

Agenda educativa del Euract

(European Academy
of Teachers in General Practice)



Agenda educativa del Euract

(European Academy
of Teachers in General Practice)



© European Academy of Teachers in General Practice. www.euract.org

© de la traducción:

2010, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Portaferriosa 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfy.es

Coordinación y dirección editorial:

semfy  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª pl., of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfy.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-96761-95-7

DL:

Agenda educativa del Euract

(European Academy of Teachers in General Practice)

Council of the European Academy of
Teachers in General Practice

Editor: Jan Heyrman

Versión oficial final elaborada por WONCA-Region Europe
Conference en Kos (Grecia) en 2005.



Índice

| | |
|--|----|
| Introducción a la agenda educativa del EURACT | 7 |
| Visión de conjunto de las competencias fundamentales a partir del documento de definición. Versión reducida, EURACT 2005 | 13 |
| Comparación de la agenda educativa del EURACT con otros marcos de competencias utilizados a nivel internacional | 17 |
| Capítulo 1. Gestión de la atención primaria | 21 |
| Capítulo 2. Atención centrada en la persona | 27 |
| Capítulo 3. Habilidades específicas para la resolución de problemas | 35 |
| Capítulo 4. Enfoque integral | 42 |
| Capítulo 5. Orientación a la comunidad | 47 |
| Capítulo 6. Enfoque holístico o global | 51 |
| Capítulo 7. Características esenciales de aplicación | 57 |
| Capítulo 8. Síntesis e integración, la combinación única | 63 |
| Anexo. Glosario de términos educativos | 67 |

Introducción a la agenda educativa del EURACT

Justin Allen y Jan Heyrman

«La medicina general es el trabajo más fácil de hacer mal, pero el más difícil de hacer bien»

SIR DENIS PEREIRA GRAY, DOCTOR Y CATEDRÁTICO

La medicina general está actualmente reconocida como un elemento de creciente importancia en los modernos sistemas sanitarios debido a su popularidad entre los pacientes, que pueden mantener una relación personal con su médico en el mundo cada vez más impersonal de la asistencia sanitaria, y los políticos, por su inherente rentabilidad¹. Este aspecto ha sido destacado por el WHO Europe en su trabajo sobre prestación de servicios sanitarios en Europa².

En 2002, WONCA Europe publicó la nueva Definición Europea de Medicina de Familia. Este trabajo fue el producto de la revisión de anteriores definiciones, ya que existía la percepción de que éstas habían caducado y era necesario adecuarlas al siglo XXI. Las antiguas definiciones consistían sobre todo en descripciones de las tareas del médico de familia, de las cuales la más conocida era la establecida por el Leeuwenhorst Group en 1974³. Desde el principio se reconoció que era necesario adoptar un nuevo enfoque, y que antes había que definir los elementos esenciales de la disciplina de la medicina general y de familia. Sólo después se pudo derivar, a partir de dichos elementos, la definición del papel del médico de familia.

La definición contiene las once características esenciales de la disciplina y que son, o deberían ser, de aplicación general a todos los sistemas sanitarios con independencia de las diferencias contextuales. A continuación se establecieron dichas características como definición de la función del médico de familia. Es importante entender que ni los pacientes ni los sistemas sanitarios aprovecharán plenamente los beneficios de la medicina general y de familia a menos que se apliquen la totalidad de estas once características.

El documento no se detiene ahí, sino que explora igualmente las competencias necesarias para llegar a ser un cualificado profesional de la disciplina. En la terminología de Miller⁴, la competencia se asocia a lo que el estudiante es capaz de demostrar cuando se le pregunta o se le evalúa, y la actuación, a lo que el estudiante hace en situacio-

nes prácticas cotidianas. El documento describe el modo en que estas características pueden agruparse en seis competencias fundamentales, y cómo su adquisición puede generar una capacidad de actuación que, finalmente, se convierte en actuación real en el cuidado de los pacientes. El objetivo que se tenía en mente no era definir los elementos mismos de la actuación, porque la actuación está estrechamente ligada a las condiciones de trabajo en la práctica material, que depende en buena medida del lugar que ocupa la medicina general y de familia en el sistema sanitario nacional.

Tras invertir dos años para establecer la definición y alcanzar el necesario consenso, el consejo de EURACT ha seguido trabajando otros tres años para precisar las consecuencias que se derivan de dicha definición en el campo educativo. Las seis competencias fundamentales desembocan en la definición de veinticinco objetivos educativos de primer nivel y ochenta de segundo nivel. Las repercusiones de este trabajo en la educación y la investigación en el ámbito de la medicina de familia son profundas. EURACT ha seguido trabajando en los problemas educativos que han surgido y, como primer paso, ha elaborado esta «agenda educativa». Para la reunión de WONCA celebrada en 2004 en Amsterdam, EURACT redactó un primer borrador de su «Agenda Educativa» presentada como «documento provisional». Tras recibir comentarios de diferentes personas y sobre diferentes propuestas, ahora es el momento de elaborar para la reunión de WONCA de 2005 en Kos una versión más concluyente que pueda permanecer en vigor al menos durante unos años. La denominación de «agenda» no es casual: significa que el documento constituye a la vez una revisión dinámica de en qué situación nos encontramos actualmente en el terreno del aprendizaje y la docencia de la medicina de familia y un indicador de en qué aspectos queda trabajo por hacer (el otro elemento del término «agenda»). Es de esperar que suscite debates, reflexiones y enmiendas, y que anime a grupos de expertos a discutir algunos de los temas y a realizar más trabajos sobre los asuntos abordados. Si es así, es probable que dentro de unos años se elaboren versiones revisadas.

¿Por qué una agenda educativa?

La agenda proporciona un marco para la enseñanza de las competencias fundamentales a los responsables de la oferta formativa y la elaboración de programas de formación para los docentes de medicina general. A los estudiantes de la disciplina les ofrece un marco en el que establecer los objetivos del aprendizaje y un seguimiento de sus logros. A quienes elaboran los planes de estudios les resultará útil para determinar las prioridades del aprendizaje y la docencia de la medicina general. A los responsables de la gestión sanitaria la agenda les ayudará a elaborar políticas nacionales, y al conjunto de la profesión médica a determinar qué competencias específicas cabe exigir para el ejercicio de esta disciplina denominada Medicina General y Medicina de Familia, aspecto esencial para la mejora de la asistencia sanitaria.

Contexto de las recomendaciones a los responsables de la elaboración de los planes de estudios

Durante los últimos treinta años, la medicina de familia ha marcado el camino en el desarrollo de una metodología educativa, procesos educativos y evaluación. Esta circunstancia se ha producido a pesar de que la medicina de familia opera bajo sistemas educativos diseñados para la formación en otras disciplinas y en establecimientos sanitarios en los que dicha disciplina no se practica. Dada la creciente importancia de los planes de estudios, es importante abordar estos problemas. En muchos países se están ampliando los programas formativos, y existe una tendencia cada vez mayor a las prácticas de medicina general en detrimento de las tutorías hospitalarias, aunque la situación es muy variable. La UEMO⁵ ha elaborado una declaración de política sobre formación específica en la que recomienda que por lo menos un 50 % de la formación se oriente a la medicina general, que todos los médicos reciban formación en medicina general durante sus estudios universitarios y que dicha formación se incluya asimismo en sus estudios de postgrado antes de que accedan a la formación específica, y que el propósito de la formación específica sea proporcionar a los médicos generales un nivel de competencia clínica suficiente para el ejercicio profesional independiente, un aspecto de crucial importancia. No obstante, es imprescindible convencer a los políticos de la necesidad de aumentar la inversión en los estudios de medicina general.

Contexto de las recomendaciones a los investigadores

La Agenda Educativa del EURACT es necesaria asimismo para definir la agenda de investigación, relacionada con las competencias antes mencionadas. Tenemos que encontrar las evidencias que sustenten la opinión, ampliamente difundida entre los médicos de familia, de que el mejor aprendizaje de la medicina de familia se realiza en las consultas. Tenemos que examinar las ideas más vanguardistas en relación con la enseñanza de la medicina de familia y elaborar una agenda para su ulterior desarrollo. Tenemos que saber qué preguntas permanecen sin respuesta, dónde hay que buscar las evidencias y hacia dónde hay que orientar la investigación en el ámbito educativo. Es importante que establezcamos cómo se enseña la medicina general como especialidad, y también qué lugar ocupa la enseñanza de la medicina general en los planes de estudios médicos en general. Concretamente, la disciplina tiene que responder a estas preguntas:

- ¿Cuál es el mejor modo de aprender la medicina de familia?
- ¿Dónde es recomendable enseñarla?
- ¿Cuándo es recomendable enseñarla?
- ¿Qué es lo que hay que enseñar?
- ¿Qué debe enseñar la medicina de familia a los estudiantes de otras disciplinas?

Guía para una educación médica básica

La medicina general tiene algo que aportar a la formación de todos los médicos en todas las fases de su aprendizaje. Los cambios de actitud de los estudiantes de medicina se producen generalmente después de que éstos tengan la oportunidad de enfrentarse a los problemas que plantea la atención primaria y observen cómo sus profesores los solucionan con éxito. Un temprano contacto del estudiante de medicina con los problemas clínicos durante breves periodos de varios días o semanas al principio de sus estudios puede sentar la base para que el estudiante saque partido a su futura formación médica y aprenda a entender a la gente en el contexto de sus problemas de salud. La asistencia a conferencias o seminarios de grupo durante el periodo preclínico puede facilitar la adquisición de los conocimientos requeridos antes de empezar a trabajar con pacientes. Todos los estudiantes deberían aprender gestión de la atención primaria a los pacientes mediante rotaciones en las consultas que duren varias semanas durante los últimos años de sus estudios.

El enfoque fundamental en la capacitación profesional (especialidad) de los médicos generalistas

La nueva definición de la disciplina del año 2002 establece las competencias fundamentales que se requieren para llegar a ser un profesional cualificado de la medicina general y de familia. Por consiguiente, la Agenda Educativa del EURACT debe sustentar y apuntalar el contenido de los cursos de especialización en medicina general y de familia en Europa. Las seis competencias fundamentales para el ejercicio de la disciplina constituyen el punto de partida. En un séptimo capítulo se exploran las tres características aplicativas esenciales de los médicos titulados, y finalmente el crucial valor añadido de la síntesis que hace de la medicina general y de familia una profesión única. Este documento utiliza dichos elementos como marco en el que se integran los ocho capítulos de la agenda. Pueden considerarse como la garantía de calidad del programa educativo de la disciplina, y deberían constituir su núcleo fundamental. En cada uno de los capítulos identificamos los objetivos educativos específicos, y de ellos derivamos metodologías apropiadas de aprendizaje y evaluación así como las opciones específicas para la fijación del entorno educativo y los plazos dentro de los planes de estudios.

Del tiempo y la disciplina a la competencia y los resultados como bases del aprendizaje; del objetivismo al constructivismo como paradigma del aprendizaje

En este documento hemos decidido permanecer en un nivel conceptual global y no hemos entrado con excesivo detalle en declaraciones como las referidas a tiempo y lugar. Como disciplina, es necesario promover un cambio desde el aprendizaje basado en el tiempo y la disciplina a otro basado en la competencia y los resultados. Con

demasiada frecuencia, el plan de estudios de medicina general se compone de periodos fijos de prácticas en especialidades concretas —tres meses en pediatría, cuatro meses en ginecología, etc.— sin tener en cuenta los problemas educativos que hemos planteado anteriormente. Tenemos que apartarnos de este modelo de plan de estudios basado en el tiempo y el establecimiento hospitalario para adoptar un programa educativo útil y orientado fundamentalmente hacia la competencia. El modo más eficaz de aprender medicina general es hacerlo en un entorno que le sea propio, aunque las competencias específicas y las capacidades puedan adquirirse en los entornos de otras disciplinas. Hay que recordar asimismo que es un proceso que nunca termina, que no se detiene en el momento de la obtención del diploma de la especialidad.

En este documento hemos decidido aceptar la complejidad de la práctica real como enfoque principal y el aprendizaje de la complejidad como paradigma educativo. El punto de vista de la medicina general es holístico, ya que aborda las indisposiciones y enfermedades en el contexto del paciente y su familia. El constructivismo⁶ es el modelo educativo que considera el «proceso de aprendizaje del estudiante» como el aspecto clave. El aprendizaje es visto como proceso que depende en buena medida de los conocimientos previos y del contexto en que se produce⁷. Los profesores son, sobre todo, arquitectos de un entorno educativo estimulante. Las estrategias de aprendizaje tienen en cuenta la variedad de individuos. El objetivo final no es la adquisición de una lista de conocimientos y destrezas definidas, sino la «Acción con sabiduría»⁸. Esta estrategia conlleva el uso de conocimiento especializado, pero su aspecto fundamental es la aplicación del buen juicio en situaciones concretas con conflictos de valores y el modo de resolver los problemas que planteen. Dicha estrategia se orienta igualmente al conocimiento en la acción, la reflexión en la acción y la reflexión sobre la acción valiéndose de un repertorio de ejemplos, imágenes y conocimientos adquiridos mediante la experiencia. Supone asimismo el uso de reflejos memorísticos de situaciones planteadas regularmente, con el fin de construir interpretaciones de situaciones análogas. Por eso se adoptó «el árbol de la sabiduría» como emblema definitivo de esta Agenda Educativa del EURACT.

Armonización en Europa de los objetivos relativos a las competencias y los resultados del aprendizaje

La armonización de los diferentes programas educativos en Europa con respecto a los objetivos comunes en materia de competencias y resultados del aprendizaje es probablemente lo máximo que podemos conseguir. La Unión Europea se ha ampliado recientemente a veinticinco miembros y la integran casi 500 millones de personas. La Unión Europea quiere hacer hincapié en la armonización del contenido y el nivel de la formación en todo su territorio. Desde 1993, la Directiva Europea sobre el reconocimiento mutuo de las titulaciones médicas⁹ intenta armonizar la calidad mediante la armonización de la duración de los cursos de capacitación, su ubicación y la autoridad nacional responsable de la supervisión. La Directiva no contiene descripciones de problemas relativos a contenidos o competencias, y está considerada como insatis-

factoria a este respecto porque incentiva la libre circulación de médicos en lugar de garantizar la calidad de la atención a los pacientes.

Existe una alternativa académica, definida en la Declaración de Bolonia de 1999¹⁰ orientada al desarrollo en 2010 de un «Área de Enseñanza Superior Europea» intercambiable, y que se basa en los logros del «Sistema Europeo de Transferencia de Créditos», en vigor desde 1988. La formación para la especialidad en el campo médico constituye un problema profesional y académico. En ambos aspectos se requiere armonización, iguales estándares de calidad e intercambiabilidad. En una declaración presentada recientemente por un proyecto Sócrates (el proyecto TUNNING¹¹), se afirmaba lo siguiente: «*La armonización puede limitarse a encontrar puntos de convergencia y acuerdo comunes, de modo que se promueva la transparencia en el desarrollo de perfiles profesionales y los resultados deseados del aprendizaje. La armonización en la evaluación de las competencias y en los resultados del aprendizaje es lo máximo que se puede conseguir.*».

La Agenda Educativa del EURACT desea contribuir a la armonización de los resultados del aprendizaje de los diferentes programas educativos de toda Europa a este nivel. Quizá baste con alcanzar una «sintonía» óptima de los diferentes programas nacionales de formación para la especialidad mediante una progresiva convergencia y entendimiento mutuo. EURACT espera que esta agenda educativa, elaborada a partir de las competencias fundamentales aceptadas por todos los colegios europeos de medicina general y de familia en la reunión del WONCA Europe celebrada en Londres en 2002, complementada con las opciones de aprendizaje definidas en esta agenda educativa y presentadas en la reunión del WONCA Europe celebrada en Kos (Grecia) en 2005, pueda dar paso a un instrumento aceptable de armonización del contenido de los cursos de capacitación de toda Europa.

Bibliografía

1. Startfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. *Oxford University Press*, 1998.
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe, *WHO Europe, Copenhagen*, 1998.
3. The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. *Leeuwenhorst, Netherlands*, 1974.
4. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad. Med.* 1990, 65, S63-S65.
5. UEMO Policy Paper on Specific Training in general practice/family medicine in Europe, *Stockholm*, 2003.
6. Spencer JA, Jordan R.K. Learner centred approaches in medical education, *BMJ* 1999, 318; 1280-1283.
7. Innes R.B. Reconstructing undergraduate education. Using Learning Science to Design Effective Courses. *Larence Erlbaum, New Jersey London* 2004.
8. Harris I.B. Educating Professionals, Responding to New Expectations for Competence and Accountability, in «New Expectations for Professional Competence» in Curry L, Wergin JF and ass., *Jossey-Bass*, 1993.
9. Directiva del Consejo 93/16/EEC para facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos. *Official Journal of the European Community*, 1993, 165: 7/7/93.
10. Declaración de Bolonia de 19 de junio de 1999.
11. Tunning Project: Tunning educational structures in Europe, a European Socrates Project, under de lead of Julia Gonzales, Duesto Spain y Roberto Wagenaar, *Groningen Netherlands* 2003.

Visión de conjunto de las competencias fundamentales a partir del documento de definición. Versión reducida, EURACT 2005

La definición de la disciplina de la medicina general y de familia y del médico especialista en familia debe conducir directamente a las competencias fundamentales exigibles al médico generalista y de familia.

Fundamentales significa esenciales para la disciplina, con independencia del sistema de salud en que se ejerzan.

Las once características de la disciplina tienen relación con las once capacidades que todo médico especialista en medicina de familia debe dominar. A causa de su interrelación, se han agrupado en seis categorías independientes de competencias fundamentales. Cada grupo se describe de acuerdo con sus características principales.

Gestión de la atención primaria

Incluye la capacidad para:

- Gestionar el primer contacto con el paciente, ocupándose de problemas no seleccionados.
- Cubrir todo el abanico de estados de salud.
- Coordinar la atención con otros profesionales de la atención primaria y con otros especialistas.
- Dominar efectiva y apropiadamente la asistencia sanitaria y la utilización de las dependencias.
- Poner a disposición del paciente los servicios apropiados de que dispone el sistema sanitario.
- Actuar como defensor del paciente.

Atención centrada en la persona

Incluye la capacidad para:

- Adoptar una estrategia centrada en la persona al atender a los pacientes y ocuparse de los problemas teniendo en cuenta las circunstancias del paciente.

- Desarrollar y aplicar la consulta de la medicina general a fin de facilitar una relación efectiva entre el médico y el paciente, con respeto a la autonomía del paciente.
- Comunicar, establecer prioridades y actuar en cooperación.
- Proporcionar una continuidad longitudinal en la atención de acuerdo a las necesidades del paciente, aplicando una gestión de la atención permanente y coordinada.

Habilidades específicas para la solución de problemas

Incluyen la capacidad para:

- Relacionar los procesos específicos de toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.
- Reunir e interpretar de forma selectiva información del historial médico, exámenes físicos e investigaciones, y aplicarlos a un plan de gestión apropiado en colaboración con el paciente.
- Adoptar principios de trabajo apropiados, como por ejemplo la investigación acumulativa (utilizando el tiempo como herramienta), y la tolerancia a la incertidumbre.
- Intervenir urgentemente cuando sea necesario.
- Gestionar los problemas de salud que se presenten de forma temprana e indiferenciada.
- Hacer un uso efectivo y eficiente del diagnóstico y las intervenciones terapéuticas.

Enfoque integral

Incluye la capacidad para:

- Gestionar simultáneamente problemas y patologías de todo tipo, e indisposiciones, agudas o crónicas, que sufra el individuo.
- Incentivar la salud y el bienestar mediante la aplicación apropiada de estrategias de fomento de la salud y prevención de enfermedades.
- Gestionar y coordinar el fomento de la salud, la prevención, las curas, la atención y los cuidados paliativos y la rehabilitación.

Orientación a la comunidad

Incluye la capacidad para:

- Reconciliar las necesidades sanitarias de cada paciente y las de la comunidad en la que vivan, en equilibrio con los recursos disponibles.

Enfoque holístico o global

Incluye la capacidad para:

- Utilizar un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta las dimensiones cultural y existencial.

Características esenciales de aplicación

Al aplicar las competencias a la enseñanza, el aprendizaje y la práctica de la medicina de familia, es necesario tener en cuenta otras tres características esenciales: contextuales, de actitud y científicas. Las tres tienen que ver con las características de los médicos, y miden su capacidad para aplicar las competencias fundamentales en el contexto real de su puesto de trabajo. En la medicina de familia, dichas características pueden tener un impacto mayor debido a la estrecha relación entre el médico de familia y la gente con la que trabaja, pero se aplican a todos los médicos y no son específicas de la medicina general.

Aspectos contextuales

(Entender el contexto de los propios médicos y el entorno en que trabajan, como por ejemplo sus condiciones laborales, su comunidad, su cultura y sus marcos económico y normativo).

- Comprender el impacto de la comunidad local, como por ejemplo factores socioeconómicos, geografía y cultura, en su lugar de trabajo y la atención a los pacientes.
- Ser consciente del impacto de la cantidad de trabajo que realizar en los cuidados prestados a cada paciente, y las dependencias (personal y equipos) disponibles para suministrar dichos cuidados.
- Comprender los marcos económicos y normativos en que se presta atención sanitaria en la consulta.
- Comprender el impacto de las circunstancias domésticas personales del médico y de su entorno laboral en la atención sanitaria que presta.

Aspectos relativos a la actitud

(Basados en las capacidades profesiones, valores y ética del médico).

- Ser consciente de las propias capacidades y valores, y a tal fin identificar aspectos éticos de la práctica clínica (prevención, diagnóstico, terapia y factores que influyen en el estilo de vida).
- Ser consciente de uno mismo; comprender que las propias actitudes y emociones son factores que condicionan la forma en que ejercen su labor médica.
- Justificar y clarificar la ética personal.
- Ser consciente de la interacción de trabajo y vida privada y esforzarse por establecer un sano equilibrio entre ambos.

Aspectos científicos

(Adoptar en el ejercicio de la profesión un enfoque crítico y basado en la investigación, y mantenerlo mediante un aprendizaje continuo y la mejora de la calidad).

- Estar familiarizado con los principios generales, metodologías y conceptos de la investigación científica, y con los fundamentos de la estadística (incidencia, prevalencia, valor pronosticado, etc.).
- Poseer un conocimiento completo de los fundamentos científicos de patologías, síntomas y diagnósticos, terapias y prognosis, epidemiología, teoría de la decisión, teorías de la formulación de hipótesis y resolución de problemas y atención sanitaria preventiva.
- Tener acceso, leer y evaluar la literatura científica con espíritu crítico.
- Desarrollar y mantener el aprendizaje continuado y la mejora de la calidad.

La interrelación de competencias fundamentales y las características esenciales de aplicación es característica de la disciplina y pone de relieve la complejidad de la especialidad. Es esta compleja interrelación la que debería guiar y verse reflejada en el desarrollo de agendas similares de enseñanza, investigación y control de calidad.

Comparación de la agenda educativa del EURACT con otros marcos de competencias utilizados a nivel internacional

Los profesores, los responsables de los planes de estudios y los profesionales y demás personal docente siempre han intentado elaborar buenos marcos en los que diseñar y dar forma al programa educativo, incluidos los contenidos que deben formar parte de él. Esta Agenda Educativa del EURACT se propone ofrecer un marco internacional para la concepción y la armonización, o por lo menos la convergencia, de los planes de formación específica para el ejercicio de la medicina general y de familia en Europa. Es útil comparar esta agenda con otros ejercicios similares que han suscitado gran interés en la comunidad docente de Europa y otros lugares. Nos centraremos en dos ejemplos: el Dutch Blueprint, publicado en 1994, y el proyecto canadiense CanMEDS, que se empezó a desarrollar en 1993 y recibió su primera evaluación profunda en 2000. Esta comparación ayudará a entender qué es la Agenda Educativa del EURACT y qué no pretende ser, y por tanto, cómo puede ser utilizada.

El «Dutch Blueprint» se compone de 180 propuestas educativas que garantizarían el conocimiento médico exigido en las habilidades que se requieren para el ejercicio de la medicina. Conteníó cuatro subdivisiones:

- Conocimiento y habilidades relativas a todos los procesos médicos, sean indisposiciones, diagnóstico, tratamiento o información.
- Conocimiento de los fundamentos científicos de la medicina y capacidad para mantener actualizados dichos conocimientos y las destrezas profesionales.
- Características personales requeridas en los contactos con los pacientes y la actitud profesional.
- Conocimiento de los aspectos estructurales y financieros de la organización sanitaria, ética y normativa pertinente.

El Blueprint estaba orientado claramente hacia las tareas: qué trabajo realiza un profesional médico y cuáles son los conocimientos y destrezas en los que se sustentan los contenidos y la calidad de dichas tareas. Su objetivo era influir en los aspectos básicos de los planes de estudios de las facultades de medicina. Pero otras disciplinas médicas es inspiraron en este marco para elaborar sus estrategias docentes. La medicina general en Holanda y Bélgica, por ejemplo, definieron su «descripción de tareas básicas» y adaptaron sus estrategias educativas específicas con arreglo a estas listas.

La descripción de tareas básicas utilizó asimismo cuatro categorías: tareas derivadas de las categorías relativas a los problemas de los pacientes, tareas derivadas del propio proceso de atención sanitaria, tareas de apoyo como la colaboración, aprendizaje continuado o la gestión de la práctica asistencial y la actitud personal.

El proyecto CanMEDS empezó en 1993 para «procurar que los programas de formación de postgrado en la especialidad respondan plenamente a las necesidades de la sociedad». Su sistemática implementación en todas las facultades canadienses a partir de 2002, y el interés que despertó en Australia, Holanda, Dinamarca y el Reino Unido, lo convirtieron en un referente. Su objetivo global era «describir las competencias genéricas comunes a todos los especialistas». Lo más destacable es que parte de siete funciones que todo médico debe dominar, porque eso es lo que la sociedad necesita: el médico especialista como protagonista, pero rodeado de otros seis personajes: el comunicador, el colaborador, el consejero sanitario, el gestor, el estudioso y el profesional. Las competencias fundamentales se derivan de estas siete funciones. Tras recibir formación durante su etapa de residencia, todos los especialistas deberían poseer los conocimientos básicos requeridos para cada función, así como los fundamentos para desarrollar las capacidades que tengan que aplicar en el futuro. Para cada una de estas funciones se derivan competencias clave y se definen objetivos específicos de aprendizaje, metodologías docentes y de evaluación y problemas pertinentes para el desarrollo de sus aptitudes.

El proyecto CanMEDS se sitúa conceptualmente muy cerca de las opciones, elaboradas de forma independiente en la Agenda Educativa del EURACT. No obstante, el enfoque básico es diferente: el CanMEDS es un conjunto global de competencias comunes para todos los especialistas. No especifica las competencias específicas requeridas para cada disciplina; la definición de dichas competencias corresponde a la disciplina. Por el contrario, la Agenda Educativa del EURACT versa sobre la formación en la especialidad en medicina general y de familia, y especifica la especialidad o disciplina. Las competencias individuales descritas en la Agenda pueden no ser de aplicación exclusiva en la medicina general, pero su combinación y síntesis actuales constituyen la definición de la disciplina.

La Agenda Educativa del EURACT se deriva del nuevo documento de definición adoptado en 2002 por la sociedad académica europea de medicina general y de familia, que definió las once características de la disciplina y agrupó a partir de ellas seis competencias fundamentales y tres características esenciales de aplicación. Al igual que el proyecto CanMEDS, para cada una de las competencias la Agenda define objetivos de aprendizaje y metodologías docentes y de evaluación, y hace algunas anotaciones sobre tiempo y marco en los planes de estudio. Es normal que la medicina general y de familia, por ser una disciplina con tareas específicas en la atención sanitaria de la sociedad, no dé la misma relevancia a las diferentes funciones y competencias. Pero como declaró el proyecto CanMEDS en su documento de posicionamiento, todas las especialidades deberían siempre recoger las siete funciones básicas, aunque varíen el orden, la prioridad y el énfasis.

En la tabla 1 hicimos el simple ejercicio de comparar las siete funciones recogidas en el CanMEDS y las competencias fundamentales de ellas, con los ocho capítulos sobre competencias del EURACT y sus siete especificaciones de primer nivel. A nivel global encaja bastante bien. Pero incluso a este nivel, si se profundiza se ve que la agrupación es diferente. Ni uno solo de los ocho capítulos de competencias encaja completamente con alguna de las funciones del CanMEDS. Sí, el capítulo de la gestión de la atención primaria contiene muchos elementos de la función de gestión, pero también elementos de las funciones como el de colaborador o consejero sanitario. El capítulo de la orientación hacia la persona tiene mucho que ver con la función de comunicador, y el capítulo de la resolución de problemas específicos se encuentra en estrecha relación con el papel fundamental del médico especialista. Pero los capítulos sobre enfoque integral, orientación a la comunidad y enfoque global no tienen prácticamente ninguna relación con ninguna de las funciones definidas en el CanMEDS. ¿Es esto normal? Probablemente sí, porque estas competencias son casi específicas de las tareas y la especialidad de medicina general y de familia. La Agenda Educativa de EURACT constituye claramente un marco de referencia para la especialidad de medicina general y de familia, su plan de capacitación profesional —vinculado al Desarrollo Profesional Continuado— y el aprendizaje continuado. La Agenda debe considerarse como un instrumento que opera en los marcos establecidos en CanMEDS y puede remitirse a él, pero es independiente y armonizado con las exigencias de esta disciplina.

Tabla 1. Comparación de la agenda educativa del EURACT con CanMEDS

| Capítulos del EURACT | Competencias del EURACT | Competencias del CanMEDS | Funciones del CanMEDS |
|--|--|---|--|
| 1. Gestión de la atención primaria | 1.a Problemas no seleccionados en el primer contacto 1.b Todas las enfermedades 1.c Coordinación de la atención 1.d Efectiva utilización de la atención 1.e Atención a disposición de los pacientes 1.f Defensa del paciente | 1.b Tecnología de la información eficaz 1.c Eficiencia en la organización 1.d Gestión de recursos limitados 1.e Aportación al equipo 1.f Defensa del paciente | Director Colaborador Defensor del paciente |
| 2. Orientación hacia la persona | 2.a Enfoque centrado en la persona 2.b Consulta centrada en la persona 2.c Relación basada en la cooperación 2.d Atención longitudinal | 2.a Obtener y sintetizar información pertinente 2.b Decidir sobre la información apropiada 2.c Relación terapéutica | Comunicador |
| 3. Habilidades específicas para la resolución de problemas | 3.a Toma de decisiones específicas 3.b Reunir e interpretar información médica 3.c Adoptar estrategias típicas de diagnóstico 3.d Intervenir con carácter de urgencia 3.e Ocuparse de indisposiciones tempranas e indiferenciadas 3.f Uso eficiente de diagnósticos e intervenciones terapéuticas | 3.b Acceso y aplicación de información médica 3.f Habilidades para el diagnóstico y terapia. - Habilidades efectivas relativas a la consulta - Reconocimiento de los límites personales | Médico especialista |
| 4. Enfoque integral | 4.a Multipatología simultánea 4.b Promoción de la salud y el bienestar 4.c Gestionar el espectro completo | 4.a Identificación de factores condicionantes de la salud | Defensor del paciente |
| 5. Orientación a la comunidad | 5.a Reconciliar salud con necesidades de la comunidad | | |
| 6. Enfoque holístico o global | 6.a Modelo biopsicosocial+ dimensión cultural y existencial | | |
| 7. Características fundamentales de aplicación | 7.a Contextual 7.b Actitud: límites personales, ética 7.c Científico | 7. Responsabilidad ética 7a. Comportamiento personal apropiado 7b. Integridad, honestidad y compasión 7c. Aprendizaje personal continuado - Valoración crítica de los recursos - Facilitar el aprendizaje de los pacientes - Contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos | Estudioso de la profesión |
| 8. Integración e implementación | 8.a Aceptación de la complejidad 8.b Habilidades que deben implementarse en la práctica | | |

CAPÍTULO 1

Gestión de la atención primaria

Yonah Yaphe (Israel)

CONTRIBUCIONES DE:

Francesco Carelli (Italia), Jan Heyrman (Bélgica), Roar Maagaard (Dinamarca), Gertraud Rothe (Austria) y Job Metsemakers (Holanda)

Incluye la capacidad para:

- Gestionar el primer contacto con el paciente, ocupándose de problemas no seleccionados.
- Cubrir todo el abanico de estados de salud.
- Coordinar la atención con otros profesionales de la atención primaria y con otros especialistas.
- Dominar efectiva y apropiadamente la asistencia sanitaria y la utilización de las dependencias.
- Poner a disposición del paciente los servicios apropiados de que dispone el sistema sanitario.
- Actuar como defensor del paciente.

Introducción

La enseñanza de los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para una gestión efectiva de los pacientes en el ámbito de la atención primaria constituye la base de la agenda educativa de la medicina general y de familia.

Los contenidos y fundamentos teóricos de la disciplina académica de la medicina de familia han sido establecidos en buen número de libros de texto, y animamos al lector a que los consulte¹⁻⁴ para encontrar una descripción más detallada de los contenidos de la especialidad. En este primer capítulo de la Agenda Educativa se describen las tareas determinadas por la nueva definición europea de la profesión, concentrándose en los conceptos de primer contacto del médico con los pacientes, integralidad, atención coordinada, rentabilidad y defensa del paciente.

El trabajo del médico de atención primaria se centra ante todo en el «acceso abierto a todos los problemas individuales», lo cual se refleja en una población de consulta con una alta tasa de indisposiciones complejas y una baja prevalencia de enfermedades graves. Por tanto, el médico debe desarrollar los conceptos de salud, función y

calidad de vida entre la población a la que atiende, así como modelos de enfermedad. Esto encuentra expresión en las actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas por los médicos y en la gestión del control de riesgos. También se expresa en la toma de decisiones relativas a los cuidados paliativos y terminales. Los médicos de atención primaria se enfrentan cada vez más a la necesidad de ser conscientes de los costes sanitarios. Por consiguiente, la comprensión de la importancia de la rentabilidad constituye una materia de aprendizaje para los médicos durante su formación. Muchos médicos de atención primaria trabajan con profesionales de otras disciplinas médicas, de modo que el contexto de la enseñanza de la atención primaria puede promover el aprendizaje de cómo integrar diferentes disciplinas en un equipo a fin de optimizar la gestión de la atención primaria.

Objetivos de la gestión de la atención primaria

Objetivo 1.1: Al final del plan de formación, el alumno sabrá gestionar el primer contacto con los pacientes.

Este objetivo requerirá:

- 1.1.1. Conocer la epidemiología de los problemas e indisposiciones que se presentan en la atención primaria.
- 1.1.2. Conocer los típicos síntomas e indisposiciones que se suelen presentar en la atención primaria, especialmente en las fases tempranas, y de sus señales y síntomas, su diagnóstico y las posibilidades terapéuticas.
- 1.1.3. Dominar una estrategia que facilite la accesibilidad a los pacientes con indisposiciones no seleccionadas.
- 1.1.4. Adoptar una estrategia organizativa para la gestión de las indisposiciones crónicas.

Objetivo 1.2: Al final del plan de formación, el alumno sabrá cubrir todo el abanico de estados de salud.

Este objetivo requerirá:

- 1.2.1. Conocer las actividades preventivas requeridas en el ejercicio de la atención primaria.
- 1.2.2. Poseer habilidades médicas para la atención de indisposiciones graves y crónicas, para los cuidados preventivos y paliativos y para las emergencias.
- 1.2.3. Habilidades clínicas para la elaboración de historiales, realización de exámenes físicos y uso de tests complementarios para diagnosticar las enfermedades de los pacientes en la atención primaria.

- 1.2.4. Habilidades en el ámbito terapéutico, incluida la decisión de adoptar estrategias medicamentosas en el tratamiento de patologías.
- 1.2.5. Capacidad para priorizar problemas.

Objetivo 1.3: Al final del plan de formación, el alumno sabrá coordinar la atención sanitaria con otros profesionales de la atención primaria y de otras especialidades.

Este objetivo requerirá:

- 1.3.1. Conocer la organización del consultorio de atención primaria.
- 1.3.2. Establecer una comunicación eficaz con los demás miembros del personal.
- 1.3.3. Habilidades para trabajar en equipo.
- 1.3.4. Establecer una relación eficaz de colaboración con otros especialistas.

Objetivo 1.4: Al final del plan de formación, el alumno sabrá suministrar una atención apropiada y utilizar las dependencias con eficiencia.

Este objetivo requerirá:

- 1.4.1. Conocer la estructura del sistema sanitario y la función de sus componentes en relación con la atención primaria.

Objetivo 1.5: Al final del plan de formación, el alumno sabrá poner a disposición del paciente los cuidados más apropiados en el marco del sistema sanitario.

Este objetivo requerirá:

- 1.5.1. Poseer habilidades comunicativas para aconsejar, enseñar y tratar a los pacientes y sus familiares.
- 1.5.2. Poseer habilidades organizativas para archivar, gestionar la información, trabajar en equipo, llevar un consultorio y auditar la calidad de la atención.

Objetivo 1.6: Al final del plan de formación, el alumno sabrá actuar como defensor del paciente.

Este objetivo requerirá:

- 1.6.1. Desarrollar y mantener una relación y un estilo de comunicación basado en la cooperación con el paciente.
- 1.6.2. Poseer habilidades para el liderazgo efectivo, la negociación y el acuerdo.

Repercusiones sobre las metodologías docentes

Enseñar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la gestión de las patologías de los pacientes en la atención primaria requiere en primer lugar que los propios profesores sean excelentes médicos generalistas y de familia. La herramienta docente más efectiva suele ser la imitación de modelos. Los estudiantes, alumnos en prácticas y médicos graduados observan y copian la actuación de sus profesores, tutores y facilitadores durante su ejercicio profesional.

La observación constituye a la vez un método de aprendizaje y de evaluación. La observación directa incluye la consulta real o simulada con paciente. Puede denominarse *sit-in* (con paciente real), SOO (por sus siglas en inglés: entrevista con paciente simulado) o consulta grabada en vídeo o cinta magnetofónica (con paciente real o simulado).

Entre las metodologías específicas para alcanzar estos objetivos figuran:

- La observación directa por el alumno de la actuación del médico en la práctica real.
- La realización de tareas en la práctica real durante las tutorías de medicina general.
- La simulación de tareas profesionales con *feedback* sobre la actuación.
- La enseñanza reflexiva o de portafolio, cuyo objetivo es la compilación por parte de los alumnos de un amplio abanico de actividades prácticas, como por ejemplo presentaciones de casos clínicos, auditorías y lecturas guiadas.

Repercusiones sobre la evaluación de la gestión de la atención primaria

La evaluación de la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para la gestión de la atención primaria cubre todos los aspectos del aprendizaje requeridos por el médico especialista, y por eso habrá que aplicar una amplia variedad de métodos de evaluación. Con tests de conocimientos como los MCQ y la presentación de trabajos puede evaluarse la adquisición adecuada de datos requerida para la gestión de la atención primaria. Las habilidades de gestión pueden evaluarse mediante tests de competencia como el OSCE y otras simulaciones, como los exámenes con pacientes simulados. La valoración de la actuación en el trabajo cotidiano del alumno o estudiante en prácticas basada en las listas de control y las puntuaciones globales puede asimismo constituir un método válido y fiable para evaluar las habilidades en la gestión de la atención primaria. El aprendizaje de las actitudes apropiadas para una gestión efectiva de la atención primaria puede evaluarse mediante la observación (por ejemplo, la observación directa, el *sit-in* o la grabación de vídeos), charlas o entrevista en la evaluación sumativa y formativa, que caracteriza buena parte de la relación entre profesor y alumno en la enseñanza individualizada de la medicina general.

Resultados del aprendizaje

El alumno demostrará:

- Su capacidad para desarrollar las tareas con simulación requeridas.
- Su capacidad para desarrollar tareas en la práctica real mediante la observación directa o el visionado en vídeo de consultas grabadas.

Repercusiones sobre la fijación del entorno educativo y los plazos

La enseñanza de la gestión de la atención primaria debe ejercerse en el entorno de la medicina general. Los métodos de la simulación mediante modelos, de la práctica directa de habilidades y de la evaluación de la actuación requieren la inmersión en el entorno de la medicina general. Aunque la adquisición de conocimientos se produzca a través de la enseñanza clásica en las escuelas médicas, se refina en entorno único de la medicina general.

La educación médica básica debería incluir por lo menos la atención primaria y la gestión de los pacientes y sus problemas de salud, lo cual supondría una contribución sustancial al sistema sanitario, y debería asimismo buscar la manera de incluir actividades preventivas en la consulta y tratar a los pacientes con patologías en fase temprana y enfermedades crónicas.

En los cursos de capacitación, el alumno debería aprender a dominar las habilidades requeridas para el ejercicio de la atención primaria.

Marco general educativo para la gestión de la atención primaria

| Objetivos | Métodos de aprendizaje | Herramientas de valoración |
|---|--|--|
| Conocer la epidemiología de las patologías de los pacientes en la atención primaria | Clases Pequeñas charlas en grupo Lectura | MCQ, MEQ Trabajos |
| Conocer y entender el papel y la función del equipo de atención primaria | Prácticas clínicas Lectura Observación Charlas (individuales, en pequeños grupos, en equipo, otras) | Observación directa |
| Conocer los elementos del sistema sanitario y entender su función en relación con la medicina general | Clases Lectura Charlas (individuales, en grupos reducidos, en equipo, otras) | Trabajos MCQ, MEQ |
| Saber cómo diagnosticar las patologías de los pacientes mediante la elaboración de un historial clínico apropiado, un examen físico y tests complementarios | Simulación Laboratorio de habilidades Demostración en consulta Práctica en la consulta | Observación OSCE |
| Saber cómo ofrecer un servicio inicial efectivo para la atención de dichas patologías con estrategias medicamentosas o de otro tipo | Lectura Charla Observación | MCQ, MEQ Trabajos Charlas OSCE Observación |
| Demostrar habilidades comunicativas efectivas | Simulación Práctica en la consulta | OSCE Observación |
| Valorar los principios de la atención primaria mediante una perspectiva generalista, la tolerancia a la incertidumbre, la curiosidad, la diligencia y la disposición a la ayuda | Enseñanza individual Simulación mediante copia de modelo Charlas en grupos reducidos Reflexión | Observación Charlas Trabajos |

Bibliografía

1. Jones R. ed. Oxford Textbook of Primary Medical Care. *Oxford University Press*. 2004.
2. Rakei RE. Textbook of Family Practice. *W B Saunders; 6th Edition*. 2001.
3. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. *Oxford University Press; 2nd edition*. 1997.
4. Mash R. Handbook of family medicine 2000. *Oxford University Press, Southern Africa, 1st edition*. 2001.

CAPÍTULO 2

Atención centrada en la persona

Jan Heyrman (Bélgica)

CONTRIBUCIONES DE:

Anders Baehreim (Noruega), Filipe Gomes (Portugal),
Mónica Lindh (Suecia), Fergus O' Kelly (Irlanda), Wolfgang Spiegel (Austria),
Bernardina Wanrooij (Holanda), Egle Zebiene (Lituania),
Bernhard Rindlisbacher (Suiza) y Mario Sammut (Italia)

Incluye la capacidad para:

- Adoptar una estrategia centrada en la persona al atender a los pacientes y ocuparse de los problemas teniendo en cuenta las circunstancias del paciente.
- Desarrollar y aplicar la consulta de la medicina general a fin de facilitar una relación efectiva entre el médico y el paciente, con respeto a la autonomía del paciente.
- Comunicar, establecer prioridades y actuar en cooperación.
- Proporcionar una continuidad longitudinal en la atención de acuerdo a las necesidades del paciente, aplicando una gestión de la atención permanente y coordinada.

Introducción

Si la medicina general y de familia se postula como «medicina centrada en la persona», y considera su «estrategia centrada en la persona» como el principio diferenciador con respecto a otras profesiones médicas, la docencia y la formación de la atención centrada en la persona constituye una competencia fundamental. En sus nueve principios fundamentales de la medicina de familia, McWhinney¹ cita tres de ellos como elementos básicos: compromiso con la persona más que con un conjunto de conocimientos particular, el esfuerzo por entender la enfermedad en su contexto personal, social y familiar, y el énfasis en los aspectos subjetivos de la medicina.

La atención centrada en la persona constituye más una forma de pensar que una forma de actuar. Significa ver siempre al paciente como una persona particular en un contexto particular. Adopta una perspectiva sanitaria integral de los pacientes, y

tiene en cuenta no sólo los elementos de la enfermedad que pueden reconocerse en los problemas y patologías, sino también los recursos y puntos fuertes con que cuenta el paciente para facilitar la atención. En este tipo de relación médica no cuenta únicamente la historia y el contexto con que se presenta el paciente, sino la implicación del médico como persona que carga también con sus propias normas, historia, valores y conceptos^{1, 2, 13}.

Tener en cuenta las preferencias y expectativas del paciente en cada fase del método de atención centrado en el paciente³ es crucial en este punto. Esta opción puede beneficiarse del cambio desde la orientación a la enfermedad a la orientación a objetivos, según defiende Mold⁴.

La relación entre médico y paciente suele denominarse «cooperación sostenida». La sostenibilidad de la relación hace referencia a un compromiso mutuo y pleno mantenido durante largos periodos (no es necesario que ocupe el transcurso de toda una vida, desde el nacimiento a la muerte). Cooperación significa una relación entre médico y paciente basada en la participación y el grado de reacción del paciente, y en ella se excluyen el paternalismo y el dominio. Esta cooperación tiene que ver con el «modo deliberativo» de la relación, considerado por Emanuel⁶ como más productivo que los modos paternalista, informativo e interpretativo.

La atención centrada en la persona puede considerarse como un prerrequisito del método clínico centrado en el paciente, en el que se basa la medicina de familia. Los mensajes clave son:

- Considerar a la persona como un todo en el que todos los elementos pueden ser considerados por separado, pero que juntos conforman un ser humano total e integrado.
- A la hora de emitir un diagnóstico, explorar siempre la enfermedad en relación con la persona y el contexto. En toda enfermedad hay una parte de comportamiento que se aprende y que está culturalmente definido. Por otro lado, las enfermedades son presentaciones tipo que intentan deliberadamente excluir las diferencias individuales, y para cuyo tratamiento se utilizan los pronósticos habituales como instrumento principal para tomar decisiones terapéuticas generalmente efectivas. «Si somos sanadores, tenemos que conocer a nuestros pacientes como individuos: ellos pueden tener sus enfermedades en común, pero en sus reacciones a la enfermedad son únicos»⁷.
- En la atención al paciente basada en la persona, intentar siempre encontrar intereses comunes y formular planes juntos, a fin de que el paciente permanezca en el centro y conserve su autonomía.
- En la relación entre médico y paciente, los dos actores forman una sociedad con papeles y responsabilidades asimétricos pero definidos.
- En el encuentro con el paciente, incorporar la promoción de la prevención y la salud en equilibrio con todos los elementos de la gestión de la enfermedad.
- En la actitud personal, ser realista y concreto, e intervenir poniendo especial atención en la solución.

La atención centrada en la persona otorga gran relevancia a la continuidad del proceso de la relación. La continuidad es un asunto extenso y multidimensional que incluye multitud de aspectos. En este documento se definirá la continuidad como «el grado en que una serie de sucesos sanitarios discretos es percibida como coherente, conectada y compatible con las necesidades médicas del paciente y su contexto personal»⁸. La continuidad comprende cinco campos: el campo cronológico de la continuidad en el tiempo, la continuidad geográfica de la ubicación de la clínica y del equipo médico, la continuidad interdisciplinaria del equipo médico que atiende al paciente, la continuidad interpersonal y la continuidad informativa, que garantizan la disponibilidad de la información médica en cualquier lugar en que se visite al paciente. La continuidad puede dividirse en tres tipos⁹: la «continuidad personal», que permite al paciente ver al mismo médico, «la continuidad informativa», que garantiza la disponibilidad de la información aunque cambie el médico o el paciente sea derivado a otro, y la «continuidad de la atención», que garantiza una atención organizada durante veinticuatro horas. McWhinney⁷ subraya que el elemento clave es la responsabilidad, no la disponibilidad personal en todo momento.

Existe un paralelismo entre la relación médico-paciente y la del profesor con el alumno. Hay similitudes entre la atención centrada en la persona como opción de ejercicio profesional y el enfoque orientado al alumno en el modelo educativo. Las dos pueden ser utilizadas para sensibilizar y clarificar ambos conceptos. Comprendiendo el punto de vista del alumno pueden generarse ejemplos que faciliten la aceptación del punto de vista del paciente. La capacidad del alumno para reflexionar sobre su propio proceso educativo permite hacer hincapié y evaluar el manejo y la reflexión sobre la atención al paciente.

El estilo personal del médico puede marcar la diferencia¹⁴. Los datos demuestran que el estilo está estrechamente relacionado con la valoración de la calidad de la atención primaria por el paciente y con la satisfacción con la atención, e indican un sólido respaldo a la viabilidad y el valor del modelo orientado a la persona.

Objetivos de la atención centrada en la persona

Objetivo 2.1: al final del programa de formación, el alumno habrá desarrollado una estrategia centrada en la persona al atender a los pacientes y ocuparse de los problemas teniendo en cuenta las circunstancias del paciente.

Este objetivo requerirá:

- 2.1.1. Un conocimiento científico básico para comprender a la persona y su crecimiento, metas y expectativas en la vida.
- 2.1.2. El desarrollo de un marco de referencia para comprender y ocuparse de la dimensión familiar, la comunidad, y las dimensiones social y cultural reflejadas en la actitud, valores y creencias de la persona.

2.1.3. Dominar los conceptos relacionados con la dolencia o la enfermedad del paciente.

Objetivo 2.2: al final del programa de formación, el alumno sabrá aplicar el modelo de consulta orientado al paciente, así como comunicarse y actuar de forma cooperativa.

Este objetivo requerirá:

2.2.1. La capacidad para monitorizar un modelo de consulta orientado al paciente que empieza con la exploración de la agenda del paciente (sus ideas, conceptos y expectativas, por ejemplo), integra la agenda del alumno, encuentra puntos en común y negocia un plan de futuro conjunto.

2.2.2. La capacidad para informar de resultados de forma adaptada y comprensible, lo que significa informar a los pacientes de conceptos propios, y encontrar puntos en común para una posterior toma de decisiones.

2.2.3. Tomar decisiones con respeto a la autonomía del paciente.

2.2.4. Conciencia de la subjetividad de la relación médica, ya sea desde el punto de vista del paciente (sentimientos, valores y preferencias) como desde la perspectiva del alumno (conciencia de los propios valores, actitudes y sentimientos).

Objetivo 2.3: al final del programa de formación, el alumno sabrá comunicar, establecer prioridades y actuar con actitud cooperativa.

Este objetivo requerirá:

2.3.1. Habilidades y actitudes que permitan establecer una relación de cooperación con el paciente.

2.3.2. Habilidades y actitudes que permitan equilibrar distancia y proximidad con el paciente.

Objetivo 2.4: al final del programa de formación, el alumno sabrá proporcionar una continuidad longitudinal en la atención.

Este objetivo requerirá:

2.4.1. Comprender y dominar los tres aspectos de la continuidad: continuidad personal en la función de tutor permanente (predisposición a una relación de larga duración con una persona), continuidad informativa para tener disponible la información médica en todo momento para cualquier contacto con el paciente que sea necesario (intercambio de información personal y electrónica), y continuidad en la atención a lo largo del tiempo día y noche (trabajo dentro o fuera del horario de consulta).

Repercusiones sobre las metodologías docentes

El aprendizaje autodirigido y el ejercicio de la reflexión deberían guiar el proceso de aprendizaje. La «reflexión en la acción» inmediata y la «reflexión sobre la acción» retrospectiva son muy instructivas, sobre todo cuando ocurre algo inesperado. La reflexión general sobre el impacto en uno mismo y el estilo personal es crucial¹⁴. Esta reflexión está íntimamente ligada al pensamiento crítico, y su objetivo es estimularlo. El tutor debe actuar en este punto como instructor que estimula el aprendizaje autodirigido, el pensamiento crítico y la reflexión para mejorar el crecimiento personal y profesional.

Los conocimientos sobre el paciente como un todo pueden adquirirse no sólo en las clases, sino también mediante la lectura de novelas, charlas sobre los antecedentes de pacientes y reflexiones en grupos reducidos sobre interacciones concretas entre médicos y pacientes. Las sesiones de formación en habilidades profesionales deberían centrarse en la forma de comunicación específica relacionada con la función de socio que adopta el médico en los contactos orientados a la intervención, como por ejemplo la función de defensor. Todo modelo de consulta debería concebirse y enseñarse con sus diferentes elementos: la forma de comunicación variable que se establece en la consulta y la imitación de la conducta del médico.

La formación sobre intervención debe basarse en la receptividad con el paciente, incluir la enseñanza del comportamiento cognitivo y centrarse en la solución en lugar del problema. Asimismo, debe incorporar elementos de una estrategia basada en el sistema para tener en cuenta, como mínimo, a la persona, la familia y la comunidad.

La educación debería hacer hincapié explícitamente en el papel del médico como persona, y a tal fin desarrollar capacidades personales e intentar equilibrar los valores personales y la salud. El llamado «método Balint»⁹, junto con métodos relacionados desarrollados posteriormente, constituyen buenos ejemplos de reflexión participativa con la que se aprende a aceptar, entender y utilizar a la persona como elemento de un planteamiento efectivo de la relación con los pacientes orientado a la persona.

Entre los métodos específicos para alcanzar estos objetivos figuran:

- Una enseñanza que empiece por los problemas de presentación de los pacientes, otorgando un lugar preponderante a los relatos e historias de los pacientes en diferentes contextos educativos.
- Instrumentos como genogramas, cuadros familiares y ecomapas que incluyan aspectos relacionados con el trabajo y el ocio.
- Formación en el modelo de comunicación basado en la receptividad con el paciente como prerrequisito del método orientado al paciente de la práctica clínica.
- Sesiones temáticas sobre temas explícitos como la toma de decisiones conjuntas, el respeto a la autonomía, el *feedback*, el interrogatorio no amenazante, etc.
- Clases sobre conceptos y modelos definidos en relación con el tema destinadas a ofrecer un marco para la comprensión y la interpretación metacognitiva de lo que está ocurriendo en el encuentro médico-paciente.
- Prácticas supervisadas y modelos de aprendizaje reflexivo durante la formación práctica.

Repercusiones sobre la evaluación de la atención centrada en el paciente

La evaluación de la atención centrada en la persona debería basarse en la presentación de casos de pacientes, para la que cabría utilizar distintos formatos: en primer lugar, observación directa mediante consultas simuladas, evaluaciones basadas de los comentarios de los pacientes, evolución cronológica de los casos, grabación en vídeo de consultas; y en segundo lugar, métodos indirectos como puesta en común de casos o reflexiones orales sobre casos de pacientes simulados.

Las habilidades parciales, relacionadas con las características personales del médico y con la opinión y la comprensión de las características personales de los pacientes, pueden valorarse en evaluaciones del tipo «revisión por iguales», como puesta en común en grupo, presentaciones de problemas o reuniones del personal médico.

Pueden utilizarse nuevas estrategias como el método de la educación reflexiva, con el que el alumno demuestra su capacidad para la reflexión personal, lo cual constituye la garantía de su capacidad para reflexionar sobre el papel del paciente en el encuentro entre médico y paciente.

Resultados del aprendizaje

El alumno demostrará:

- Su capacidad para ocuparse de los problemas de los pacientes aplicando los conceptos de la atención centrada en el paciente.
- Su capacidad para llevar una consulta utilizando un método centrado en el paciente.
- Su capacidad para entablar una relación con el paciente basada en la receptividad.
- Sus conocimientos de atención longitudinal.

Repercusiones sobre el entorno educativo y los plazos

La educación médica básica debería garantizar los conocimientos y habilidades requeridos para dominar todos los aspectos de la atención centrada en la persona, y a tal objeto, incorporar de otras ciencias relacionadas nociones sobre desarrollo y crecimiento personal, familia, sociedad, cultura e influencias religiosas sobre las creencias, valores y comportamientos de la persona.

La educación médica básica debería encaminarse hacia una orientación temprana al paciente, de modo que todos los conocimientos científicos adquiridos por el alumno en relación con la salud tengan utilidad práctica en la atención a los pacientes, y basarse en los aspectos complementarios de las estrategias orientadas al paciente y las orientadas a la enfermedad. Asimismo, debería ofrecer docencia sobre medicina

general a todos los alumnos, así como a los futuros especialistas en campos ajenos a la medicina general y de familia.

Los cursos específicos de capacitación para el ejercicio de la medicina general y de familia deberían realizarse ante todo en el entorno de la disciplina, y deberían centrarse en el método clínico orientado al paciente, que parte del modelo de consulta centrado en el paciente incorporando habilidades para una comunicación receptiva con él.

Marco general educativo para la atención centrada en la persona

| Objetivos | Métodos de aprendizaje | Herramientas de valoración |
|---|--|--|
| <p>Considerar al paciente como persona</p> <ul style="list-style-type: none"> - ICE: ideas, conceptos, expectativas <p>Entender al paciente en su contexto</p> <ul style="list-style-type: none"> - en la familia - como miembro de la comunidad - influencia de la cultura y la religión | <p>Desarrollo de conceptos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clases temáticas - Lectura de historiales de pacientes, novelas y narraciones | <p>Observación directa de grabaciones en vídeo de consultas reales o simuladas</p> <p><i>Feedback</i> sobre la evaluación de los pacientes</p> <p>Evolución cronológica de casos</p> |
| <p>Aplicar la Consulta Centrada en el Paciente y el modelo de Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> - estilo de comunicación basado en la receptividad con el paciente - empezar y finalizar en el paciente | <p>Práctica clínica</p> <p>Observación por el tutor (<i>sit-in</i>) con <i>feedback</i></p> <p>Grabación en vídeo de consultas</p> <p>Charlas (grupos reducidos, individuales)</p> | <p>Observación indirecta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historiales de pacientes - Informes sobre evolución - Discusiones sobre casos - Reflexiones sobre casos simulado <p>Observación directa (<i>sit-in</i>, grabación en vídeo de consultas)</p> |
| <p>Mostrar receptividad con las preferencias, sentimientos y expectativas del paciente</p> | <p>Enseñar modelos Orientados al Objetivo</p> <p>Ejercicios de exploración</p> <p>Observación directa por el tutor y <i>feedback</i></p> <p>Consulta grabada en vídeo con <i>feedback</i> del tutor y reflexión del alumno</p> | <p>Evaluación temática de diferentes subelementos</p> |
| <p>Establecer una relación de cooperación sostenida</p> | <p>Reflexión sobre consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> - vídeo y autorreflexión | <p>Evaluación indirecta de potencialidades relacionales</p> |
| <p>Promover al médico como persona: utilizar y cuidar el equilibrio y valores personales propios</p> <ul style="list-style-type: none"> - autorreflexión - autoevaluación | <p>Grupos de reflexión participativa</p> <p>Portafolio reflexivo</p> | <p>Portafolio reflexivo con opinión de tutores</p> |

Bibliografía

1. McWhinney IR. A textbook of Family Medicine, 2nd edition, *Oxford University Press* 1997.
2. Fehrsen GS, Henbest RJ. In search of excellence. Expanding the Patientcentred Clinical Method: a Three-stage assessment. *Family Practice*, 1993 vol 10, no 1, pp. 49-54.
3. Stewart M, ea. Patient-Centred Medicine: transforming the Clinical Method. *Sage publ.* 1995.
4. Mold JW. Goal-Oriented Medical Care, *Family Medicine* 1991 23,1:46-51
5. Leopold N. Sustained partnership in Primary Care, *J.Fam.Pract* 1996; 42: 129-7
6. Emanuel E.J. Four models of the physician-patient relationship, *JAMA* 1992; 267:2221-6
7. McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000;6:1359
8. Freeman & Olesen: keynote lecture at the WONCA conference in Vienna 2000
9. Haggerty JL. Continuity of Care, *BMJ* 2003; 1219-1221
10. Balint M. The doctor, his patient and the illness. *Pitman Medical Publishing, London* 1964.
11. Henbest RJ, Stewart M. Patient- Centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Family Practice* 1990, vol 7, no 1, p28-33
12. Levenstein JH, ea. The patient-centred clinical method. I. A model for the doctor patient interaction in family medicine. *Family Practice* 1986, 3:24
13. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000, 51:1087-1110.
14. Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *Journal of Family Practice*, 2002. 51, 10
15. Schön DA. Educating the Reflective Practitioner. *Jossey-Bass*, 1987. p. 26

CAPÍTULO 3

Habilidades específicas para la resolución de problemas

Yonah Yaphe (Israel)

CONTRIBUCIONES DE:

Francesco Carelli (Italia), Bernard Gay (Francia), Jan Heyrman (Bélgica), Mladenka Vrcic-Keglevic (Croacia), Job Metsemakers (Holanda), Andreas Rothenbühler y Bernhard Rindlisbacher (Suiza)

Incluyen la capacidad para:

- Relacionar los procesos específicos de toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.
- Reunir e interpretar de forma selectiva información del historial médico, exámenes físicos e investigaciones, y aplicarlos a un plan de gestión apropiado en colaboración con el paciente.
- Adoptar principios de trabajo apropiados, como por ejemplo la investigación acumulativa (utilizando el tiempo como herramienta), y la tolerancia a la incertidumbre.
- Intervenir urgentemente cuando sea necesario.
- Gestionar los problemas de salud que se presenten de forma temprana e indiferenciada.
- Hacer un uso efectivo y eficiente del diagnóstico y las intervenciones terapéuticas.

Introducción

Las habilidades específicas para la resolución de problemas se relacionan con el contexto en que surgen los problemas, la naturaleza e historia natural de los propios problemas, las características personales de los pacientes que se presentan con dichos problemas, las características personales de los médicos que los gestionan y con los recursos que tenemos a nuestra disposición para ocuparnos de ellos. La resolución de problemas en la medicina general depende en buen grado del contexto específico.

El material teórico que puede ayudar a profesores y alumnos se encuentra en la literatura sobre el modelo hipotético-deductivo de Elstein¹. Un segundo modelo de utilidad es el concepto de reconocimiento de patrón o guiones de aprendizaje². Ambos pueden emplearse en la docencia sobre casos específicos reales para poner de relieve la estrategia de resolución de problemas adoptada por el médico. Un tercer aspecto clave es el uso de literatura sobre este campo que suministre ejemplos de decisiones de gestión^{3,4}. En este punto resultará útil hablar con el alumno sobre el sesgo de selección. Existen numerosos ejemplos, y puede ser instructivo repasar la literatura sobre series de casos de pacientes con linfadenopatía o dolor de pecho tratados en medicina general comparados con los resultados del tratamiento de pacientes en cuidados terciarios⁴.

La importancia de la resolución de problemas cuando se afronta una enfermedad temprana indiferenciada ayuda al alumno a centrarse en una estrategia orientada al problema en lugar de la que se orienta a la enfermedad. Existen buenos libros de texto sobre atención primaria que apuntan a esta tendencia. En particular, es crucial detectar posibles problemas que requieran una actuación urgente⁵.

El uso del tiempo, la investigación acumulativa y la gestión de la incertidumbre figuran entre los aspectos relacionados con la actitud que posiblemente tengan que cambiar quienes estudian medicina general. Existe un corpus de literatura cada vez más extenso sobre estos temas a disposición de los profesores que alientan a los alumnos a que reflexionen sobre estas herramientas específicas para la resolución de problemas⁶.

Tanto la gestión de problemas compartida con el paciente como el conflicto en torno al uso razonable de los recursos disponibles suscitan dilemas éticos ligados a la resolución de problemas. El profesor de medicina general puede centrarse en la ética cuando lo estime oportuno para discutir casos clínicos específicos o puede, por iniciativa propia, presentar simulaciones de casos para suscitar el debate sobre estos problemas y las estrategias de afrontamiento.

Las diferencias entre la medicina general y las estrategias hospitalarias para la resolución de problemas pueden resultar difíciles de entender o aceptar para los alumnos. Es necesario identificar y analizar los conflictos⁴. Hay muchos momentos susceptibles de ser enseñados y que pueden utilizarse con gran provecho para practicar las habilidades en la resolución de problemas.

La estrategia orientada al paciente puede considerarse como prerrequisito para la aplicación de la metodología clínica orientada al paciente en la que descansa la medicina de familia como disciplina. Los mensajes clave son:

- Entender la persona como un todo en el que todos los elementos pueden ser considerados por separado, pero que juntos conforman un ser humano total e integrado.
- A la hora de emitir un diagnóstico, explorar siempre la enfermedad en relación con la persona y el contexto. En toda enfermedad hay una parte de comportamiento que se aprende y que está culturalmente definido. Por otro lado, las

enfermedades son presentaciones tipo que intentan deliberadamente excluir las diferencias individuales, y para cuyo tratamiento se utilizan los pronósticos habituales como instrumento principal para tomar decisiones terapéuticas generalmente efectivas. «Si somos sanadores, tenemos que conocer a nuestros pacientes como individuos: ellos pueden tener sus enfermedades en común, pero en sus reacciones a la enfermedad son únicos».

Objetivos de las habilidades específicas para la resolución de problemas

Objetivo 3.1: al final del programa de formación, el alumno sabrá relacionar el proceso específico de toma de decisiones con la frecuencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad.

Este objetivo requerirá:

- 3.1.1. Conocimientos de las indisposiciones y patologías que se presentan en la atención primaria, incluidas su incidencia y frecuencia.
- 3.1.2. Conocimientos de la comunidad (distribución por edades y sexos, frecuencia de enfermedades crónicas).
- 3.1.3. Habilidades para la toma de decisiones en situaciones específicas (utilizando herramientas como el razonamiento clínico y las normas decisorias).

Objetivo 3.2: al final del programa de formación, el alumno sabrá reunir e interpretar de forma selectiva información obtenida a partir del historial clínico, reconocimientos físicos e investigaciones, y aplicarla a un plan de gestión apropiado en colaboración con el paciente.

Este objetivo requerirá:

- 3.2.1 Conocimientos de la información pertinente contenida en el historial y de los datos importantes que revele el reconocimiento médico y aplicarlo al problema concreto, otorgando relevancia a la toma en consideración o descarte de posibles problemas urgentes.
- 3.2.2. Conocimiento de cómo recopilar información pertinente del contexto del paciente, como por ejemplo los factores familiares y sociales.
- 3.2.3. Conocimiento del estado de las investigaciones y recursos clínicos para el tratamiento de los problemas del paciente.
- 3.2.4. Capacidad para elaborar el historial clínico y realizar reconocimientos físicos, así como para interpretar los datos.
- 3.2.5. Disposición a implicar al paciente en el plan de gestión.

Objetivo 3.3: al final del programa de formación, el alumno sabrá adoptar principios laborales apropiados en el uso de la investigación acumulativa, el tiempo y la tolerancia a la incertidumbre.

Este objetivo requerirá:

- 3.3.1. Adoptar actitudes típicas de una orientación generalista, como la curiosidad, la diligencia y el trato humano.
- 3.3.2. Adoptar procedimientos escalonados en el proceso de toma de decisiones médicas, utilizando el tiempo como herramienta de diagnóstico y terapéutica.
- 3.3.3. Entender la inevitabilidad de la incertidumbre en la resolución de problemas de la atención primaria y desarrollar estrategias para tolerar la incertidumbre.

Objetivo 3.4: al final del programa de formación, el alumno sabrá intervenir con carácter de urgencia cuando sea necesario.

Este objetivo requerirá:

- 3.4.1. Habilidades específicas para la toma de decisiones en situaciones de emergencia.
- 3.4.2. Habilidades específicas para los procedimientos de emergencia en los casos de atención primaria.

Objetivo 3.5: al final del programa de formación, el alumno sabrá gestionar enfermedades que se presenten en fase temprana y de forma indiferenciada.

Este objetivo requerirá:

- 3.5.1. Saber cuándo esperar y tranquilizar y cuándo tomar medidas para emitir un nuevo diagnóstico.

Objetivo 3.6: al final del programa de formación, el alumno sabrá hacer un uso efectivo de las intervenciones de diagnóstico y terapéuticas.

Este objetivo requerirá:

- 3.6.1. Conocer primeramente el valor predictivo positivo y negativo de los síntomas y manifestaciones y de los resultados de los tests complementarios obtenidos en la recopilación de datos clínicos, y en segundo lugar, su dependencia de la frecuencia de la enfermedad que se investiga.
- 3.6.2. Conocer la relación entre coste y rendimiento y costes y beneficios de los tests y tratamientos, y de los números necesarios para tratar o perjudicar con tratamientos específicos.

Repercusiones sobre la metodología docente

Buena parte de la enseñanza se ejerce utilizando imitaciones de modelos de conducta en entornos de atención primaria. Otra importante técnica docente es la realización de prácticas independientes supervisadas y la puesta en común y reflexión sobre casos que se han presentado.

El problema especial de la enseñanza de las habilidades médicas para la actuación en situaciones de urgencias es difícil de resolver en el entorno de la medicina general, especialmente durante las rotaciones de prácticas clínicas de menor duración e incluso en las prácticas de capacitación más largas. Para superar este problema es necesaria la colaboración con los departamentos de emergencias hospitalarias o los servicios de ambulancias en algunos establecimientos. Hay que prestar atención a los diferentes protocolos de resolución de problemas utilizados en algunas clínicas de atención primaria, en la calle o en las visitas domiciliarias, y compararlos con los que están en vigor para las emergencias hospitalarias.

Entre los métodos específicos para alcanzar estos objetivos figuran:

- El autoaprendizaje de la incidencia y frecuencia (lecturas, clases).
- La creación de un perfil médico o lectura de alguno que ya exista.
- Realización de consultas de medicina general con reflexión y supervisión de la toma de decisiones.
- En el nivel de conocimientos, lectura de textos sobre diagnósticos físicos y métodos de estudios de caso.
- En el nivel de las habilidades, simulación de anotación de historial clínico y reconocimiento médico (por ejemplo, en un laboratorio de habilidades).
- La observación de la actuación del alumno y evaluación.
- En el nivel de la actitud, puesta en común con el alumno sobre el valor de la cooperación con el paciente.

Repercusiones sobre la evaluación de las habilidades específicas para la resolución de problemas

La evaluación de las habilidades para la resolución de problemas en la atención primaria requiere de una variedad de métodos. Las pruebas OSCE pueden simular problemas infrecuentes o difíciles que pueden no haberse presentado durante la breve estancia del alumno en prácticas. También es válida la observación directa de las prácticas mediante listas de control y puntuaciones globales. El examen oral, con todas sus limitaciones, puede resultar útil en la evaluación de actitudes y habilidades para la resolución de problemas mediante el planteamiento de situaciones y casos hipotéticos.

El conocimiento de la frecuencia e incidencia puede evaluarse mediante las pruebas MCQ, MEQ y exámenes orales. La competencia para la toma de decisiones puede medirse mediante las pruebas OSCE, y la práctica de la toma de decisiones mediante la

evaluación de la actuación. Las habilidades específicas para la resolución de problemas puede evaluarse mediante las pruebas OSCE, la observación de la actuación del alumno y la evaluación de actuaciones específicas. Los métodos de las entrevistas con los pacientes y los cuestionarios pueden utilizarse para medir la satisfacción de los pacientes con la actuación del alumno encaminada a implicarles en la atención recibida.

Resultados del aprendizaje

El alumno demostrará:

- Su capacidad para relacionar el proceso específico de toma de decisiones con la frecuencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad.
- Su capacidad para recabar e interpretar información a partir de las anotaciones del historial clínico, reconocimientos físicos e investigaciones en el laboratorio, y para aplicarla a un plan de gestión apropiado en colaboración con el paciente.

Repercusiones sobre la fijación del entorno educativo y los plazos

En la Educación Médica Básica debería incluirse la gestión médica de problemas comunes indiferenciados y recursos disponibles. Dicha materia podría impartirse en formato de clase o de puesta en común en grupos reducidos en las primeras fases de los estudios preclínicos. Los laboratorios de habilidades clínicas pueden utilizarse para presentar a los alumnos de educación preclínica los métodos de resolución de problemas. Por último, el mejor lugar para adquirir las habilidades para la resolución de problemas es un entorno clínico con pacientes reales, con seguimiento en el tiempo para evaluar los resultados.

Buena parte de los cursos de capacitación profesional se dedica al aprendizaje de las habilidades para la resolución de problemas y al desarrollo de un estilo clínico personal y único bajo la orientación de un tutor durante un periodo de varios meses o años.

Bibliografía

1. Dowie J, Elstein AS (eds). Professional judgement: a reader in clinical decision making. *Cambridge University Press*, 1991.
2. Schmidt HG, Norman Gr, Boshuizen HPA. A cognitive perspective of medical expertise: Theory and implications. *Acad Med* 1990; 65:611-621.
3. Knotnerus JA. Medical decision-making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1991;8:305-307.
4. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *The Journal of Family Practice* 1996; 42: 139-44.
5. Pewsner D, Battaglia M ea. Ruling a diagnosis in or out with "SpPin" and "SnNOut": a note of caution. *BMJ* 2004. 329:209-13.
6. Sheldon M, Brooke J. Rector A (eds). Decision-making in general practice. *MacMillan Press, London*. 1985.
7. Page G, Bordage G, Allen T. Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills. *Acad Med*. 1995; Mar; 70(3):194-201.

Repercusiones sobre la fijación del entorno educativo y los plazos

| Objetivos | Métodos de aprendizaje | Herramientas de evaluación |
|---|---|--|
| Conocer la incidencia y frecuencia de enfermedades comunes | Clases Seminarios Lectura Puesta en común | MCQ, MEQ Pruebas orales |
| Saber cómo realizar una búsqueda efectiva para definir el problema | Simulaciones de casos Observación Puesta en común de casos | OSCE Observación Auditoría de archivos médicos |
| Saber cómo definir y gestionar el problema en colaboración con el paciente | Simulación de casos Prácticas clínicas Observación/ <i>sit-in</i> | Observación OSCE |
| Saber cómo gestionar emergencias en el ejercicio profesional | Prácticas en salas de emergencias Simulaciones Lecturas Prácticas clínicas | MCQ OSCE Observación |
| Saber cómo gestionar problemas indiferenciados | Simulaciones de casos Puesta en común Lectura | Examen oral OSCE Observación/ <i>sit-in</i> /vídeo |
| Valorar un enfoque acumulativo, utilizando el tiempo y aceptando la incertidumbre | Puesta en común Reflexión | Entrevista Puesta en común Examen oral |
| Valorar un enfoque ético para el uso razonable de recursos limitados | Puesta en común Observación Lectura Reflexión | Entrevista Puesta en común Examen oral |

8. Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med*. 1996 Sep;71(9):988-1001. Review.
9. Bordage G. Elaborated knowledge: A key to successful diagnostic thinking. *Acad Med* 1994;69:883-885.
10. Case MS, Swanson DB, Wooliscroft JO. Assessment of diagnostic pattern recognition skills in medical clerkship using written tests. In: International Conference Proceedings: Approaches to the assessment of clinical competence: Part II. *Ninewells Hospital and Medical School*. Dundee 1992:452-458.
11. Kassirer JP, Kopelman RI. Learning clinical reasoning. *Baltimore: Williams and Wilkins*, 1991.
12. Norcini JJ, Shell JA. The effect of level of expertise on answer key development. *Acad Med* 1995; 65:515,516.
13. Thistlethwaite JE. Making and sharing decisions about management with patients: the views and experiences of pre-registration house officers in general practice and hospital. *Med Educ* 2002; 36: 49-55.

CAPÍTULO 4

Enfoque integral

Igor Svab (Eslovenia)

CONTRIBUCIONES DE:

Ivanka Bogrova (República Checa), Margus Lember (Estonia), Janos Szabo (Hungria), Anders Baerheim (Noruega), Llukan Rrumbullaku (Albania), Justin Allen (Reino Unido), Dolores Fores (España), Muharem Zidzic y Samira Herenda (Bosnia y Herzegovina), Bernhard Rindlisbacher (Suiza)

Incluye la capacidad para:

- Gestionar simultáneamente problemas y patologías de todo tipo e indisposiciones, agudas o crónicas, que sufra el individuo.
- Promover la salud y el bienestar mediante la aplicación apropiada de estrategias de fomento de la salud y prevención de enfermedades.
- Gestionar y coordinar el fomento de la salud, la prevención, las curas, la atención y los cuidados paliativos y la rehabilitación.

Introducción

Uno de los requisitos más importantes para los médicos de familia en su ejercicio profesional es saber ocuparse de múltiples patologías y problemas en los pacientes a los que atienden, y al mismo tiempo apoyarse en los puntos fuertes y recursos personales para solucionar dichos problemas. Cuando los pacientes perciben la necesidad de asistencia médica, enferman como personas y a menudo no saben diferenciar entre las diferentes enfermedades que pueden haber contraído. El reto de ocuparse de toda la variedad de problemas de salud de un individuo es importante, y requiere de grandes habilidades para interpretar los problemas y priorizarlos en la consulta con el paciente¹.

El médico de familia debería adoptar una estrategia para el tratamiento de los pacientes basada principalmente en la promoción de su salud y bienestar general, a diferencia del enfoque del especialista, que trata todos los problemas médicos posibles. Gestionar adecuadamente los factores de riesgo mediante la promoción de los hábitos saludables y la atribución de responsabilidades a los pacientes, constituye una tarea importante de médico de familia. El objetivo del médico de familia es minimizar el impacto de los síntomas del paciente sobre su bienestar, y a tal fin debe conocer su personalidad, familia, vida cotidiana y entornos físico y social². Mediante la adopción

de un enfoque basado en evidencias se puede suministrar al paciente los tratamientos mejor documentados actualmente, y el médico puede valerse de las evidencias mejor documentadas actualmente para emitir diagnósticos y elegir tratamientos.

Coordinar la atención requiere, por otra parte, que el médico de familia haya recibido una formación apropiada no sólo en la gestión de enfermedades y prevención, sino también en la atención al paciente y en los cuidados paliativos suministrados al paciente en las fases finales de sus vidas y en la coordinación de la rehabilitación. El médico debe asimismo saber coordinar la atención al paciente suministrada por otros profesionales de la salud.

Objetivos del enfoque integral

Objetivo 4.1: al final del programa de formación, el alumno sabrá gestionar simultáneamente problemas y patologías de todo tipo, e indisposiciones, agudas o crónicas, que sufra el individuo.

Este objetivo requerirá:

- 4.1.1. Entender el concepto y los múltiples aspectos mutuamente complementarios de la multimorbosidad en un solo paciente.
- 4.1.2. Habilidades para gestionar problemas de salud simultáneos de un paciente mediante la identificación, exploración, negociación, aceptación y priorización.
- 4.1.3. Habilidades para utilizar apropiadamente los archivos médicos y otro tipo de información.

Objetivo 4.2: al final del programa de formación, el alumno sabrá promover la salud y el bienestar mediante la aplicación apropiada de estrategias de fomento de la salud y prevención de enfermedades.

Este objetivo requerirá:

- 4.2.1. Entender el concepto de salud en todas sus facetas.
- 4.2.2. Integrar la promoción individualizada de la salud en el encuentro cotidiano.
- 4.2.3. Promover conductas saludables mediante programas de fomento de la salud o la prevención en el entorno de la atención primaria.
- 4.2.4. Entender la función del médico de familia en el diseño de actividades orientadas al fomento de la salud en la comunidad.
- 4.2.5. Reconocer la importancia de las tensiones éticas entre las necesidades del individuo y las de la comunidad, y actuar apropiadamente.

Objetivo 4.3: al final del programa de formación el alumno sabrá coordinar todos los aspectos relativos a las curas, la atención, los cuidados paliativos y la rehabilitación de cada paciente.

Este objetivo requerirá:

4.3.1. Entender las distintas posibilidades y contribuciones de los miembros del equipo.

4.3.2. Capacidad para aplicar diferentes estrategias en un solo paciente.

4.3.3. Habilidades en la coordinación de un equipo médico.

Repercusiones sobre la metodología docente

Pueden aplicarse distintas metodologías docentes. Resultan útiles algunas consideraciones teóricas sobre el enfoque integral, pero para que sean fructíferas deben complementarse con experiencias prácticas.

Entre los métodos específicos para alcanzar este objetivo figuran:

- Experiencias prácticas obligatorias en fases tempranas del aprendizaje en el entorno de la atención primaria.
- Cursos de corta duración en los que se expliquen los conceptos de multimorbosidad y el funcionamiento del sistema sanitario.
- Simulaciones dramatizadas para enseñar habilidades comunicativas.
- Asignación de tareas (por ejemplo, presentaciones a pacientes en el entorno de la comunidad).
- Descripciones de casos y puesta en común en grupos reducidos a fin de evaluar la complejidad del paciente.
- Evaluación de consulta individual.
- Auditorías clínicas.
- Trabajo y reflexión continuados en entornos de atención primaria.

Repercusiones sobre la evaluación del enfoque integral

Los conocimientos pueden evaluarse por medio de tests, evaluaciones de presentaciones de pacientes y exámenes orales. Las competencias evaluarse mediante el OSCE, evaluaciones de vídeos y evaluaciones con pacientes simulados.

La actuación puede ser evaluada por el tutor que observa al médico en la consulta mientras realiza tareas concernientes a este campo (elaborar una lista de problemas, evaluación de los antecedentes de un paciente, trabajo con pacientes reales en la consulta, etc.)³. Pueden utilizarse asimismo distintos métodos de evaluación formativa y sumativa. En general, el paciente debe ser el punto de partida de la evaluación.

Resultados del aprendizaje

El alumno demostrará:

- Conocimientos del marco teórico de la multimorbosidad.
- Conocimientos del concepto de salud y salutogénesis⁴.
- Comprensión del marco teórico del fomento efectivo de la salud.
- Capacidad para identificar, explorar, negociar, aceptar y priorizar problemas simultáneos y recursos con cada paciente individual.
- Capacidad para promover hábitos saludables de forma individualizada en el marco de la consulta médica.
- Uso apropiado de archivos médicos y mejores evidencias en la gestión de problemas de multimorbosidad.
- Capacidad para suministrar y coordinar los cuidados en estos campos.

Repercusiones sobre la fijación del entorno educativo y los plazos

El enfoque integral puede enseñarse en distintos niveles de conocimientos y complejidad.

En el nivel de la Educación Médica Básica, el alumno deberá conocer las nociones teóricas del enfoque integral y aplicarlas en casos sencillos.

En el nivel de la capacitación profesional, el médico debe ser competente en la aplicación del enfoque integral.

En el nivel del Desarrollo Profesional Continuado, el médico debe demostrar desempeño adecuado en este campo.

Bibliografía

1. Kaufman DM. ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice. *Br Med J* 2003;326:213-6.
2. Stewart M, Patient centred medicine: transforming the clinical method. *Sage publ.* 1995
3. Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education* 1996;1:41-67.
4. Antonowsky A, Unraveling the mystery of health, *Jossey-Bass Inc, California* 1987

Marco general educativo para el enfoque integral

| Objetivos | Métodos de aprendizaje | Herramientas de evaluación |
|--|---|--|
| Entender el concepto de multimorbosidad | Clases Trabajo en la consulta Descripción y presentación de casos individuales | MCQ, MEQ Evaluación de presentación por el tutor del líder del grupo Por el tutor Evaluación de presentación por el tutor del líder del grupo |
| Gestionar problemas múltiples y simultáneos | Elaboración de una lista de problemas junto con otra lista de puntos fuertes y recursos de afrontamiento Presentaciones de casos Trabajo en la consulta | OSCE Antecedentes del paciente Por el tutor Por el tutor |
| Utilizar archivos médicos | Elaboración de una lista de problemas Trabajo en la consulta | OSCE Por el tutor |
| Consultar y utilizar las mejores evidencias | Trabajo en la consulta | Por el tutor |
| Entender el concepto de salud | Simulaciones dramatizadas o pacientes simulados Presentaciones de casos Trabajo en la consulta | Análisis de vídeo Evaluación en grupo Autoevaluación, evaluación por el tutor |
| Fomentar la salud de forma individualizada en las consultas cotidianas | Clases sobre cambios de estilos de vida Vídeo Representaciones dramatizadas Pacientes simulados | MCQ, MEQ Análisis de vídeo Representación dramatizada Evaluación/ <i>feedback</i> o paciente simulado Por el tutor |
| Promover conductas saludables mediante programas de fomento de la salud o la prevención en el entorno de la atención primaria | <i>Sit-in</i> en grupo | Evaluación entre iguales |
| Entender la función del médico de familia en las actividades orientadas al fomento de la salud en la comunidad | Preparar material <i>Sit-in</i> en grupo Realizar una sesión Preparar un proyecto | Evaluación del material Evaluación entre iguales Evaluación de la sesión Por el tutor |
| Reconocer la importancia de las tensiones éticas entre las necesidades individuales y las de la comunidad, y actuar apropiadamente | Seminarios, puesta en común en grupo, lecturas | Por ejemplo, observación de una consulta simulada, oral/puesta en común |
| Ser consciente de los recursos disponibles en el seno de la comunidad local y del sistema sanitario en general | Clases/Seminarios Puesta en común Visita de estudio/Visita de otro profesional Trabajo de campo | MCQ, MEQ Oral Informe |

CAPÍTULO 5

Orientación a la comunidad

Igor Svab (Eslovenia)

CONTRIBUCIONES DE:

Ivanka Bogrova (República Checa), Margus Lember (Estonia),

Janos Szabo (Hungria), Anders Baerheim (Noruega), Llukan Rrumbullaku (Albania),

Justin Allen (Reino Unido), Dolores Fores (España), Muharem Zildzic y Samira

Herenda (Bosnia y Herzegovina)

Incluye la capacidad para:

- Reconciliar las necesidades sanitarias de cada paciente y las de la comunidad en la que viven, en equilibrio con los recursos disponibles.

Introducción

Los médicos de familia tienen una responsabilidad con la comunidad en la que trabajan, que se extiende más allá de la consulta con cada paciente. El trabajo del médico de familia está condicionado por las características de la comunidad y, por tanto, debe entender sus potencialidades y limitaciones. El médico de familia está en una situación idónea para ver estos aspectos. En todas las sociedades, los sistemas sanitarios están siendo racionados, y se está implicando a los médicos en las decisiones que tienen relación con ese racionamiento. Los médicos, por tanto, tienen la responsabilidad ética y moral de influir en las políticas de salud en el seno de la comunidad.

Objetivos de la orientación a la comunidad

Objetivo 5.1: al final del programa de formación, el alumno sabrá reconciliar las necesidades sanitarias de cada paciente y las de la comunidad en la que viven, en equilibrio con los recursos disponibles.

Este objetivo requerirá:

- 5.1.1. Entender las necesidades sanitarias de las comunidades mediante estudios epidemiológicos de la población.
- 5.1.2. Entender las interrelaciones entre salud y atención social.
- 5.1.3. Entender el impacto de la pobreza, la etnicidad y la epidemiología local sobre la salud.

- 5.1.4. Conciencia de las desigualdades en la asistencia sanitaria.
- 5.1.5. Entender la estructura del sistema sanitario y sus limitaciones económicas.
- 5.1.6. Trabajar con otros profesionales implicados en políticas de salud comunitarias, y entender sus funciones.
- 5.1.7. Entender la importancia de la información médica y la relativa a la comunidad como garantía de calidad del ejercicio profesional del médico.
- 5.1.8. Entender cómo pueden aprovechar el paciente y el médico los recursos del sistema sanitario.
- 5.1.9. Reconciliar las necesidades de los individuos con las necesidades de la comunidad en la que viven.

Repercusiones sobre la metodología docente

Pueden usarse distintas metodologías. Las consideraciones teóricas deberían ir a la par con el trabajo práctico, porque es vital una comprensión clara del contexto en que se desenvuelve la atención primaria en la consulta y de la dinámica social de la comunidad en la que ejerce el médico. Esta comprensión requiere experiencia directa en el entorno.

Entre los métodos específicos para alcanzar los objetivos figuran:

- Una reflexión estructurada sobre la experiencia obtenida en el trabajo (puesta en común de casos, evaluación de los antecedentes del paciente).
- Clases convencionales en el aula (charlas, seminarios, sesiones en grupos reducidos, resolución de problemas).
- Visitas a hospitales y centros de atención social.
- Trabajo de campo.
- Proyectos.
- Auditorías de consulta.
- Estudio personal guiado.

Repercusiones sobre la evaluación de la orientación a la comunidad

El conocimiento puede evaluarse mediante tests de conocimientos como el MCQ o el MEQ, exámenes escritos u orales, evaluaciones de presentaciones de pacientes y mediante trabajos y proyectos.

Las competencias pueden valorarse mediante el test OSCE, grabaciones en vídeo con representaciones dramatizadas o con pacientes simulados.

El desempeño puede evaluarse mediante un tutor que evalúe al médico en la consulta mientras realiza las tareas concernientes a este capítulo.

Resultados del aprendizaje

El alumno demostrará:

- Conocimientos de las necesidades sanitarias de la comunidad.
- Comprensión de las relaciones entre salud y atención social.
- Comprensión del impacto de la pobreza, la etnicidad y la epidemiología local sobre la salud.
- Comprensión de la estructura del sistema sanitario y sus limitaciones económicas.
- Comprensión de la importancia de información médica y la relativa a la comunidad como garantía de calidad del ejercicio profesional del médico.
- Comprensión de cómo pueden aprovechar el paciente y el médico los recursos del sistema sanitario.
- Conciencia de las desigualdades en el sistema sanitario.
- Capacidad para trabajar con otros profesionales implicados en políticas de salud comunitarias.
- Capacidad para reconciliar las necesidades de los individuos con las de la comunidad en que viven.

Repercusiones sobre la fijación del entorno y los plazos

La orientación a la comunidad y el impacto de la dimensión comunitaria sobre la atención individualizada pueden enseñarse en diferentes niveles de conocimientos y complejidad, pero siempre en el entorno de la medicina general.

En el nivel de la Educación Médica Básica, el alumno debería tener nociones teóricas del impacto comunitario sobre la atención a los pacientes, y saber, asimismo, aplicarlas a casos simples.

En el nivel de la capacitación profesional, el médico debería ser competente en el impacto de la dimensión comunitaria sobre la atención individual en determinados casos, y demostrar su implicación en la comunidad mediante proyectos específicos.

En los niveles de la Educación Médica Básica Continuada y el Desarrollo Profesional Continuo, el médico debería actuar adecuadamente en este campo.

Bibliografía

1. Feachem RGA. Poverty and inequity: a proper focus for the new century, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (1)
2. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014-1018.
3. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998; 317: 28-32
4. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:141-7.
5. Marmot M. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1998; 352: 57-60.
6. Oandasan IF, Ghosh I, Byrne PN, Shafir MS. Measuring community-oriented attitudes towards medical practice. *Fam Pract* 2000;17:243-7.
7. Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. *BMJ*. 2004; 328: 1070-1072
8. Pollock AM, Majeed FA. Community oriented primary care. *BMJ* 1995;310:481-2.
9. Smeeth L, Heath I. Tackling health inequalities in primary care. *BMJ*. 1999; 318 (7190): 1020-1.

Marco general educativo para el enfoque comunitario

| Objetivos | Métodos de aprendizaje | Herramientas de evaluación |
|---|--|---|
| Entender las necesidades sanitarias de las comunidades mediante el estudio de las características epidemiológicas de la población | Clases convencionales en el aula Seminarios Puesta en común en grupos reducidos Visitar hospitales y centros de atención social Auditorías Proyectos Trabajo de campo | MCQ, MEQ Exámenes escritos u orales Presentaciones de pacientes o proyectos Por el tutor Informe Informe Por profesor de capacitación profesional |
| Entender las interrelaciones entre salud y atención social Entender el impacto de la pobreza, la etnicidad y la epidemiología local en la salud Ser consciente de las desigualdades en el sistema sanitario | Visitar hospitales y centros de atención social Puesta en común en grupos reducidos Trabajo de campo Clases convencionales en el aula | Por el tutor Puesta en común con profesor de capacitación profesional Test de conocimientos |
| Entender la estructura del sistema sanitario y sus limitaciones económicas | Reflexión estructurada en torno a experiencias laborales (puesta en común de casos, evaluación de archivos) Visitar hospitales y centros de atención social Trabajo de campo Clases convencionales en el aula Seminarios/puesta en común | Puesta en común con profesor de capacitación profesional Por el tutor Puesta en común con profesor de capacitación profesional Test de conocimientos |
| Trabajar con otros profesionales implicados en políticas de salud comunitarias, y entender sus funciones | Trabajo de campo (con otros profesionales) Reflexión estructurada en torno a experiencias laborales (puesta en común de casos, evaluación de archivos) | Por el tutor Mediante puesta en común con profesor de capacitación profesional |
| Entender la importancia de la información médica y la relativa a la comunidad como garantía de calidad del ejercicio profesional del médico | Auditorías de consultas Proyectos Trabajo de campo Estudio personal guiado | Informe Informe Por el tutor |
| Entender cómo pueden aprovechar el paciente y el médico los recursos del sistema sanitario (procedimientos de derivación, copagos, bajas por enfermedad, problemas legales, etc.) en su propio contexto | Estudio personal guiado Uso de recursos de Internet Trabajo de campo | Tutor |
| Reconciliar las necesidades de los individuos con las de la comunidad en la que viven | Reflexión estructurada en torno a experiencias laborales (puesta en común de casos, evaluación de archivos) Estudio personal guiado Trabajo de campo | Puesta en común con profesor de capacitación profesional Puesta en común con profesor de capacitación profesional |

CAPÍTULO 6

Enfoque holístico o global

Egle Zebiene (Lituania)

CONTRIBUCIONES DE:

Filipe Gomes (Portugal), Jan Heyrman (Bélgica), Fergus O'Kelly (Irlanda), Monica Lindh (Suecia), Iuliana Popa (Rumanía), Athanasios Simeonidis (Grecia), Wolfgang Spiegel (Austria), Paula Vainiomäki (Finlandia), Bernardina Wanrooij (Holanda), Stefan Wilm (Alemania), Adam Windak (Polonia), Bernhard Rindlisbacher (Suiza)

Incluye la capacidad para:

- Utilizar un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta las dimensiones cultural y existencial.

Introducción

La medicina forma parte intrínseca de la cultura entendida en su sentido más amplio. Se basa en un conjunto de creencias y valores compartidos, como cualquier manifestación cultural. El enfoque global ha sido aplicado en distintos niveles de la atención primaria, y el desafío no es *si* hay que aplicar este modelo, sino *qué* tipo hay que aplicar¹. El término holismo tiene muchas interpretaciones en el ejercicio de la medicina, inclusive en prácticas alternativas o complementarias. Los escritores pueden referirse a un significado y los lectores entender otro distinto². La definición del enfoque holístico más ampliamente aceptada en el campo de la atención médica, y que será la que utilizaremos en este documento, sostiene que es *«la atención prestada a la persona como un todo en el contexto de sus valores personales, creencias familiares, estructura familiar y la situación cultural y socioecológica de la comunidad en la que vive, y que tiene en cuenta un abanico de terapias basada en la evidencia de sus costes y beneficios»*³. El holismo, como señala Pietroni, implica «la disposición a realizar un amplio abanico de intervenciones (...), la insistencia en una relación de carácter más participativo entre médico y paciente y la conciencia del impacto de la “salud” del médico sobre el paciente»⁴. Dado que el enfoque holístico se centra principalmente en el individuo, incluso las terapias de intervención aplicadas al paciente tendrán un significado distinto para distintas personas. El carácter individual de este enfoque lo

coloca en estrecha relación con la medicina de familia, por tres razones: en primer lugar, incluye la base biológica de la medicina que define la naturaleza holística de los órganos; en segundo lugar, desde un punto médico incorpora un enfoque de sistema, y finalmente, como disciplina orientada a la persona otorga un papel fundamental al holismo que considera a la persona como un todo¹. La perspectiva holística reconoce las explicaciones científicas objetivas de la psicología, pero admite también que las personas tienen experiencias interiores de carácter subjetivo, místico y (para algunos) religioso, que pueden afectar a su salud y a sus creencias sobre la salud⁵.

El reconocimiento de que toda dolencia tiene componentes tanto mentales como físicos, y de que existe una relación dinámica entre componentes de sistemas (teoría general de sistemas) condujo al desarrollo del modelo biopsicosocial de la medicina moderna⁶. Los postulados del modelo biopsicosocial fueron detallados con total claridad por George L. Engel^{7,8}, que sostenía que para que la psiquiatría ofrezca una explicación totalmente científica e inclusiva de los trastornos mentales, deberían sustituirse las teorías bio-reduccionistas por otras que se atengan a la perspectiva de la teoría general de sistemas, desarrollada por Ludwig von Bertalanffy y Paul Weiss. El modelo biopsicosocial constituyó para todo el mundo un cambio de paradigma porque parecía disolver la separación entre mente y cuerpo⁹.

Considerar la dolencia (no la enfermedad) como proceso que otorga igual relevancia a los condicionantes biológicos, psicológicos y sociales de la patogénesis, diagnóstico y terapia, constituye la base del enfoque holístico, con su consecuente implementación en el terreno práctico.

Emplear un modelo biopsicosocial como base para la cura y la atención médica implica la aceptación de que existen muchos factores que influyen en nuestra comprensión de lo que es humano. Los médicos de familia aceptan la influencia de una gran diversidad de factores. Pero el grado de influencia que puede manejar una persona en un entorno terapéutico es siempre limitado. Entre los factores que cabe considerar figuran:

- Los aspectos naturales, como por ejemplo el sexo, la constitución genética y la tipología.
- En entorno microsocioal, como la familia, y el entorno macrosocioal, como la comunidad local y la comunidad a mayor escala, con todos sus factores culturales y socioecológicos.
- Las creencias sobre la salud y las experiencias vitales que hacen de la persona el ser que es ahora.
- Los recursos para el mantenimiento de una buena salud en una persona, como la comprensión de sucesos, la aceptación de significado y la autonomía que lleva a la convicción de que la vida es controlable.
- Experiencias personales, como enfermedades anteriores o contactos médicos y sociales.

Hay que hacer hincapié en que, a medida que crece la lista de factores, es crucial que el médico adquiera conciencia y comprensión de sus propias limitaciones en su ejercicio profesional. Teniendo en cuenta la autonomía fundamental del paciente, el médico de familia no contará con muchas oportunidades de intervenir, y lo hará de forma ocasional y más bien tangencial, porque sus conocimientos sobre la historia, sentimientos y prioridades del paciente, aun siendo interesantes, son escasos. Al mismo tiempo, la integración de factores influyentes es crucial y constituye un valor añadido. Este aspecto remite al enfoque de sistema, en el que el todo es más que la suma de las partes.

Objetivos del enfoque holístico

Objetivo 6.1: al final del programa de formación, el alumno sabrá emplear un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta las dimensiones culturales y existenciales.

Este objetivo requerirá:

- 6.1.1. Conocer el enfoque holístico y su repercusión en la atención al paciente.
- 6.1.2. Capacidad para considerar al paciente como un todo biopsicosocial.
- 6.1.3. Habilidades para transformar la perspectiva holística en medidas prácticas.
- 6.1.4. Conocer el trasfondo cultural y existencial del paciente que afecte a los cuidados médicos.
- 6.1.5. Tolerancia y comprensión de las experiencias, creencias, valores y expectativas del paciente susceptibles de afectar la prestación de cuidados.

Repercusión sobre la metodología docente

Pueden emplearse distintos métodos de enseñanza y aprendizaje del enfoque holístico, empezando por las consideraciones y debates teóricos en torno a la perspectiva holística y los distintos niveles de holismo. La clarificación del modelo biopsicosocial, basada en lecturas, clases y seminarios, debería constituir la base para el empleo de otros métodos. Para la comprensión de una gran variedad de campos de forma integrativa, la enseñanza y el aprendizaje complementarios deberían basarse en gran medida en estudios de casos, relatos, historias de pacientes y el contexto global que puede enseñarse y aprenderse en la práctica.

Entre los métodos específicos para alcanzar los objetivos figuran:

- Estudios de caso, descripciones de un único caso y presentaciones.
- Entrevistas grabadas en vídeo, análisis de vídeos de consultas clínicas, pacientes simulados.

- Puesta en común en grupo, puesta en común individual.
- Visitas de campo, observación en la consulta, supervisión en las prácticas con tutor.
- Trabajar con manifestaciones artísticas, literatura y cine^{11,12}.

Repercusión sobre la evaluación del enfoque holístico

Son fundamentales para la evaluación de las competencias concernientes a este capítulo las presentaciones de casos, la observación directa de consultas, los análisis y valoración de grabaciones en vídeo mediante la evaluación a largo plazo del tutor, la observación de las lecciones y la evaluación entre iguales. Los aspectos conceptuales pueden evaluarse mediante simulación de casos en un examen oral, e incluso mediante el test MEQ. Los informes escritos y los trabajos sobre enfoques y aspectos específicos también pueden resultar muy útiles para la evaluación de la capacidad del alumno para tener en cuenta distintos factores e integrarlos en los procesos de atención sanitaria.

Resultados del aprendizaje

El alumno demostrará:

- Conocimientos del concepto holístico y su repercusión en la atención al paciente.
- Capacidad para considerar al paciente como un todo biopsicosocial.
- Habilidades para transformar la perspectiva holística en medidas prácticas.
- Conocimiento del entorno cultural y existencial del paciente que afecte a la atención sanitaria.
- Tolerancia con las experiencias, creencias, valores y expectativas del paciente que puedan afectar a la prestación de la atención sanitaria.

Repercusiones sobre la fijación del entorno educativo y los plazos

La Educación Médica Básica debería incluir todo el conocimientos científico básico y las habilidades necesarias para la aplicación del modelo holístico al completo, y no sólo para el enfoque biomédico. Para contribuir a la resolución de problemas habría que equilibrar y completar el método analítico con el enfoque de sistemas. Los alumnos deberían tener la oportunidad de entrar en contacto con el enfoque orientado al paciente, en el que la integración holística constituye el modelo básico para emitir diagnósticos y decidir tratamientos y cuidados.

En la capacitación profesional habría que integrar de forma óptima las presentaciones de casos, las sesiones de aprendizaje, los foros de debate y la reflexión. Igualmente

merecen consideración las dimensiones biopsicosociales y los aspectos culturales y existenciales. En concreto, hay que hacer hincapié en la necesidad de la medicina reflexiva continuada en este campo. Si es necesario, hay que enseñar conocimientos específicos sobre diferencias étnicas y culturales en las distintas actitudes con respecto a la salud y la enfermedad.

En el Desarrollo Profesional Continuado es importante tener este punto de vista en mente, y asegurarse de que este aspecto del ejercicio profesional se mantiene y es reforzado mediante puestas en común de casos, tutorías y *feedback*.

Marco general educativo para el enfoque holístico

| Objetivos | Métodos de aprendizaje | Herramientas de evaluación |
|---|---|---|
| Conocer el concepto holístico y su repercusión en la atención al paciente | Lecturas Puestas en común en grupos reducidos Observación Clases Puesta en común individualizada | MCQ Examen oral Informes por escrito Trabajos Observación de consulta |
| Demostrar la capacidad para considerar al paciente como un todo biopsicosocial | Estudios de caso Entrevistas grabadas en vídeo Puesta en común en pequeños grupos Seminarios | Análisis de grabaciones en vídeo Evaluación a largo plazo por el tutor Evaluación entre iguales |
| Demostrar la capacidad para transformar la perspectiva holística en medidas prácticas | Paciente simulado Representación dramatizada Aprendizaje basado en problemas Supervisión de consulta Reflexión | Observación de consulta Evaluación continuada del tutor Simulación de casos |
| Conocer el entorno cultural y existencial del paciente que afecte a los cuidados sanitarios | Lecturas Relatos Visitas de campo | Examen oral Informes por escrito Trabajos Presentación de casos |
| Tolerar y entender las distintas experiencias, creencias, valores y expectativas del paciente que puedan afectar a la prestación de cuidados sanitarios | Representación dramatizada o paciente simulado Estudios de caso Reflexión Visita de campo Análisis del historial del paciente | Presentación de casos Evaluación continuada del tutor Observación de consulta |

Bibliografía

1. Kolcaba R. The primary holisms in nursing. *Journal of advanced nursing*, 1997. 25: 290 -296.
2. Patterson E. The philosophy and physics of holistic health care: spiritual healing as a workable interpretation. *Journal of Advanced nursing*, 1998. 27(2): 287-293.
3. Kemper K.J. Holistic paediatrics, *Good Medicine. Paediatrics*, 2000. Part 3 of 3, Vol 105, issue 1.
4. Pietroni P. Holistic medicine: new lessons to be learned. *The Practitioner*, 1987. 231 (1437):1386-1390.
5. Edlin G. & Golanty E. *Health & wellness: A Holistic Approach* 4th edn. Jones & Boston. 1992.
6. Butler C.C, Evans M, Greaves D, Sompson S. Medically unexplained symptoms: the biopsychosocial model found wanting. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2004. 97:219-222.
7. Engel GL, The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977. 196 (4286), pp. 129-36;
8. Engel GL, The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 1980.137 (5): 535-44
9. McWhinney IR. Beyond diagnosis: an approach to an integration of behavioural science and clinical medicine. *N Engl J Med* 1972; 287:384-387.
10. Wharton M. Clinical training in the community - a holistic approach. *BMJ* 1995. 310 (6976): 407.
11. Frich JC, Fugelli P., *Medicine and the arts in the undergraduate medical curriculum at the University of Oslo Faculty of Medicine, Oslo, Norway. Acad Med.* 2003 Oct;78(10):1036-8.
12. Smith BH. Literature in our medical schools. *Br J Gen Pract.* 1998 Jun;48(431):1337-40.

CAPÍTULO 7

Características esenciales de aplicación

Jan Heyrman

CONTRIBUCIONES DE:

Justin Allen (Reino Unido), Francesco Carelli (Italia), Monica Lindh (Suecia), Samina Herenda (Bosnia-Herzegovina), Bernhard Rindlisbacher (Suíza), Smiljka Radic (Serbia-Montenegro), Jaroslava Lankova (República Checa)

Al aplicar las competencias a la enseñanza, aprendizaje y ejercicio de la medicina de familia, es necesario tener en cuenta tres características adicionales esenciales: la contextual, la actitudinal y la científica. Las tres están vinculadas a las características de los médicos, y determinan su capacidad para aplicar las competencias fundamentales en la vida real al entorno laboral. En la medicina de familia, estas características pueden tener un impacto mayor por la estrecha relación entre el médico de familia y la gente con la que trabaja, pero tiene relación con todos los médicos y no son específicas de la medicina general.

1. Aspectos contextuales

Entender el contexto de los propios médicos y el entorno en que trabajan, inclusive sus condiciones laborales y los marcos comunitario, cultural, financiero y normativo.

2. Aspectos actitudinales

Basado en las capacidades profesionales, valores y ética del médico.

3. Aspectos científicos

Adoptar un enfoque del ejercicio profesional basado en la crítica y la investigación, y mantenerlo mediante el aprendizaje continuo y la mejora de la calidad.

Introducción

En este capítulo se hace especial hincapié en las características esenciales de aplicación que influyen en todas las habilidades, actitudes y adquisición de conocimientos en la enseñanza de la medicina general. No se enseñan ni aprenden como competencias separadas, pero condicionan y dan forma a todos los aspectos de las competencias.

La capacidad del médico para aplicar las competencias fundamentales y aplicarlas en el entorno laboral está relacionada con tres características esenciales: los aspectos contextuales del puesto de trabajo, los aspectos actitudinales del médico y los aspectos científicos, que incluyen la formación médica del médico y la experiencia clínica.

El contexto de los propios médicos y el entorno en que trabajan ejercen una influencia en lo que puede y debe conseguirse. Los aspectos contextuales engloban las condiciones laborales per se, el trabajo en equipo con otros compañeros y las redes de disciplinas ajenas. Los factores que influyen en el contexto profesional incluyen asimismo las normativas profesionales, los incentivos por resultados y objetivos, políticas gubernamentales, marcos financiero y normativo, límites financieros, recursos disponibles, etc. Además, los factores culturales, las expectativas sociales y los aspectos socioeconómicos determinan el contexto¹. Esta realidad siempre está presente e influye en el ejercicio profesional cotidiano.

Los valores, actitudes y sentimientos de los médicos son importantes determinantes de la forma en que ejercen su profesión², especialmente en la medicina general y los cuidados clínicos orientados al paciente, en los que el médico se involucra como persona, y no sólo como médico, en una relación diádica con el paciente. Esto requiere de un enfoque reflexivo y el desarrollo de una perspectiva y una conciencia del propio yo. El autoengaño, e incluso el agotamiento, dificultan la práctica de la medicina general y de familia y es necesario prevenirlos³. Desarrollar la conciencia de uno mismo y ser realistas sobre las capacidades propias (puntos fuertes y débiles) puede resultar de ayuda en este sentido.

Aunque se define como una disciplina orientada a la persona y la familia que otorga importancia a los aspectos subjetivos de la medicina, la medicina general y de familia debería basarse en la medida de lo posible en las evidencias científicas pertinentes para la disciplina. El desempeño basado en la experiencia, que sigue siendo muy importante en el ejercicio de la disciplina, debería, siempre que fuera posible, apoyarse y verificarse con evidencias sólidas basadas en la información, publicadas y recopiladas en bases de datos de la literatura médica. Combinar y equilibrar el enfoque basado en la experiencia con el enfoque basado en las evidencias en el desarrollo de las directrices para el ejercicio profesional proporciona un enfoque basado en la autoridad que complementa el apoyo de la comunidad científica. La educación debería suministrar la competencia para buscar, recopilar, entender e interpretar con espíritu crítico los datos científicos. Utilizar las evidencias todo lo posible, opinar con espíritu crítico sobre el valor de la experiencia e implementar en el ejercicio profesional directrices basadas en la autoridad debería convertirse en el enfoque científico adoptado

y mantenido por el médico durante toda su carrera profesional. Conocer y poner en práctica los principios del aprendizaje continuado y la mejora de la calidad deberían considerarse como competencias esenciales.

Objetivos de la enseñanza de características adicionales

Característica 1. Aspectos contextuales

Objetivo 7.1: al final del programa de formación, el alumno entenderá el contexto de los propios médicos y el entorno en que trabajan, incluidos sus condiciones laborales y sus marcos comunitario, cultural, financiero y normativo.

Este objetivo requerirá:

- 7.1.1. Entender el impacto de la comunidad local, incluidos los factores socioeconómicos, geográficos y culturales, en el puesto de trabajo y la prestación de atención sanitaria a los pacientes.
- 7.1.2. Ser consciente de las propias capacidades y valores e identificar los aspectos éticos de la práctica clínica (prevención, diagnóstico, terapia, factores que influyen en el estilo de vida).
- 7.1.3. Entender los marcos financiero y normativo en el que se presta atención sanitaria a nivel práctico.
- 7.1.4. Entender el impacto del entorno familiar y laboral del médico en los cuidados médicos que suministra.

Característica 2. Aspectos actitudinales

Objetivo 7.2: al final del programa de formación, el alumno sabrá gestionar sus propias capacidades personales, valores y ética.

Este objetivo requerirá:

- 7.2.1. Ser consciente de las propias capacidades y valores éticos, e identificar los aspectos éticos de la práctica clínica (prevención, diagnóstico, terapia, factores que influyen en el estilo de vida).
- 7.2.2. Tener conciencia del propio yo, es decir, entender que las propias actitudes y sentimientos constituyen importantes determinantes de la forma en que se ejerce.
- 7.2.3. Justificar y clarificar la ética personal.

- 7.2.4. Ser consciente de la interacción mutua entre el trabajo y la vida privada y esforzarse por alcanzar un equilibrio razonable entre ambos.

Característica 3. Aspectos científicos

Objetivo 7.3: Al final del programa de formación, el alumno habrá aprendido a adoptar un enfoque crítico de la práctica médica basado en la investigación, y a mantenerlo mediante un aprendizaje continuo orientado a la mejora de la calidad.

Este objetivo requerirá:

- 7.3.1. Estar familiarizado con los principios generales, métodos y conceptos de la investigación científica, y con los fundamentos de las estadísticas (incidencia, frecuencia, valor pronosticado, etc.).
- 7.3.2. Poseer un conocimiento completo de las nociones científicas de las patologías, síntomas y diagnósticos, terapias y prognosis, epidemiología, teoría de las decisiones, teorías de la formación de hipótesis y resolución de problemas y cuidados preventivos.
- 7.3.3. Saber acceder, leer y evaluar con espíritu crítico la literatura médica, y desarrollar y mantener un aprendizaje continuo orientado a la mejora de la calidad.

Repercusiones sobre el aprendizaje, la enseñanza y la evaluación

En un plan de estudios constructivista, con suficiente contacto del alumno con un rico entorno docente, muchas de estas características adicionales se enseñarán implícitamente: respecto a la práctica real, adoptando actitudes personales y combinando experiencia y desempeño basado en la autoridad con evidencias científicas, se aprenderán y deben aprenderse de forma implícita. Es necesario un aprendizaje tácito, distinto del aprendizaje «proposicional» de los libros y los documentos escritos. El caso real no está «en el libro». Siguiendo a DA Schön⁵, «Conocer en acción» significa «Conocer más de lo que podemos decir». La mejor manera de aprender cómo abordar una situación típica en la práctica no es —como dice la visión tradicional— adquirir muchos conocimientos teóricos primero y luego aplicarlo a «las cenagosas tierras bajas de los turbios y confusos problemas de la práctica». La mejor forma de prepararse para esos problemas es mediante la práctica, con la ayuda de médicos expertos.

Esta estrategia puede denominarse aprendizaje, un modelo cuyos orígenes están en el desarrollo de habilidades para ejercer el oficio en otros campos. En tiempos pasados, los aprendices se unían al maestro y llevaban a cabo tareas serviles y rutinarias a cambio de la oportunidad de observar al maestro en el ejercicio de su trabajo y de practicar las tareas concernientes al oficio, cuya complejidad iba aumentando con el

tiempo. A medida que adquiría habilidades, los aprendices incorporaban a su aprendizaje cuestiones morales, además de las profesionales, y una introducción a la ética del oficio. Las habilidades se adquieren lentamente hasta que se alcanza la maestría. Para ser eficiente, la enseñanza basada en el aprendizaje debería incluir referencias a sus dimensiones culturales y a la socialización que comporta el ingreso en la profesión³, cómo funciona y el lugar que ocupa la profesión en la sociedad. La imitación, por tanto, debe considerarse en su sentido más amplio, como adopción tanto de la cultura como del ethos de la profesión, y de las actitudes y comportamientos del maestro individual. Este tipo de enseñanza ofrece al alumno la oportunidad no sólo de adquirir habilidades, sino de practicar su aplicación en un entorno profesional.

Al alumno no se le puede enseñar lo que necesita saber, pero puede ser entrenado. Estos conocimientos tácitos están implícitos en los patrones de acción espontáneos demostrados en la vida cotidiana por lo médicos expertos. Se compone de acciones, reconocimientos y juicios que se suelen realizar de manera espontánea. Este «conocimiento en la práctica» suele convertirse en un conocimiento cada vez más tácito, espontáneo y automático. Cuando el médico comprende una situación que percibe como única, la considera como algo ya presente en su repertorio tanto en lo que se parece como en lo que se diferencia de las situaciones que le resultan familiares, sin que sea capaz al principio de decir con respecto a qué.

El desempeño profesional no requiere no sólo que se hagan las cosas correctas, sino que se sepa por qué son correctas, y que se tenga un concepto profesional para delimitar lo correcto. Es ahí donde la teoría, la imitación y los conceptos entran en juego. En un determinado momento deberían incorporarse para englobar la experiencia y orientar la práctica.

En un sistema sanitario basado en las evidencias, la medicina basada en la experiencia debería constituir la base de la práctica basada en la experiencia. Los alumnos deberían aprender los principios de la traducción de los problemas clínicos a cuestiones susceptibles de investigación científica, y disponer de una estrategia factible consultas mediante el empleo de procedimientos como el sistema PICO (por sus siglas en inglés: Problema, Paciente, Población/Intervención /Comparación/Resultados) y la estrategia de la catarata (primero las directrices, luego las bases de datos terciarias con revisión sistemática y meta-análisis, luego, si es necesario, procedimientos de divulgación secundarios como Pubmed y Embase, y sólo al final, si no se han encontrado respuestas, las publicaciones primarias)⁶.

Aprender el contexto laboral de la práctica real requiere de una red de prácticas docentes aliadas que represente la variedad de condiciones laborales, equipos para las situaciones de campo y redes involucradas en la prestación de atención sanitaria. La calidad de la enseñanza se basa en gran medida en la calidad de la red docente.

La medicina general y de familia es una tarea compleja que requiere de un alto nivel de implicación personal. Los jóvenes a veces son reticentes a ejercer una profesión con tanta variedad de tareas. Aprender a equilibrar la vida personal con otras metas –personales, familiares y sociales– constituye un desafío crucial para la enseñanza y

el aprendizaje. Aprender a gestionar la distancia y la implicación ayuda a sobrevivir. Evitar el agotamiento empieza por definir una tarea profesional factible y un sinfín de oportunidades de aprendizaje continuado que aportarán diversión.

Repercusión sobre la fijación del entorno educativo y los plazos

En la Educación Médica Básica, el ejercicio profesional del médico debería vincularse al contexto laboral, la comunidad y las normativas sanitarias. La relación entre costes y eficiencia debería enseñarse como materia básica. Igualmente deberían señalarse como metas docentes la construcción de la personalidad del alumno y su contacto con valores personales y éticos. Finalmente, la base de una disciplina científica en constante evolución, con críticas y tenacidad, con relatividad y cambios de conceptos, debería constituir una importante preparación para el proceso de aprendizaje.

En la Capacitación Profesional, estas características esenciales de aplicación deberían centrarse en su impacto en el ejercicio real del trabajo con pacientes de medicina general y de familia. Es importante que la formación en este nivel tenga lugar en un entorno de atención primaria. La adquisición de conocimientos en la consulta requiere tiempo para que ayude al médico a comprender sus propias actitudes y su impacto en la prestación de los cuidados médicos que es capaz de dar.

En la Educación Médica Continuada debería otorgarse suficiente relevancia a estas características esenciales de aplicación, especialmente la necesidad de mantener los conocimientos actualizados y de entender los avances científicos en la atención primaria y los servicios que presta.

Bibliografía

1. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Science & Medicine* 2000; 51:1087-1110
2. McWhinney IR. *A textbook of Family Medicine*, 2nd edition, Oxford University Press 1997
3. Smith R, editor. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001;322:1073-4
4. Bleakley A. Pre-registration house officers and ward-based learning: a "new apprenticeship" model. *Medical Education*. 2002 ; 36: 9-15.
5. Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass, 1987;p. 26
6. Degryse J. Over evidence based medicine of een op ondersteunende gegevens gebaseerde geneeskunde. In Buntinx F, Boffin N, Degryse J, Vanderstichele R, & Van Royen P (Eds.), *Omgaan met medische documentatie en informatie*. Leuven: Acco 1998

CAPÍTULO 8

Síntesis e integración, la combinación única

Jan Heyrman

CONTRIBUCIONES DE:

Monica Lindh (Suecia), Samira Herenda (Bosnia-Herzegovina),

Bernhard Rindlisbacher (Suiza), Smiljka Radic (Serbia y Montenegro),

Jaroslava Lankova (República Checa), Francesco Carelli (Italia), Mario Sammut (Malta)

La especialidad de medicina general y de familia

Los médicos generales y de familia son médicos especialistas formados en los principios de la disciplina. Son médicos personales, primeros responsables de la prestación de cuidados integrales y continuados a cualquier individuo que busca ayuda médica con independencia de edad, sexo y dolencia. Se ocupan de los individuos en el contexto de sus familias, su comunidad y su cultura, respetando siempre su autonomía. Reconocen que también ellos tendrán una responsabilidad con su comunidad. Al negociar planes de gestión con sus pacientes integran factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales, poniendo en práctica sus conocimientos y la confianza engendrada por los repetidos contactos. Los médicos generales y de familia ejercen su función profesional mediante el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y la prestación de cuidados curativos, sanitarios y paliativos. La prestación de esta atención sanitaria la realizan bien directamente o bien mediante los servicios de otros, según las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en el seno de la comunidad a la que sirven, ayudando a los pacientes cuando es necesario a acceder a estos servicios. Los médicos deben asumir la responsabilidad de desarrollar y mantener sus habilidades, equilibrio personal y valores, porque constituyen la base de una atención sanitaria a los pacientes efectiva y segura.

Introducción

La primera definición europea de la profesión (definición de Leeuwenhorst)¹ ya había establecido que «es la síntesis (...) lo que es único». Vale la pena recalcar igualmente en este documento, donde se agrupan y detallan las competencias en diferentes capítulos, que la síntesis e integración de todas las competencias se propone como un fin en sí mismo. Las competencias enumeradas en los capítulos 1 a 7 constituyen aspectos específicos de una realidad ciertamente compleja. El documento destaca estos aspec-

tos por separado principalmente por razones didácticas. El valor añadido estriba en la síntesis. El todo es más que las partes. La medicina general es más que un compendio de todas las subespecialidades.

La medicina general y de familia, como disciplina centrada en los pacientes, es una «disciplina de alto contexto»² que emplea en su definición de problema, toma de historial, diagnóstico y en los diferentes aspectos relativos a la intervención, todos los elementos subjetivos del paciente, su historia personal, sus experiencias anteriores, su concepto de salud, sus expectativas vitales y metas, así como la familia y las influencias culturales y socioeconómicas. Casi todas las demás especialidades médicas se desarrollan como «disciplinas de bajo contexto», limitando si es posible la toma de decisiones a hechos objetivos, información cuantitativa mensurable y técnicas de diagnóstico visual. La diversidad de individuos es, para ellas, sólo «diversidad del promedio».

Este aspecto sitúa la medicina general y de familia más cerca de la teoría de la complejidad que de los procedimientos de sistemas lineales. Los sistemas adaptativos complejos, como lo son los pacientes individuales, pueden definirse por su organización interna compleja, lo que se traduce en acciones basadas en reglas internas no-lineales e impredecibles, pero que poseen un patrón y una autoorganización inherentes por medio de reglas simples aplicadas a nivel local. El inconveniente es que esta situación impone sobre la medicina general y de familia una «contradicción irresoluble entre la necesidad de un nivel de calidad en la atención sanitaria constante y basado en evidencias, y el problema, contexto, prioridades y elecciones exclusivos del paciente individual». El trabajo clínico en la medicina general y de familia se realiza principalmente en situaciones complejas, en las que hay mucho de ambigüedad e incertidumbre y poco de certeza y acuerdo. La ventaja es que el resultado observable de las intervenciones en este campo son mucho más que la suma de las partes³.

La integración es un proceso que requiere tiempo. Se suele decir que se necesitan al menos cinco años de práctica en el entorno de la medicina general para alcanzar un rendimiento profesional satisfactorio. La integración toma diferentes partes que podrían enseñarse por separado, pero las prioriza, simplifica su empleo y acerca los elementos a un nivel más abstracto y genérico. La integración ayuda a ver las reglas básicas y los patrones fundamentales que se reproducen en la dolencia, así como en la atención sanitaria y los distintos tratamientos. Es necesaria no para entender el abrumador número de datos que cambia rápidamente con el tiempo; es crucial para que la disciplina pueda dominar todo el campo de los problemas médicos humanos.

La integración está asociada al nivel metacognitivo. La metacognición puede describirse como el conocimiento del conocimiento, el pensamiento sobre el pensamiento, la cognición sobre los procesos cognitivos, o conocimiento y cognición sobre fenómenos cognitivos^{4, 5}.

La integración establece límites a la capacidad humana. Dado que el médico generalista trabaja dentro de los límites de la capacidad de integración del ser humano,

deberían limitarse la diversidad de conceptos, modelos, contenidos, actitudes y técnicas. En particular, deberían seleccionarse los contenidos nucleares del enfoque profesional dentro de niveles alcanzables.

El extremo final de la integración es el profesional que combina utiliza e implementa diferentes elementos de las habilidades profesionales de una forma fluida, normal e interiorizada, sabiendo en cada momento cuáles son las opciones básicas y las características clave relacionadas. El comportamiento profesional no consiste simplemente en hacer las cosas correctas, sino en saber cuándo y por qué es correcto el comportamiento que se presenta.

La síntesis y la integración, junto a la continuidad personal, es la clave y el valor añadido de la medicina general y de familia dentro del sistema sanitario. La síntesis y la integración no constituyen un rasgo adicional cuando todos los subelementos y partes están cubiertos, sino una forma de ocuparse de una gran variedad de subelementos a fin de preservar el valor añadido del conjunto.

Repercusión sobre el aprendizaje, la enseñanza y la evaluación

La enseñanza y el aprendizaje de características únicas como la síntesis y la integración deben apuntalarse con la práctica. El proceso de aprendizaje tiene semejanzas con el aprendizaje de las bellas artes: libertad para aprender en un entorno relativamente seguro, con acceso a tutores que inician a los alumnos en las «tradiciones de la profesión» y les ayudan, con su capacidad para explicar, a que vean por sí mismos y a su manera lo que más necesitan ver. Deberíamos, por tanto, estudiar la experiencia del aprendizaje mediante la acción y el arte de la buena enseñanza⁶. En esto consiste el enfoque constructivista⁷.

«El objetivo de la práctica es la sabiduría en acción. La sabiduría puede suponer el empleo de conocimientos especializados, pero lo que la define fundamentalmente es el criterio en situaciones específicas, con valores en conflicto en torno a qué problemas hay que solucionar y cómo solucionarlos»⁶. La sabiduría supone albergar en la memoria prototipos de situaciones vividas con frecuencia, a fin de reconstruir interpretaciones de situaciones semejantes⁸. La sabiduría necesita la realidad de la práctica cotidiana, y mediante la reflexión sobre la práctica se delimitan, critican, reestructuran y se expresan los conocimientos adquiridos a partir de la acción en acciones ulteriores.

Consecuencias sobre el entorno educativo y los plazos

La Educación Médica Básica se ocupa principalmente de los «diferentes componentes y elementos de la medicina». Debería abrir la puerta a la comprensión y el aprendizaje del valor añadido del «todo», la integración de todos los aspectos que rodean al paciente. El contacto con el ejercicio real de la prestación sanitaria y con los pacientes,

por ser los principales actores del sistema sanitario, debería formar parte del plan de estudios desde el mismo principio.

Los cursos de capacitación profesional deberían emplear la imitación de modelos de conducta y el aprendizaje guiado del crecimiento personal como ser humano, profesional y científico como métodos principales. El objetivo final debería ser la creación de una medicina general y de familia capaz de combinar y utilizar los distintos aspectos de la competencia profesional de una forma fluida, interiorizada y genérica.

La Educación Médica Continuada debería continuar el proceso de reflexión metacognitiva para dejar que siga creciendo el «árbol de la sabiduría» a lo largo de toda la carrera de medicina general y de familia.

Bibliografía

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands. 1974 (revised 1981)
2. Helman C.G, The role of context in primary care, *J Roy Coll Gen Pract* 1984 34; 547-50
3. Plsek P, Greenhalgh T. The challenge of complexity in healthcare, *BMJ* 2003 323: 625-8
4. Flavell JH, Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitivedevelopmental inquiry. *American Psychologist* 1979 34, 906-911
5. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity : education for capability. *BMJ* 2001 323: 799-803
6. Harris IB. New Expectations for Professional Competence, in Curry L, Wergin JF and ass., *Educating Professionals, Responding to New Expectations for Competence and Accountability.* Jossey-Bass, 1993
7. Grabinger S. Rich environments for active learning: in D. Jonassen (ed) *Handbook of research for educational communications and technology.* London: Prentice Hall 1996;p 665-693.
8. Bordage G, Zacks R. The structure of medical knowledge in the memories of medical students and general practitioners: categories and prototypes. *Med.Educ* 1984 18:406-416

Anexo. **Glosario de términos educativos**

En la Agenda Educativa del EURACT se utilizan muchos términos relacionados con la educación. En este Anexo hemos elaborado un breve glosario que incluye algunos de estos términos. Algunas de las definiciones están adaptadas del proyecto TUNNING, encaminado a «armonizar las estructuras educativas en Europa» en el marco del proyecto Sócrates, llevado a cabo en 2003 por más de cien universidades bajo la dirección de Julia Gonzales, Duesto Spain y Robert Wagenaar, en Groningen, Holanda.

La descripción de tipos de evaluación está basada en A Handbook for Medical Teachers, de David Newble y Robert Cannon, Kluwer Academic Publishers, tercera edición, 1996.

Terminología general

CAPACITACIÓN PROFESIONAL (VOCATIONAL TRAINING)

Sin. Formación para la especialidad: tramo del plan de estudios médicos que sigue al programa de educación médica básica común para todos los alumnos. Este tramo se centra en la adquisición de las competencias requeridas para la disciplina de la especialidad y las tareas relacionadas en la asistencia sanitaria.

CONVERGENCIA (CONVERGENCE)

Adopción voluntaria de políticas adecuadas para la consecución de un objetivo común.

CRÉDITO (CREDIT)

«Moneda» que sirve para ponderar el volumen de trabajo de los alumnos con respecto al tiempo ideal de aprendizaje requerido para alcanzar los objetivos de aprendizaje especificados.

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUADO (CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT)

Proceso de aprendizaje con prácticas planificado y personalizado que se centra en la calidad de la atención. El Desarrollo Profesional Continuo tiene entre sus objetivos identificar las necesidades de aprendizaje, construir una agenda educativa, elaborar un plan

concreto de aprendizaje y controlar estos objetivos dentro de un formato de portafolio educativo.

DIPLOMATURA (FIRST DEGREE QUALIFICATION)

Primera titulación de estudios superior que obtiene el alumno. Se concede después de completar con éxito el primer ciclo de estudios que, según la Declaración de Bolonia, debe durar un mínimo de tres años o 180 créditos del Sistema Europeo de Transferencia de Crédito.

DOCTORADO (DOCTORATE OR DOCTORAL DEGREE)

Titulación de alto nivel que, según se reconoce internacionalmente, permite a quien lo obtiene realizar actividades de investigación y académicas. El doctorado requerirá una cantidad sustancial de trabajo de investigación original, y se presentará en una tesis. Se suele definir el doctorado como la licenciatura que se obtiene tras completar el tercer ciclo de estudios.

ECTS (SISTEMA EUROPEO DE TRANSFERENCIA DE CRÉDITO)

Sistema concebido para aumentar la transparencia de los sistemas educativos y facilitar la movilidad de los alumnos por toda Europa mediante la transferencia de crédito. El ECTS parte de la base, que goza de aceptación general, de que el volumen de trabajo de un año de estudio académico equivale a 60 créditos. Los 60 créditos se asignan a continuación a unidades de curso a fin de establecer la proporción de la carga lectiva de los alumnos requerida para alcanzar los resultados de aprendizaje que corresponda. La transferencia de crédito está garantizada por acuerdo explícito entre la institución docente del país de origen, la del país de acogida y el alumno que se desplaza.

EDUCACIÓN MÉDICA BÁSICA (BASIC MEDICAL EDUCATION)

Tramo del plan de estudios médicos que engloba a todos los alumnos, en el que se les proporciona una base sólida para sus posteriores cursos de capacitación profesional. La Unión Europea exige un mínimo de seis años para completar esta etapa.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CONTINUING MEDICAL EDUCATION)

Cualquiera de las formas en que los médicos graduados siguen aprendiendo y cambiando durante su ejercicio profesional mediante un plan de aprendizaje que dura toda la vida.

LICENCIATURA (BACHELOR DEGREE)

De acuerdo con la Declaración de Bolonia de 1999 para crear un «Espacio Europeo de Educación Superior» en 2010, el primer tramo básico de todo plan de estudios debería durar preferiblemente 3 años y tener 180 créditos.

MARCO DE CRÉDITO (CREDIT FRAMEWORK)

Sistema que facilita la medida y comparación de los resultados de aprendizaje alcanzados en los contenidos de distintas titulaciones, programas de estudio y entornos de aprendizaje.

MÁSTER DESPUÉS DE MÁSTER O MÁSTER POST-INICIAL (MASTER AFTER MASTER...)

De acuerdo con la Declaración de Bolonia de 1999 para crear un «Espacio Europeo de Educación Superior» en 2010, tras obtener primero la licenciatura, los planes pueden incorporar un programa de máster post-inicial. Por consiguiente, la formación para la especialidad debería considerarse como un programa de máster post-inicial.

MÁSTER INICIAL (INITIAL MASTER DEGREE)

De acuerdo con la Declaración de Bolonia de 1999 para crear un «Espacio Europeo de Educación Superior» en 2010, tras obtener primero la licenciatura, hay un segundo tramo en el plan de estudios que conduce al máster. Debería durar un mínimo de 2 años y tener 120 créditos ECTS. Para los estudios de máster médicos, en muchos países europeos se acepta un periodo clínico de entre 3 y 4 años. Para obtener un máster es necesario presentar algún proyecto o tesis de máster.

NIVEL DE CRÉDITO (CREDIT LEVEL)

Indicador de la demanda relativa de aprendizaje y de la autonomía del alumno. Puede basarse en el curso académico y/o en el contexto del curso (por ejemplo, Básico, Intermedio, Avanzado y Especializado).

SINTONIZACIÓN (TUNING)

Crear concordancia y armonía mediante una combinación de sonidos individuales que juntos forman una «sintonía» o pauta de sonidos comunes.

El término se utiliza en el «proyecto Tuning», cuyo objetivo es lograr una forma de sintonización mediante la búsqueda de puntos de convergencia y entendimiento.

TIPO DE CRÉDITO (CREDIT TYPE)

Indicador del tipo de unidades de curso en el plan de estudios. Pueden describirse como Nuclear (unidad de curso obligatorio), Relacionada (unidad que proporciona instrumentos/apoyo) y Optativa (unidad de curso opcional).

Terminología sobre contenidos educativos

ALUMNOS (LEARNERS)

Término que se refiere a los estudiantes, a los alumnos de capacitación profesional y a todos los que forman parte de los programas de formación.

APRENDIZAJE BASADO EN LOS PROBLEMAS (PROBLEM BASED LEARNING)

Modelo educativo que considera el problema del paciente y al médico como el punto de partida del plan de estudios. Se centra en gran medida en el alumno, optimiza el uso de conocimientos previos y estimula el autoaprendizaje y las estrategias de búsqueda.

APRENDIZAJE OBJETIVISTA (OBJECTIVISTIC LEARNING)

Modelo educativo tradicional basado en la transmisión de conocimientos del profesor al alumno. Se centra en gran medida en el profesor. Los contenidos están estructurados en manuales, la enseñanza se centra en la impartición de clases por parte de profesores expertos y el comportamiento se copia de modelos experimentados.

APRENDIZAJE SOCIAL CONSTRUCTIVISTA (SOCIAL CONSTRUCTIVISTIC LEARNING)

Modelo educativo que considera el proceso de aprendizaje del alumno como el punto

central. El aprendizaje se considera como un proceso dependiente en gran medida de los conocimientos previos y el contexto educativo. Los profesores son esencialmente creadores de un entorno de aprendizaje estimulante. En las estrategias de aprendizaje se estimula la variedad de individuos.

COMPETENCIA (COMPETENCE)

Capacidad para llevar a cabo con éxito tareas de observación discretas en un entorno de evaluación definido, de forma aislada del trabajo real. En la terminología de Miller, incluye el nivel de «conocer» (hechos básicos), «saber cómo» (capacidad para aplicar conocimientos) y «demostrar cómo» (capacidad para demostrar habilidades), pero excluye el nivel del «hacer», es decir, el desempeño en la práctica.

CURSO ELECTIVO (ELECTIVE COURSE)

Curso que puede elegirse de una lista predefinida.

DESEMPEÑO (PERFORMANCE)

Nivel de rendimiento real en los cuidados clínicos y la comunicación con los pacientes en el ejercicio profesional cotidiano. En la terminología de Miller está asociado al nivel de «hacer». El desempeño está considerado como muy dependiente de las condiciones y exigencias de las condiciones de los cuidados, de las oportunidades financieras y estructurales, de las oportunidades para realizar prácticas y del apoyo.

LISTA DE CONTROL (CHECKLIST)

Lista de competencias que deben dominarse al final del periodo de formación. Es una lista definida, controlable por el alumno, por el profesor o por ambos, y que proporciona una constante visión de conjunto de lo que ya se domina y de lo que aún queda por aprender.

NOTA (MARK)

Cualquier escala numérica o cuantitativa utilizada para describir los resultados de la evaluación en una unidad de curso individual o módulo.

PROFESORES (TEACHERS)

Todos los profesionales involucrados en un acto educativo en calidad de expertos.

RESULTADOS DEL APRENDIZAJE (LEARNING OUTCOMES)

Declaraciones sobre lo que el alumno debe conocer, entender y/o ser capaz de demostrar tras completar un proceso de aprendizaje. Los resultados del aprendizaje se distinguen de los objetivos del aprendizaje en que se interesan por los logros del alumno y no por las intenciones generales del profesor. Los resultados del aprendizaje deben ir acompañados por criterios de evaluación apropiados susceptibles de ser utilizados para juzgar si se han alcanzado los resultados esperados. Los resultados del aprendizaje, junto con los criterios de evaluación, especifican los requisitos mínimos necesarios para la concesión de crédito, mientras que las calificaciones están basadas en la superación o no del nivel mínimo exigido para la concesión del crédito.

ROTACIONES (ATTACHMENTS)

Periodo de rotaciones de estudiantes más prolongado en un entorno de medicina general, también denominado prácticas bajo supervisión o rotación de estudiantes.

TUTOR (TUTOR)

Sin. Mentor y facilitador. Profesional que participa en el proceso educativo como líder del proceso, cuya función es orientar y reflexionar en beneficio del alumno o alumnos.

VOLUMEN DE TRABAJO (WORKLOAD)

Todas las actividades de aprendizaje requeridas para alcanzar los resultados del aprendizaje (por ejemplo, clases, trabajo práctico, recuperación de información, estudio individual, etc.).

Terminología sobre métodos de aprendizaje

APRENDIZAJE INTERACTIVO BASADO EN LAS TI (INTERACTIVE IT BASED LEARNING)

Combinación de paquetes de reflexión modular que une los estudios de casos, la reflexión dirigida, los foros de debate, la búsqueda de bibliografía y/o la reflexión en un proceso educativo.

BÚSQUEDA DE LITERATURA (LITERATURE SEARCH)

Aprendizaje de cómo realizar una búsqueda de bases de datos médicos, como por ejemplo definir una cuestión clínica, buscar evidencias médicas, reflexión crítica sobre evidencias e implementación en la práctica.

CLASE (LECTURE)

Impartición de contenidos docentes por medio de una presentación y explicación (posiblemente con demostración incluida) por parte de un profesor.

CURSOS (COURSES)

Programa estructurado de contenidos educativos que suele presentarse de forma oral y complementado con material de curso.

FORMACIÓN PARA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES (SKILLS TRAINING)

Aprendizaje de habilidades procedimentales en entornos específicos adaptados como:

- Realizar procedimientos (por ejemplo en un laboratorio de habilidades).
- Aprender habilidades de consulta (por ejemplo mediante simulación dramatizada).
- Aprender a buscar bases de datos médicos.
- Aprender habilidades de liderazgo llevando una reunión educativa u orientada a un tema específico.

LECTURA/ESTUDIO (READING/STUDYING)

Leer libros, protocolos, información sobre EBM, novelas, narraciones, contenido *on-line*, etc.

OBSERVACIÓN (OBSERVATION)

Aprender mediante la observación reflexiva bajo la orientación de un tutor/supervisor en diferentes contextos educativos: consultas en persona con paciente real o simulado.

Aprender mediante consultas grabadas en vídeo con pacientes reales o simulados (observación propia, con supervisión de tutor/supervisor, con pares, etc.)

PUESTA EN COMÚN (DISCUSSION)

Sesión de puesta en común sobre un tema específico o presentación de caso. Puede

realizarse de forma individualizada con tutor o supervisor, o en una sesión en grupo con pares, o en grupos reducidos como los grupos de discusión o los grupos Balint, o puede realizarse con un grupo extenso/temporal en seminarios, clases o talleres.

REFLEXIÓN (REFLECTION)

Sobre uno mismo, ya sea mediante un diario, vídeos o en un grupo de reflexión participativa.

SEMINARIO (SEMINAR)

Periodo de instrucción basado en aportaciones escritas u orales de los alumnos.

SIMULACIÓN DRAMATIZADA (ROLE PLAYING)

Desempeñar el papel de paciente, persona acompañante, médico o enfermero, etc., para extraer una reflexión desde el punto de vista médico sobre los sentimientos, las intenciones y las acciones.

SUPERVISIÓN (SUPERVISION)

La supervisión requiere de reuniones o sesiones regulares, continuadas y evaluadas con tutores o supervisores.

TALLER (WORKSHOP)

Sesión supervisada en la que los alumnos realizan tareas individuales y reciben ayuda y orientación cuando la necesitan.

TRABAJO CLÍNICO/PRÁCTICAS CLÍNICAS BAJO SUPERVISIÓN (CLINICAL WORK/CLINICAL...)

Enseñar mientras se trabaja en un entorno clínico, ya sea de medicina general, de familia o en atención primaria. Puede realizarse con o sin supervisión.

TRABAJO DE PROYECTOS (PROJECT WORK)

Llevar a cabo un proyecto personal, o dentro de un grupo, en un formato definido:

- Proyecto de auditoría
- Proyecto de investigación
- Proyecto de trabajo de campo

TRABAJOS POR ESCRITO SOBRE CASOS CLÍNICOS, ESTUDIOS DE CASO... (WRITING OF PATIENT...)

Actividad educativa consistente en realizar una descripción y/o una reflexión por escrito que será evaluada por un tutor o supervisor.

VISITA DE ESTUDIO (STUDY VISIT)

Visita de carácter educativo a una consulta, establecimientos sanitarios, instituciones sociales o de bienestar, autoridades sanitarias, etc.

Terminología sobre herramientas y métodos de evaluación

CRITERIOS DE EVALUACIÓN (ASSESSMENT CRITERIA)

Descripciones de los objetivos que se le marcan al alumno, a fin de demostrar que se ha alcanzado un objetivo de aprendizaje.

ESPECIFICIDAD DE CASO (CASE SPECIFICITY)

Las investigaciones han demostrado que el aprendizaje en medicina se basa en los casos específicos. Dominar un número limitado de casos y/o problemas no garantiza el dominio de otros casos, áreas y problemas, especialmente en un campo extenso como el de la medicina general y de familia. Por tanto, la evaluación basada en la gestión de uno o a lo sumo unos pocos casos sólo proporciona una información limitada sobre la competencia del candidato. La evaluación basada en diez pequeñas tareas de diez minutos seleccionada con un buen programa, suele proporcionar mucha más información válida que un solo caso extenso de cincuenta minutos.

EVALUACIÓN (ASSESSMENT)

La totalidad de tests, escritos, orales y prácticos, en sus distintas variedades, así como proyectos y portafolios utilizados para determinar el progreso de los alumnos en la unidad de curso o en el módulo. Estas mediciones pueden servir principalmente al alumno para evaluar su propio progreso (evaluación formativa) o al profesor encargado de juzgar si la unidad de curso o módulo se ha completado satisfactoriamente con arreglo a los resultados de aprendizaje de la unidad o módulo (evaluación sumativa).

EVALUACIÓN EN GRUPO DE IGUALES (PEER GROUP ASSESSMENT)

Evaluación realizada por el grupo de iguales y no por tutores o supervisores. Pueden emplearse distintos formatos, como por ejemplo el formato de evaluación de 360 grados, en el que al menos diez compañeros,

miembros del personal sanitario y miembros de la plantilla participan en la evaluación.

FIABILIDAD (RELIABILITY)

Se refiere al grado de posibilidad de que las puntuaciones obtenidas en la evaluación se repitan; la fiabilidad de una puntuación alta indica que si el test se repitiera posteriormente, los examinados recibirían más o menos las mismas puntuaciones que la primera vez. A menos que las puntuaciones de la evaluación sean fiables y reproducibles (como en un experimento), es casi imposible interpretar el significado de esas puntuaciones y, por tanto, falta la evidencia de validez.

MÉTODO DE LA AUTOEVALUACIÓN (SELF ASSESSMENT METHOD)

Método de evaluación que ayuda al alumno a entender sus propias capacidades y desempeño. Los criterios y estándares se definen en una serie de reuniones en grupos reducidos de miembros del personal y alumnos. A continuación, los alumnos, basándose en los criterios, juzgan su propio desempeño.

MÉTODO DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA (OBSERVATION METHOD, DIRECT)

Observación directa del desempeño en habilidades técnicas y personales en entornos de actuación real, simulada o en un examen.

- Consulta con paciente real (*sit-in*) en las prácticas clínicas o con pacientes simulados (SOO, por sus siglas en inglés)
- Consulta grabada en vídeo con pacientes reales en las prácticas clínicas o con pacientes simulados

Es un método válido, pero de baja fiabilidad. Puede aumentarse su nivel de objetividad mediante el uso de listas de control, formularios de calificación y formando a los examinadores.

MÉTODO DE LA OBSERVACIÓN INDIRECTA (OBSERVATION METHOD, INDIRECT)

Simulación de la observación directa, bien utilizando los antecedentes del paciente (auditoría de gráficos), certificados médicos, informes de progreso, o bien mediante la puesta en común de un estudio de caso.

MÉTODO DE LA RESPUESTA CORTA (SHORT ANSWER METHOD)

Juzgar un caso clínico mediante respuestas cortas específicas: cuál es el diagnóstico, enumerar dos síntomas típicos, etc.)

MÉTODO DEL ENSAYO (ESSAY METHOD)

Reflexión por escrito sobre cuestiones específicas, en el formato de respuesta extensa (describe lo que debería hacerse en caso de...) o el formato de respuesta restringida (dado este enunciado, describe el problema específico). El problema es el tiempo que se necesita y la baja fiabilidad.

MÉTODO DEL TEST OBJETIVO (OBJECTIVE TEST METHOD)

Contiene un amplio abanico de formatos de test, en el que la marcación o la respuesta es objetiva. Incluye

- Respuestas tipo verdadero o falso
- Preguntas de respuesta múltiple
- Preguntas basadas en el contexto, en las que se requiere un poco de análisis para encontrar las respuestas
- Preguntas de respuesta múltiple extensas: combinación de temas más compleja, planteamiento de situaciones, amplio abanico de opciones, a veces con relación a condiciones específicas.

MÉTODO ESTRUCTURADO DE RESPUESTAS POR ESCRITO (STRUCTURED GRITEN ANSWER METHOD)

Tras una cantidad variable dada de datos sobre el paciente, siguen una serie de opciones entre las cuales el alumno debe seleccionar la respuesta solicitada. Existen dos tipos: el Problema de la Gestión del Paciente y el Cuestionario de Ensayo Modificado, que incluye un campo más amplio de posibles opciones.

MÉTODO MCQ-MEQ (MCQ-MEQ METHOD)

Cuestionario de respuesta múltiple: formato de medición objetiva de los conocimientos del alumno, adaptado posteriormente a otros formatos, como el Cuestionario de Ensayo Modificado, la respuesta múltiple extensa, etc.) El cuestionario de respuesta múltiple incluye no sólo el test de conocimientos, sino el razonamiento clínico.

MÉTODO ORAL (ORAL METHOD)

El método tradicionalmente más utilizado, con una alta validez de criterio, pero requiere mucho tiempo y es poco fiable. Para remediarlo se emplea la estandarización de los contenidos (definiéndolos claramente, seleccionando bloques estándar, utilizando pacientes tipo, etc.), o reduciendo las contradicciones entre los examinadores (hojas de evaluación, aumentar la cantidad de examinadores con calificaciones independientes).

MÉTODO OSCE (OSCE METHOD)

Examen Clínico Objetivo Estructurado: formato de evaluación objetiva, centrado en la valoración de habilidades complejas mediante listas de características necesarias y superfluas para la aplicación de la habilidad.

PORTAFOLIO, EDUCATIVO O REFLEXIVO (PORTFOLIO, EDUCATIONAL IR REFLECTIVE)

El portafolio es un resumen de las actividades y habilidades docentes más importantes que pueden constar en un currículum vitae, incluidos productos y publicaciones. Se convierte en un portafolio reflexivo o educativo cuando se añade una parte reflexiva, en la que el alumno reflexiona sobre el proceso de aprendizaje personal.

PROGRAMA (BLUEPRINT)

Establecer la importancia relativa de diferentes departamentos clínicos, sometidos a un proceso de evaluación de acuerdo con la extensa variedad de casos y problemas y su frecuencia en la práctica real. Dentro del amplio abanico de problemas que aborda la medicina general, el Programa es importante, debido al problema de la naturaleza específica de los casos.

VALIDEZ (VALIDITY)

Término que alude a las evidencias presentadas para respaldar o refutar el significado o interpretación asignados a los resultados de la evaluación. Todas las evaluaciones requieren de evidencias de validez, y en casi todos los temas sujetos a evaluación interviene de un modo u otro la validez. La validez es el sine qua non de la evaluación, ya que sin evidencias de validez, la evaluación en la educación médica apenas tiene sentido, por no decir ninguno.

