspondientes comisiones de curso y por la comisión docente de la facultad.

11. La remodelación apropiada de los planes de estudio para la licenciatura en medicina hará posible corregir el grave desencuentro entre la formación pregraduada y la formación es-

pecializada, que viene teniendo desde hace años repercusiones muy negativas para ambos tramos formativos. Además de la adecuación de la formación pregraduada a la doctrina de la Unión Europea acerca de los objetivos fundamentales de este período formativo, y de una renovación de los modelos educativos utilizados, debe adoptarse una nueva estructura del examen MIR. Este examen que en la actualidad influye excesivamente en la formación pregraduada debería tener un menor contenido cognitivo y un mayor poder discriminatorio sobre la capacidad de tomar decisiones del candidato y sobre sus actitudes. Parece aconsejable que el formato del examen incluya una primera prueba troncal y una segunda prueba con varias opciones, de acuerdo con la especialidad o especialidades elegidas.

12. La formación continuada tiene como objetivo mantener la competencia profesional, ante el permanente avance de la ciencia y de la tecnología médicas, en un marco sanitario y social continuamente cambiante. La formación continuada de los profesionales de la salud es, primariamente, una exigencia ética, pero también es una exigencia de la sociedad, por lo que debe buscarse un equilibrio entre

ambas. Aunque no parece aconsejable el carácter obligatorio de la formación continuada, la sociedad y la administración deben buscar fórmulas que incentiven a los profesionales de la salud a participar en las actividades dirigidas a este fin y también a poner en pie un sistema consensuado que permita una acreditación fiable de dichas actividades formativas.

13. En los diseños de los nuevos modelos educativos orientados a la formación del médico para el siglo XXI que se apliquen tanto en la formación pregraduada como en la postgraduada, han de estar suficientemente implícitas las modificaciones que se vienen introduciendo en la asistencia sanitaria como consecuencia de los cambios tecnológicos, científicos y sociopolíticos producidos y que son los siguientes: mayor énfasis sobre la prevención en la actividad médica, tendencia hacia la especialización, exigencia de una actividad médica eficiente como consecuencia de la ineludible necesidad de conseguir la contención del gasto sanitario, la tendencia al desplazamiento de la práctica clínica al ámbito extrahospitalario con una progresiva potenciación de la asistencia primaria, la necesidad de asumir críticamente el rápido desarro-



llo científico y tecnológico y una creciente conciencia de la responsabilidad social de los profesionales de la salud.

14. A fin de contribuir efectivamente a la educación en salud de la comunidad se recomienda que los profesionales de la salud estén bien capacitados para llevar a cabo programas eficaces y efectivos de educación en salud destinados a la población general o a grupos específicos (escolares, trabajadores de empresas, miembros de asociaciones cívicas y deportivas, etc.).
15. Las cátedras y los departamentos de las Facultades de Medicina, especialmente los correspondientes a las disciplinas clínicas, deben hacer los máximos esfuerzos por conseguir una coordinación, en la actualidad muy débil, entre la formación pregraduada (que normativamente les compete desde el punto de vista universitario) y la formación postgraduada que corresponde principalmente a las instituciones hospitalarias de acuerdo con las características de ambas.
16. Los escenarios docentes tienen que ser cuidadosamente elegidos no sólo por su eficacia asistencial, sino por el clima de confianza, estímulo y creatividad que han de tener sus servicios, que percibido por el estudiante y

por el graduado favorece la construcción de su personalidad profesional. La “formación en servicio” es mucho más que la llamada “formación práctica” del profesional sanitario y está estrechamente ligada a la atmósfera docente de la institución en la que se encuadran las unidades y servicios acreditados para la docencia. Por todo ello, las autoridades sanitarias y universitarias deben cuidar al máximo los requisitos y procedimientos de acreditación docente, superando los inconvenientes y dificultades actuales.

17. Por parte de la administración sanitaria debe darse libertad de actuación a los directivos de las instituciones de modo que quede manifiesta la necesidad y la obligación de los hospitales y demás centros sanitarios de participar en las tareas formativas tanto pregraduada como postgraduada, cuando se encuentren preparados y sean requeridos para ello, estableciéndose los necesarios convenios de cooperación docente con la universidad y velando en todo momento por el cumplimiento de los compromisos contractuales.

En este sentido, se recomienda aprovechar al máximo las posibilidades de estrecha colaboración y coordinación implícitas en las “Bases



generales del régimen de conciertos entre universidades e instituciones sanitarias” (LRU 11/83, artículo 105 de la Ley General de Sanidad, 14/86 y Reales Decretos 644/1988 y 1625/1995).

18. Igualmente, la Universidad ha de adecuar la modernización del proceso educativo a las peculiaridades formativas de las profesiones sanitarias, resolviendo, con fórmulas más flexibles, los problemas administrativos de la dedicación y el régimen del profesorado vinculado (honorarios, relaciones laborales, edad de jubilación, como los más destacados, etc.)

Los departamentos universitarios han de revitalizar las actividades que normalmente les corresponden en el tercer ciclo del doctorado, haciendo más realista la formación de investigadores y de profesores, ofreciendo programas en la metodología de investigación, conjuntos o complementarios, para la formación postgraduada de especialistas, mediante el establecimiento de los necesarios ajustes cronológicos y económicos. Con este motivo se conseguiría propiciar la hasta ahora casi inexistente integración de la Universidad en la formación postgraduada de los profesionales de la salud.

Enero 1999

Desde que inició sus actividades, la Fundación BBV ha sido la respuesta institucional del Grupo BBV a la voluntad y al compromiso de complementar una sólida estrategia económica y financiera de su gestión con un firme programa de sensibilidad social y de creación cultural, orientados a la mejora del entorno en el que desarrolla su actividad.

La Fundación BBV pretende contribuir a solucionar los problemas que más afectan a la sociedad española, a través de los estudios multidisciplinares, la reflexión y el debate. Pretende, incluso, ir más allá estudiando los problemas desde el contexto europeo y desde la perspectiva internacional.

En los pasados diez años, la Fundación ha desarrollado rigurosos estudios, algunos de los cuales han durado más de 2 ó 3 años. Aspectos tales como la ética financiera, la movilidad urbana, la salud, el Estado de Bienestar, y el futuro del trabajo han sido puntos de estudio para la Fundación.

La Fundación ha hecho una notable contribución al campo del conocimiento económico y de la realidad social, con investigaciones sobre magnitudes como el *stock* de capital, inversión, renta, producción, etc. de España y sus provincias y comunidades, con datos que cubren ya los últimos cuarenta años de la economía española.

Es importante destacar otro conjunto de estudios llevados a cabo por la Fundación BBV, tales como «Identidad cultural y nacional y el nuevo orden mundial», «¿Cuánto es bastante? Alternativas a la sociedad competitiva», «Salud, comunicación y sociedad», entre otros.

En resumen, hasta 1997, la Fundación BBV ha organizado 170 encuentros, casi 500 investigaciones, 270 seminarios y más de 400 conferencias. Su Programa Cátedra ha posibilitado la estancia y trabajo en centros españoles de científicos extranjeros de más de 30 universidades, y de científicos españoles en la Universidad de Cambridge. El catálogo de publicaciones supera el centenar y medio de títulos. Y se sitúa ya en 3.300 la red de colaboradores de la Fundación BBV.

La Fundación BBV mantiene el compromiso de dar a conocer a la sociedad los resultados alcanzados en el marco de sus proyectos y actividades. Documenta, centro editorial de la Fundación, tiene como misión la edición de las publicaciones derivadas de las actuaciones de la Fundación BBV.



FUNDACION BBV

Este Informe que la Fundación BBV presenta a la sociedad española tiene su origen y fundamento en el material recogido a lo largo de los debates realizados durante los dos Encuentros que bajo sus auspicios se desarrollaron en los años 1996 y 1998 sobre "La formación de los profesionales de la salud".

Esas reuniones, entendidas como espacios de encuentro y de debate entre los representantes del ámbito de la reflexión y del mundo de la toma de decisiones, se encuadran a su vez en el programa de investigación sobre Salud y Modelos Sanitarios que la Fundación BBV ha seleccionado como una de sus áreas estratégicas de actuación para los próximos años. El interés se centra en esta ocasión en la formación de los profesionales de la salud, es decir, en el perfil formativo y profesional de cuantos intervienen en la prestación de la asistencia sanitaria en la que es evidente la necesidad de cambiar muchos de los conceptos y de los métodos docentes actuales ante las exigencias asistenciales de una sociedad cada vez más desarrollada y de unos conocimientos médicos, científicos y técnicos, progresivamente más poderosos y eficaces.

FORMACIÓN DE PROFESORES SALESIANOS

MSW FUNDACION BSW

