

**II CONGRESO DE LA
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Elkartea.
EHME -ren II. Kongresua
Bilbao, 26-27 Octubre de 2006**



**PERSPECTIVAS PARA EL CAMBIO EN LA
FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICA**

**Sociedad de Educación Médica de Euskadi /
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntza Elkartea**

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Lersundi, 9. 5^a 48009-Bilbao (Bizkaia)

E-mail: onvsemde@iq.ehu.es - <http://www.ehu.es/SEMDE>

(c) SEMDE, 2006

PATROCINADORES



Departamento de Sanidad/ Departamento de Educación,
Universidades e Investigación



Sociedad Española de Educación Médica



Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea
The University of the Basque Country

INSTITUTO DE FORMACIÓN NOVARTIS



© Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua

ISBN: 84-8373-8767
Depósito legal / Lege gordailua: BI-2728-06

Impresión / Inprimatzea: Gráficas Berriz, S.L.
Murueta, 23 - 48220 Abadiño

**II CONGRESO DE LA
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Elkartea.
EHME -ren II. Kongresua
Bilbao, 26-27 Octubre de 2006**



**PERSPECTIVAS PARA EL CAMBIO EN LA
FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICA**

**Sociedad de Educación Médica de Euskadi /
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntza Elkartea**

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Lersundi, 9. 5^a 48009-Bilbao (Bizkaia)

E-mail: onvsemde@iq.ehu.es - <http://www.ehu.es/SEMDE>

(c) SEMDE, 2006



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

COMITÉ DE HONOR

Presidente:

Excmo. Sr. D. JUAN JOSÉ IBARRETXE MARKUARTU
Lehendakari del Gobierno vasco,

Miembros:

Excmo. Sr. D. GABRIEL M^a INCLÁN IRIBAR
Consejero de Sanidad

Excma. Sra. D. Tontxu Campos Granados
Consejera de Educación y Universidades

Magfco. Sr. D. JUAN IGNACIO PÉREZ IGLESIAS
Rector de la UPV/EHU

Excmo. Sr. D. IÑAKI AZKUNA
Alcalde de Bilbao

Ilmo. Sr. D. JOSU I. GARAY IBÁÑEZ DE ELEJALDE
Director general de Osakidetza

Ilmo. Sr. D. COSME NAVEDA POMPOSO
Presidente del Consejo Vasco de Colegios de Médicos

Ilmo. Sr. D. AGUSTÍN MARTÍNEZ IBARGÜEN
Decano de la Facultad de Medicina

Ilmo. Sr. D. Juan Jose Zarrazn Imirizaldu
Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

PRESIDENTA DEL CONGRESO:

MONTSERRAT FONSECA ALFONSO

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidenta:

Pilar Ruiz de Gauna

Vocales:

Montserrat Fonseca

JJ Meana

Encarnación San Emeterio

Iñaki Gutiérrez

Secretario:

Jesús Morán

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidenta:

Montserrat Fonseca

Vocales:

P. Ruiz de Gauna

MT Alfonso Roca

J. Escanero

J. Palés

M. Vilardell



ÍNDICE

Índice	3
Presentación	6
Cronograma	9
Programa	10
Inaugurazioko Hitzaldia / Conferencia Inaugural	14
1. De Flexner a la Educación Orientada a Resultados	15
A. Oriol Bosch	15
Fundación Educación Médica	15
Ponencias	21
2. Formación continuada, desarrollo profesional continuo y regulación profesional.....	22
Dr. Helios Pardell	22
Experto en Formación Médica Continuada y Desarrollo Profesional Continuo	22
3. Desarrollo Profesional de los Facultativos en Osakidetza	24
J.A. Blasco, Director de RRHH Osakidetza	24
4. Estrategia de aprendizaje que proponemos en formación especializada.....	25
J.D. Tutosaus	25
5. La Plataforma Digital SIGES de la Fundación IAVANTE, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Un nuevo Escenario para los Médicos.	26
Guillermo Vázquez Mata	26
Fundación IAVANTE. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	26
6. Cómo optimizar el aprendizaje de los residentes en un contexto laboral. Una propuesta en acción.	28
Encarnación San Emeterio (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia)	28
7. El residente como maestro: la experiencia de la UAM en la formación quirúrgica básica de alumnos de pregrado	29
Trébol López, J., García Olmo, D. Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo C H.U. La Paz, Departamento de Cirugía Universidad Autónoma de Madrid.	29
8. Cambio de paradigma docente: evaluando competencias	30
JOSE MARÍA MANSO	30
Facultad de Medicina de Valladolid	30
9. Evaluación de médicos residentes (MIR): memorias de formación o portafolio del hospital de cruces. Experiencia de 8 años	31
Jesús Manuel Morán Barrios	31
Jefe de la Unidad de Investigación y Docencia (U. I. D.)	31
Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya	31
10. OSCE: Estrategia de evaluación de las competencias clínicas.....	32
Lourdes Sáez Méndez	32
UCLM-Hospital Universitario de Albacete	32



Ahozko komunikazioa / Comunicaciones libres.....	34
11. "Aprender investigando". Una experiencia formativa en el ámbito de la enfermería	35
Vaquero, A* Lorenzo de, E**, Carmona, A.	35
*Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	35
**Servicio Vasco de Salud/Osakidetza	35
12. Implantación y desarrollo de un laboratorio de habilidades centralizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.....	36
Palés, J.; Gomar, C. y Grup d'Innovació Docent Consolidat de la Universitat de Barcelona. (2006GIDC-UB/39).	36
Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.	36
13. Aplicación del crédito Europeo en la enseñanza de anatomía humana	37
Bidaurrezaga, A; Sarria, R; Gerrikagoitia, I.	37
Departamento de Neurociencias. Universidad del país Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)	37
14. Recursos docentes para ayudar al tutor de Medicina Familiar y Comunitaria	38
Romero Sánchez, BE*.; Sánchez Marín, FJ**	38
*Facultad de Educación. Universidad de Murcia.	38
**Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.	38
15. Los valores en el marco de las competencias profesionales de la Educación Médica	40
Sánchez Marín, FJ*; Romero Sánchez, BE**; Molina Durán, F*.	40
*Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.	40
**Dpto. De Teoría e Historia de la Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia.	40
16. Estudio sobre las estrategias docentes desde la perspectiva del alumno de medicina de la Universidad de Salamanca.....	42
Pérez de la Cruz, M.A., Méndez Pachón, C., Sánchez-Ledesma, M.J., López Sosa, C. Juanes Méndez, J.A. y Peñasco, Y.	42
Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina.	42
17. El trabajo personalizado del alumno frente a los nuevos paradigmas docentes. Un estudio en la Universidad de Salamanca.	43
Méndez Pachón, C., Sánchez-Ledesma, M.J.,	43
López Sosa, C., Pérez de la Cruz, M.A., Hernández Galilea, E. Peñasco, Y.	43
Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina.	43
18. ¿Incertidumbre en la evaluación?: una propuesta dialógica.....	44
Martínez de Albeniz Arriaran, M; Basurto Hoyuelos, S; Ulibarri Ochoa, A; Fernández de Gamboa, I.	44
Escuela Universitaria de Enfermería de Osakidetza de Vitoria/Gasteiz. UPV/EHU	44
19. Encuesta de opinión efectuada a los alumnos sobre las guías de trabajos prácticos utilizadas en Fisiología	46
Viglione P.N., Pinto J.E.	46
Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Argentina.	46
20. Realización de un póster como tarea didáctica en la docencia de Biología Celular en la Licenciatura de Medicina.	47
Andollo, N; Cañavate, ML; Alvarez, A ; Boyano, MD; García de Galdeano, A.	47
Departamento de Biología Celular e Histología; Facultad de Medicina y Odontología (Leioa).	
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.	47
21. Evaluación de los cambios introducidos en la docencia de primer curso de Medicina: valoración de los estudiantes	48



García de Galdeano, A, Andollo, N; Cañavate, ML; Alvarez, A; Boyado, MD.	48
Universidad del País Vasco	48
22. Competencias adquiridas en un colectivo de licenciados en medicina	49
Sharluyan, A*; Morán, J**	49
*Sº de Pediatría y **Unidad Investigación y Docencia. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizkaia)	49
23. La Fundación de Ciencias de la Salud; un papel en la educación de los profesionales de la salud.....	50
Muñoz-Juárez MJ, Juanes B, Tamargo M, Blanco E, Sanchez de Puerta MD.	50
Fundación de Ciencias de la Salud	50
24. "De la Observación Estructurada a la elaboración de un Informe Reflexivo"	51
Barrena Alonso, A*; Iglesias Losada, J**, San Emeterio Martínez, E.***	51
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia.	51
* Residente de primer año. ** Tutor *** Coordinadora	51
25. Seminario Virtual de Bioética. Una experiencia en la Facultad de Medicina de la UPV-EHU.....	52
Ruiz Larrea, D, Marijuan Angulo M.	52
Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Universidad del País Vasco (UPV-EHU)	52
26. Formación Médica Especializada: Formar en Competencias para incidir en el Perfil del Profesional que necesita la Sociedad y la Sanidad del siglo XXI	53
Fonseca, M (m.fonseca@ehu.es); Ruiz de Gauna, P (pilar.ruizdegauna@ehu.es)	53
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Universidad el País Vasco / EHU	53
Anexo	54
Seminario Virtual de Bioética. Una experiencia de en la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU	55
Dolores Ruiz Larrea (dolores_ruiz@ehu.es)	55
Mabel Marijuán Angulo (mabel.marijuan@ehu.es)	55
Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco (UPV-EHU)	55
Formación Médica Especializada: Formar en Competencias para incidir en el Perfil del Profesional que necesita la Sociedad y la Sanidad del siglo XXI.....	68
Montserrat Fonseca (m.fonseca@ehu.es) y Pilar Ruiz de Gauna (pilar.ruizdegauna@ehu.es)	68
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Universidad el País Vasco / EHU	68
Índice de autores	74
Patrocinadores	75



PRESENTACIÓN

PERSPECTIVAS PARA EL CAMBIO EN LA FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Montserrat Fonseca Alfonso

Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Bilbao

De nuevo la Sociedad de Educación Médica de Euskadi SEMDE / EHME, en su II Congreso brinda la oportunidad de intercambiar ideas y experiencias entre los profesionales de las Ciencias de la Salud: tutores, médicos asistenciales, profesores, alumnos, residentes, gestores y, todos aquellos implicados en la formación médica.

Algunas cosas han cambiado desde 2004, aunque no tanto como nos gustaría. En aquel entonces solicitábamos la comunicación, la colaboración con otras instituciones dedicadas a la formación de los profesionales médicos. Poco hemos avanzado en ese terreno. Pero si parece que hemos crecido en la motivación y ganas de unos cuantos que creemos que hacerlo mejor es posible y en ello ponemos muchas de nuestras energías.

La preocupación por el qué y cómo enseñar y aprender en nuestro ámbito está presente en todos los foros interesados de la educación médica. No somos una excepción.

En este II Congreso queremos contribuir a la difusión de buenas prácticas de innovación y calidad docente, que nos permitan profundizar sobre el lema general del Congreso “el cambio en la formación y la práctica profesional”. Por ello es tan importante que esta buena práctica profesional sea reconocida y valorada tanto para el desarrollo profesional individual, como para el desempeño y la promoción en la Carrera Profesional.

Nos interesa reflexionar sobre las exigencias que plantean el compromiso con la calidad y mejora del docente y, el total reconocimiento de ésta. Por ello, considerando la formación continua, el cambio curricular basado en competencias, y la evaluación en todas las fases de formación -grado, especialización y postgrado-, hemos propuesto los siguientes temas centrales que siguen para debatir en este II Congreso de la SEMDE:

- La formación continua, el desarrollo profesional individual y la carrera profesional en el ámbito de las ciencias de la salud.**

Si bien en el campo de la salud los profesionales disponen de una amplia oferta de formación continua en materia de actualización de técnicas, protocolos, herramientas,... la posibilidad de realizar formación continua sobre aspectos docentes tiene una mayor dificultad.



- **Contextos y Metodologías de aprendizaje: estrategias, recursos y tecnologías.**

Se debe crear el contexto más propicio de aprendizaje para el discente, desde el clima en el centro de trabajo, en el aula,... hasta los servicios y estructuras que faciliten el desarrollo de una nueva forma de enseñar y aprender en la educación médica. Junto con ello, es imprescindible, entre otros factores, utilizar las estrategias docentes más idóneas, disponer y hacer servir los recursos y herramientas tecnológicas, disponer de los espacios físicos convenientes, que faciliten la realización de actividades en el aula.

- **Planificación de la actividad docente. Perfiles de competencia a lograr, objetivos, contenidos y actividades para lograr el aprendizaje.**

Los equipos docentes han de dominar las técnicas y herramientas de diseño, planificación y gestión de: el currículo universitario, o los programas de especialización, o formación continua. Poner acento no sólo en la enseñanza, sino también en los aprendizajes, supone un cambio importante para las universidades, para el profesorado y para el alumno. Comporta una nueva orientación sobre la base del desarrollo de competencias del alumnado; reformular objetivos; revisar contenidos; y prever nuevas actividades, según sea el caso, a nivel de titulaciones, planes de estudio y planes docentes de las asignaturas. Deseamos que se realice por la vía de la persuasión y el convencimiento, desde la experiencia compartida y la práctica reflexionada, más que desde la imposición u obligación.

- **Sistemas alternativos de evaluación de los aprendizajes.**

Todos en nuestro, ámbito de trabajo, hacemos uso de manera cada vez más frecuente, de formas alternativas de evaluación, en función de las necesidades de los contextos y situaciones, y utilizando una amplia gama de métodos y opciones plurales. Una enseñanza cada día más centrada en los aprendizajes del alumnado, obliga a conocer, intercambiar e incorporar, cuando haga falta, prácticas de evaluación alternativas a las tradicionales, que permitan la observación directa del trabajo del alumnado, de sus habilidades y conocimientos, en definitiva su competencia.

Otro tema que subyace en todas las acciones propuestas en este congreso es la INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MEDICA. La pequeña revolución que la incipiente cultura de la evaluación en nuestro país, por intereses personales o institucionales (acreditaciones, promociones, mejoras en la calidad, la innovación,...), ha atraído un ligero aumento por conocer aspectos de la evaluación.

Escribía unos párrafos arriba, que la formación continua en materia docente o educativa resulta difícil en nuestra área. Esto puede deberse a la falta de sistematización de los procesos docentes o educativos llevados a cabo por cualquiera de nosotros. Apenas profundizamos en la fundamentación de una ciencia, la Educación Médica qué, como cualquier otra que tiene sus teorías y dispone de metodologías adaptadas, e instrumentos de evaluación –incluso algunos de ellos



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

pioneros; la ECOE de medicina podría ser adaptada en evaluaciones integrales de otras muchas profesiones para evaluar competencias profesionales. Actualmente desde mi cargo de Planificación Docente del Vicerrectorado de Campus Bizkaia de la UPV/EHU, estoy trabajando en desarrollar este tipo de diseños.

Sin embargo, también han surgido también algunos de los problemas relacionados con las intervenciones y los instrumentos que se utilizan para realizarlas. Cabría recordar aquí la idea de nuestro colega holandés Cess Van der Vleuten, aunque ligeramente modificada, *“a pesar de que todos los médicos están formados para tomar decisiones basadas en la mejor evidencia disponible, cuando ejercen el papel de docentes parecen abandonar todo su pensamiento crítico sobre qué se debe ser y hacer, y se fían de la tradición y de la intuición”*, y que, la revista de Educación Médica mostró acertadamente en una de sus ingeniosas portadas (2003). Las unidades de educación médica en las instituciones que se dedican a la formación pueden y deben ser una garantía de que esta situación puede mejorar.

Para terminar, una nota para la reflexión. El futuro del conocimiento pasa por la convergencia de las disciplinas, la unión del conocimiento. Hoy se precisa una visión conectada de las cosas, una vista de helicóptero además de una visión detallada del terreno. Lo verdaderamente importante es la relación de ideas generadas entre campos aparentemente distantes. La red de redes, las redes de personas que cada individuo vamos generando, la *Holonomía*, las redes sociales que una persona construye a lo largo de su vida personal y profesional.



CRONOGRAMA

26 de Octubre, Jueves		
T A R D E	16:00	Entrega de documentación
	17:00	Inauguración Oficial
	17:15	Conferencia inaugural
	18:00	Mesa Redonda
	20:00	Recepción de Bienvenida
27 de Octubre, Viernes		
M A Ñ A N A	9:00	Mesa redonda
	11:00	Café
	11:30	Comunicaciones libres
	13:15	Asamblea General de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)
	14:00	Pausa-comida
T A R D E	15:30	Mesa redonda
	17:30	Café
	18:00	Comunicaciones libres
	19:15	Conclusiones y clausura del Congreso
	19:30	Asamblea de la SEMDE



PROGRAMA

PERSPECTIVAS PARA EL CAMBIO EN LA FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA MÉDICA

(25 h, 1 crédito ECTS)

26 de Octubre, Jueves

16:00 **Dokumentazioaren banaketa**/Entrega de documentación

17:00 **Inaugurazio ofiziala** / Inauguración oficial

Jordi Palés, Presidente de la Sociedad Española de estudios Médicos (SEDEM)

Miquel Vilardell, Presidente de la Sociedad Catalana de Educación Médica

Jesús Escanero, Presidente de la Sociedad Aragonesa de Educación Médica

Montserrat Fonseca, Presidenta de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE)

17:15 **Inaugurazioko Hitzaldia** / Conferencia Inaugural:

“De Flexner a la Educación Orientada a Resultados”

Prof. **D. Oriol-Bosch**, Presidente de la Fundación Educación Médica. Premio Antonio Gallego de la SEDEM 2005. Cataluña

18:00 **Mahaia ingurua** / Mesa Redonda Sala: Salón Nervión

“Acreditación y evaluación de la Práctica Profesional”

Moderatzailea/Moderador:

Arcadi Gual, Editor Revista de Educación Médica. Asesor del IES

Ponentes:

Helios Pardell, Experto en Formación Médica Continuada y Desarrollo Profesional Continuo

“Formación continuada, desarrollo profesional continuo y regulación profesional”

J.A. Blasco, Director de RRHH Osakidetza

“Desarrollo Profesional de los Facultativos en Osakidetza”

20:00 **Recepción de Bienvenida**

En la sede de Congreso: **Hotel Nervión** (Pº Campo Volantín nº 11, Bilbao)



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

27 de Octubre, Viernes

9:00 **Mahaia ingurua / Mesa Redonda**

“Estrategias metodológicas para abordar el Desarrollo Competencial en el medio profesional”

Sala: Casco Viejo

Coordinadora: Pilar Ruiz de Gauna

Ponentes:

Juan D Tutosaus, Presidente de AREDA, Asociación de Redes

Docentes y Asesoras

“Estrategia de aprendizaje que proponemos en formación especializada”

Guillermo Vazquez, Fundación IAVANTE, Consejería de Salud. Junta de Andalucía

“La Plataforma Digital SIGES de la Fundación IAVANTE. Un nuevo Escenario para los Médicos”

Encarnación San Emeterio, U. Docente de Medicina Familiar y C. De Bizkaia

“Cómo optimizar el aprendizaje de los residentes en un contexto laboral. Una propuesta en acción”

Jacobo Trébol, MIR 1, Hospital de la Paz Madrid

“El residente como maestro: la experiencia de la UAM en la formación quirúrgica básica de alumnos de pregrado”

11:00 **Café**

11:30 **Ahozko komunikazioak / Sesión de comunicaciones libres**

Sala: Casco Viejo

Moderador: **Jordi Palés**, presidente de la Sociedad SEDEM

11. *“Aprender investigando”. Una experiencia formativa en el ámbito de la enfermería.*

Vaquero, A* Lorenzo de, E**, Carmona, A.

*Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

**Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

12. *“Implantación y desarrollo de un laboratorio de habilidades centralizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona”*

J. Palés, C. Gomar y Grup d'Innovació Docent Consolidat de la Universitat de Barcelona. (2006GIDC-UB/39). Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

13. *“Aplicación del crédito Europeo en la enseñanza de anatomía humana”*

Bidaurrezaga, A; Sarria, R; Gerrikagoitia, I. Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

14. *“Recursos docentes para ayudar al tutor de Medicina Familiar y Comunitaria”.*

Romero Sánchez, BE*; Sánchez Marín, FJ**.

*Facultad de Educación. Universidad de Murcia, **Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad de la



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

15. *"Los valores en el marco de las competencias profesionales de la Educación Médica"*
Sánchez Marín, FJ*; Romero Sánchez, BE**; Molina Durán, F*.
*Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria.
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.
**Dpto. De Teoría e Historia de la Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
16. *"Estudio sobre las estrategias docentes desde la perspectiva del alumno de medicina de la Universidad de Salamanca".*
Pérez de la Cruz, M.A., Méndez Pachón, C., Sánchez-Ledesma, M.J., López Sosa, C., Juanes Méndez, J.A. y Peñasco, Y. Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina.
17. *"El trabajo personalizado del alumno frente a los nuevos paradigmas docentes. Un estudio en la Universidad de Salamanca"*
Méndez Pachón, C., Sánchez-Ledesma, M.J., López Sosa, C., Pérez de la Cruz, M.A., Hernández Galilea, E. Y Peñasco, Y.
Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina..

13:15 Asamblea General de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

14:00 Etena Bazkaria / Pausa-comida

15:30 Mahaia ingurua / Mesa Redonda

"Estrategias para evaluar en competencias ¿Cómo estamos evaluando?, ¿Cómo deberíamos evaluar en los diferentes contextos de Aprendizaje?"

Sala: Casco Viejo

Coordinadora: Montserrat Fonseca

Ponentes:

JM Manso, Facultad Medicina Valladolid

"Cambio de paradigma docente: evaluando competencias"

Jesús Moran, U. De Investigación y Docencia H. De Cruces

"Evaluación de médicos residentes (MIR): memorias de formación o portafolio del hospital de cruces".

Lourdes Sáez, Facultad de Medicina, UCLM-Hospital Universitario de Albacete OSCE

"Estrategia de evaluación de las competencias clínicas"

Guillermo Vazquez, Fundación IAVANTE, Consejería de Salud. Junta de Andalucía

"La Plataforma Digital SIGES de la Fundacion IAVANTE. Un nuevo Escenario para los Médicos"

17:30 Pausa-Café

18:00 Ahozko komunikazioak / Sesión de comunicaciones libres



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

Sala: Casco Viejo

Moderador: Iñaki Gutiérrez-Ibarlucea, OSTEBA; Gobierno Vasco

18. "Encuesta de opinión efectuada a los alumnos sobre las guías de trabajos prácticos utilizadas en Fisiología"
Viglione P.N., Pinto J.E. Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Argentina.
 19. "¿Incertidumbre en la evaluación?: una propuesta dialógica"
Martinez de Albeniz Arriaran, M; Basurto Hoyuelos, S; Ulibarri Ochoa, A; Fernández de Gamboa, I. Escuela Universitaria de Enfermería de Osakidetza de Vitoria/Gasteiz
 20. "Realización de un póster como tarea didáctica en la docencia de Biología Celular en la Licenciatura de Medicina".
Noelia Andollo; María Luz Cañavate; Antonia Alvarez ; María Dolores Boyano; Alicia García de Galdeano. Departamento de Biología Celular e Histología; Facultad de Medicina y Odontología (Leioa). Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.
 21. "Evaluación de los cambios introducidos en la docencia de primer curso de Medicina: valoración de los estudiantes"
A. García de Galdeano, Noelia Andollo, Mª Luz Cañavate, Antonia Alvarez, Mª Dolores Boyado. Universidad del País Vasco
 22. "Competencias adquiridas en un colectivo de licenciados en medicina"
A Sharluyan*, Sº de Pediatría y,
J Morán, Unidad Investigación y Docencia. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizkaia)
 23. "La Fundación de Ciencias de la Salud; un papel en la educación de los profesionales de la salud"
Muñoz-Juárez MJ, Juanes B, Tamargo M, Blanco E, Sanchez de Puerta MD. Fundación de Ciencias de la Salud
-

18:00 Ahozko komunikazioak / Sesión de comunicaciones libres

Salón Nervión. Moderadora: María Teresa Alfonso-Roca, UCLM

24. "De la Observación Estructurada a la elaboración de un Informe Reflexivo"
Barrena Alonso, A*; Iglesias Losada, J**, San Emeterio Martínez, E.***
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia.
* Residente de primer año. ** Tutor *** Coordinadora
 25. "Seminario Virtual de Bioética. Una experiencia en la Facultad de Medicina de la UPV-EHU".
Ruiz Larrea, D, Marijuan Angulo M. Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Universidad del País Vasco (UPV-EHU)
 26. "Formación Médica Especializada: Formar en Competencias para incidir en el Perfil del Profesional que necesita la Sociedad y la Sanidad del siglo XXI"
Fonseca, M; Ruiz de Gauna, P.
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Universidad el País Vasco / EHU
-

19:15 Conclusiones y clausura del Congreso

19:30 Emheko Batzar Nagusia / Asamblea de la SEMDE



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE**
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
[**http://www.ehu.es/SEMDE**](http://www.ehu.es/SEMDE)

INAUGURAZIOKO HITZALDIA / CONFERENCIA INAUGURAL



1. DE FLEXNER A LA EDUCACIÓN ORIENTADA A RESULTADOS

A. Oriol Bosch
Fundación Educación Médica

RESUMEN

- Introducción
- La situación a comienzos del siglo XX: Abraham Flexner
- La primera mitad del siglo XX que nos han contado
- La segunda mitad que hemos vivido:
 - Los 50: WRU
 - Los 60: G. Miller
 - Los 70: Ciencias cognoscitivas y Facultades innovadoras
 - Los 80: Las Competencias Profesionales y su evaluación
 - Los 90: La EOR y las simulaciones
- ¿Cómo afrontar el futuro?

LA SITUACIÓN A COMIENZOS DEL SIGLO XX

Políticamente, el siglo XIX viene dominado por las potencias coloniales europeas, encabezadas por el Imperio Británico. En educación médica dominan los modelos de las culturas hegemónicas ingles, francesa y alemana con prestigiosas escuelas de medicina. La situación en España era bastante lamentable con un mundo académica retórico y anticientífico con la excepción de Ramón y Cajal.

La situación en los Estados Unidos era desigual y como poco decepcionante. Pocas Escuelas buenas y casi 400 tipo “academia privada” independiente, de bajo nivel y descontroladas.

¿Por qué hablamos de Abraham Flexner? Si Europa estaba a la cabeza de la educación médica a finales del siglo XIX y Flexner, que así lo reconoció, siguió los modelos europeos para hacer sus propuestas de reforma de las escuelas de medicina americanas, ¿porqué Flexner ha de ser un referente para los europeos interesados en la historia de la educación médica? La respuesta a esta pregunta puede ser muy compleja pero yo se la simplificaré: porque Flexner consiguió en su entorno, los Estados Unidos, promover la única reforma sistemática exitosa que conozco. Podríamos añadir que el impacto de su reforma ha perdurado a lo largo de todo el siglo XX, y, además, el pos-tflexnerismo no niega los postulados originales, los adapta a los nuevos tiempos y les incorpora los avances de las ciencias cognoscitivas, sociales y pedagógicas.

ABRAHAM FLEXNER (1866-1959)

Abraham Flexner, innovador del sistema de educación médica, fue educador pero no médico y llegó sólo en su madurez, a los 42 años, a ocuparse, por encargo de la Fundación Carnegie, del estado de la situación de las facultades de medicina americanas. Antes (1908) había producido un demoledor documento crítico sobre la educación superior en su primer nivel (“College”).



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

Lo que Flexner hace en su famoso informe es codificar las esencias de la educación médica definiendo sus estándares y con ello produce un movimiento que rápidamente reordena el sistema expulsando aquellas organizaciones que no son capaces de cumplir los mínimos.. Se exige de la escuelas de medicina que posean una filiación universitaria y con ello cumplan los mínimos académicos exigibles para con el profesorado, los recursos educativos (laboratorios y prácticas clínicas) y naturalmente también para el acceso del alumnado y su graduación.

La lucha por la dedicación exclusiva del profesorado clínico le llevó durante años a un enfrentamiento desde la Fundación Rockefeller con la prestigiosa Universidad de Harvard que por no querer aceptar éste requisito renunció a los fondos que de otra forma podría haber recibido de dicha institución. Hay que decir a favor de Harvard que si bien no se doblegó a la voluntad de Flexner. Quien favoreció descaradamente a la Johns Hopkins de Baltimore, concibió y aplicó un concepto similar pero distinto, el del “geographical full time”, que lamentablemente no ha llegado todavía hasta nosotros si no es es formas adulteradas como la compatibilización de dos nóminas: la docente y la asistencial.

Al margen de su famoso informe, Flexner, quien habiendo llegado tarde al mundo de la educación médica, ejerció una prolongada influencia de más de dos décadas, que le llevó a ayudar a escuelas para formar médicos negros en los estados del sur y a crear nuevas Facultades innovadoras como la de Rochester aunando la filantropía de Eastman con la de Rockefeller.

Su última contribución relevante estuvo fuera del ámbito de la medicina y consistió en la creación del Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Princeton y la incorporación al mismo de Albert Einstein.

La figura de Flexner no se empequeñece con el paso del tiempo y su estudio constituye una apasionante lección humana y sobre las estrategias, los condicionantes y la perseverancia necesarios para la consecución del éxito.

LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX QUE NOS CONTARON

Lo que puedo decirles de la primera mitad del siglo XX es fruto de lo que me constaron mis maestros y mi padre o ido leyendo a lo largo de mi vida. El siglo XX ha sido un siglo extraño. Para alguno no comenzó en realidad hasta 1918 al finalizar la gran guerra europea. Para otros no comienza hasta 1945 cuando se acaba la Guerra mundial consecuencia de haber cerrado mal la anterior contienda. Para el tercer mundo en desarrollo no comienza hasta 1948 con la independencia de la India o en 1956 con el fiasco de Suez que señalan los inicios de la descolonización. Para los jóvenes estudiantes revolucionarios de mayo de 68, el siglo XIX no acaba hasta que ellos entierran sus últimos vestigios de hipocresía social.

Sea como fuere, el siglo XX ha sido un siglo de acelerado progreso científico y tecnológico, que ha ido cambiando todo el entorno más rápidamente de lo que hemos sido capaces de internalizarlos. La progresiva aceleración de dicho progreso ha empequeñecido el del siglo anterior pero lleva camino de parecernos un progreso de caracol a comienzos del siglo XXI. Conviene pues que nos abrochemos los cinturones de seguridad mental para que no perdamos el norte en medio de esta vorágine.



De éste primer medio siglo XX, sólo quisiera hacer mención de dos elementos, el Rappleye Report de 1932 encargado por la AAMC y el ensayo sobre la educación médica en España de Teófilo Hernando (1935) Y lo único que deseo expresar al respecto es que ambos documentos críticos con el estado de la situación de la educación médica son plenamente vigentes en casi todo el mundo setenta años más tarde. Algo ocurre pues en la educación médica que a pesar de haber estado en un proceso de reforma permanente no haya cambiado radicalmente en nada después de los logros conseguidos gracias a Flexner,

LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX QUE HEMOS VIVIDO

Este año se han cumplido 50 desde se licenció en Medicina la promoción que ingresó en la Facultad en 1950. Lo sé muy bien porque es mi promoción, por tanto, durante la segunda mitad del siglo XX he sido estudiante, médico en formación investigador, docente, administrador de la docencia antes de llegar a mi actual estado que oficialmente se denomina de "jubilación forzosa" (sin comentarios sobre nuestra burocracia administrativa). Permítanme que me sienta autorizado para hablarles de forma resumida de mi visión de los últimos 50 años de la educación médica, campo del conocimiento especializado que no existía como tal hasta aproximadamente la mitad de dicho periodo. Permítanme además que lo esquematice por décadas y desde una perspectiva global.

La década de los 50: Western Reserve University

En 1948 la Facultad de Medicina de la entonces denominada Western Reserve University de Cleveland, Ohio, nombró nuevo decano a T. Dale Ham quien dispuso de dos elementos básicos para realizar una gran reforma educativa: idea del que había que hacer y capacidad para nombrar nuevos profesores clínicos (hasta 8 catedráticos-Jefes de Servicio). Ello le permitió poner en funcionamiento el sistema educativo as innovador durante más de 20 años hasta que aparecieron McMaster y Maastricht a principios de los 70's. Nosotros lo intentamos aplicar en 1968 en la Universidad Autónoma de Barcelona desde el Hospital de San Pau con el Dr. Carles Soler Durall pero no tuvimos la capacidad para lograrlo y tuvimos que desparecer del mapa `pues no hay sitio para el fracasado en la innovación en el contexto de su fracaso.

La década de los 60: George Miller

En 1959 aparece un libro seminal de George Miller ("Teaching and Learning in Medical School") que causó un gran impacto a los que lo leímos. George Miller puede considerársele como el padre de la Educación Médica como campo específico de conocimiento y actuación profesional Profesor de Medicina Interna en Rochester, se interesó por la complejidad del proceso enseñar-aprender y detectó cuán lejos podían encontrarse a menudo ambos procesos. En Chicago creó el primer departamento de educación médica a principio de los años sesenta : Hoy en día no existen Facultades de Medicina en Estados Unidos y Canadá que no se hayan dotado de tales unidades académico-administrativas, regidas en su gran mayoría actualmente por discípulos de la primera generación de profesionales formados con George Miller.



LA DÉCADA DE LOS 70: LAS CIENCIAS COGNOSCITIVAS Y LAS NUEVAS FACULTADES INNOVADORAS

A comienzos de la década, el impacto de la escuela de Miller se hace evidente y surge un sinfín de publicaciones del ámbito de la psicología educativa que nutren las ciencias cognoscitivas. De destacar alguna entre ellas, debemos referirnos a la de Elstein y cols (1973) que tuvo suficiente impacto sobre las Facultades innovadoras como para que modificaran la formulación con que presentaban en público sus aproximaciones educativas.

A tres décadas de distancia, con la perspectiva del tiempo transcurrido destacan principalmente tres Facultades de entre las que iniciaron un proceso de innovación profunda: la de macmaster en Hamilton, Notario, la de Maastricht en los Países Bajos y la Ben Gurion en Bersheeba, Israel. No son ciertamente las únicas pero si las más significativas. Curiosamente todas ellas fueron Facultades de nueva creación. Lo que nos proporciona las primeras lecciones:

A) es más fácil innovar desde el inicio que cambiar una estructura de poder y hábitos consolidados y B) en donde que han creado nuevas facultades y no han innovado han desperdiciado su oportunidad y tendrán que hacer los cambios inevitables tarde y de la forma más onerosa.

La década de los 80: las competencias profesionales y su evaluación

La definición de las profesiones reconoce en ellas tres características básicas (conocimiento específico, espíritu de servicio y autoexigencia ética) que podemos integrar en el concepto de competencia profesional. Ser competente profesionalmente implica saber hacer lo que debe hacerse y hacerlo bien en cada momento. La competencia exige conocimiento específico de carácter operativo además del necesario para tomar la decisión adecuada sobre lo que debe hacerse, es decir, habilidad para hacer y saber (conocimiento) lo que debe hacerse. Pero además es necesario ser la persona idónea para hacerlo, tener la actitud adecuada. Para entendernos pongamos un ejemplo que no nos irrite. El pirómano y el bombero tienen conocimientos sobre el fuego, cómo se produce y como se extingue. Lo que les diferencia es su actitud. El segundo está al servicio de la sociedad mientras el primero no sabemos que lo mueve, pero en cualquier caso no contrataríamos a un pirómano como bombero.

Aunque el movimiento de las competencias se inicia a mediados de la década de los setenta, no es hasta los ochenta en que la profesión médica inicia la deliberación y reformulación actualizada de las peculiaridades del “hacer de médico” entre las que encuentra inexcusable el “ser médico”, es decir, haber internalizado las actitudes que basadas en los valores de la profesión dan lugar a las conductas profesionales técnica y éticamente competentes.

Es un avance significativo que exige conceptualizar y definir lo que se entiende por competencias, consensuar los estándares exigibles y desarrollar mecanismos evaluativos. Aun estamos en ello veinte años tras más de cuatro lustros, pero habiendo avanzado considerablemente.



La década de los 90: La educación orientada a resultados

Y llegó el momento de cambiar la manera de ver la educación médica, hasta aquel momento centrada en la mejora de los procedimientos educativos, estrategias y metodologías, para cuestionar el núcleo duro, su “para qué”. Comienzando en la Brown University School of Medicine la “*outcome oriented education*” (educación orientada a resultados: EOR), se inicia un proceso vertiginoso que incluso llega a la tradicional Europa antes de que finalice el milenio. La conferencia de Rectores celebrada en Bolonia en 1999 lo recoge y así el emergente EEES (espacio europeo de educación superior) formalmente lo incorpora como un principio rector del mismo. La definición por los decanos de medicina escoceses del producto que debían conseguir expresado en términos competenciales, así como el acuerdo respecto a las competencias que debe exhibir un licenciado en medicina de las facultades catalanas, son logros ya de éste milenio y consecuencia de la revolución conceptual de la década anterior.

EL FUTURO

El discurso rememorativo no es un acto nostálgico, aunque así pudiera sonar. Pretende enfocar lo que sabemos hoy que nos permita mejorar mañana. Pretende evitar quedarnos encallados en los mismos problemas y seguir sin avanzar. Pretende evitar la pretensión de reinventar la rueda, o en castizo: la sopa de ajo. Debieran acabarse las luchas curriculares sin objetivos definidos de lo que debe conseguirse. Debe acabarse con la autocomplacencia de creer que se ha conseguido lo que no se ha evaluado. Debe aceptarse que el rol docente no es única ni principalmente el de transmisor de información y conocimiento explícito, ni que el modelo educativo se basa en enseñar y no en aprender. Las instituciones educativas deben reconocer que su rol social les pone en deuda con su entorno al que deben servir y darle explicaciones dejándose de contemplarse el ombligo para lamentarse de que sus ambiciones no se ven satisfechas. Es hora de comenzar a rendir cuentas antes de pedir lo que sea justo.

Y justo es que las Facultades de Medicina puedan producir unos licenciados, embriones profesionales de la medicina, que tengan todos los esbozos del profesional que la sociedad necesita y merece recibir. Lo que exige un proceso de adaptación institucional que pasa en primer lugar por explicitar las características de su producto educativo, que no pueden ser otras que las del médico competente, y el grado de desarrollo mínimo exigible (estándares) para poder licenciarse. No puede olvidarse el componente actitudinal de la triada competencial. Por ello será necesarios disponer de los elementos evaluativos no tan sólo de las conocimientos y habilidades sino también de las actitudes para poder saber que el producto del proceso educativo cumple los requisitos.

Y deberá hacerse de forma que todo ello sea creíble por la sociedad que de alguna forma deberá poder intervenir para superar sospechas.

Finalmente habrá que mejorar eficiencias, para el protagonista (el que aprende) y para el que paga (la sociedad). La eficiencia de aprendizaje orientada a resultados objetivos, explícitos y evaluables, aumenta si el proceso de aprender se contextualiza en el de uso. Para facilitar dicha contextualización no hay bastante con la abundancia de recursos asistenciales para la docencia, se necesita y es posible hoy en día echaras



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE**
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
[**http://www.ehu.es/SEMDE**](http://www.ehu.es/SEMDE)

mano de las **simulaciones**. Este es un tema técnico que debería merecer toda nuestra atención, capacidad crítica y deliberación para una toma de posición radical.

Habiendo discurrido de la evocación, a loa reflexión compartida pero abstracta, les quiero dejar aquí, con una realidad técnica y concreta como el reto tangible a resolver esta década.



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

PONENCIAS



2. FORMACIÓN CONTINUADA, DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO Y REGULACIÓN PROFESIONAL

Dr. Helios Pardell

Experto en Formación Médica Continuada y Desarrollo Profesional Continuo

RESUMEN

La acreditación de las actividades de formación médica continuada (FMC) se traduce en la concesión de determinado número de créditos, que obtienen los participantes en dichas actividades que cumplen los requisitos establecidos por los organizadores.

A partir de los créditos obtenidos, el médico elabora su propio currículo de FMC que le ha de servir durante los años de ejercicio profesional activo para distintos fines, que iremos viendo a continuación.

Por un lado, los créditos de FMC le han de servir para progresar a través de los distintos niveles de Carrera Profesional (CP) instaurada por la institución empleadora, pública o privada. Dicha CP en España se ha configurado básicamente como un elemento de progresión salarial y reconocimiento laboral, incorporando asimismo algunos componentes de lo que analizamos acto seguido como desarrollo profesional continuo (DPC).

Éste, en la actualidad, aunque formulado más o menos explícitamente en la LOPS y en otros ámbitos, se encuentra poco desarrollado en España. Lo que básicamente lo diferencia de la CP es que no tiene ninguna significación económica y laboral y representa lo que podríamos denominar una mochila individual del médico, que la ha de servir para el diseño de su evolución profesional, con independencia de las connotaciones laborales.

Por lo que se refiere al tercer aspecto a considerar, el de la regulación profesional, debemos enfatizar que en los últimos tiempos en la literatura internacional sobre el tema se pone el acento en un modelo de regulación intermedio entre la tradicional auto-regulación y la regulación gubernamental. Dicho modelo, que algunos denominan de regulación compartida o co-regulación, pretende sacar el máximo provecho de la capacidad de compromiso de la profesión y la involucración mínima de la administración en un área especialmente difícil por las características propias del campo de conocimiento y de su aplicación.

En este ámbito de regulación, el aspecto específico relacionado con lo que venimos diciendo es el de la Revalidación, vale decir la introducción de algún tipo de requerimiento periódico para el mantenimiento del estatus profesional del médico. Si dicho requerimiento tiene que ver con la certificación de especialidad, se denomina Recertificación y si tiene que ver con la licencia de ejercicio (lo que en nuestro país podríamos hacer equivaler a la colegiación) se denomina Relicencia (en nuestro caso podríamos denominarla Recolegiación).

Parece obvio que, por lo que se refiere al mundo profesional, en la Recertificación deberían intervenir las Sociedades Científicas (y, en todo caso, las Comisiones de Especialidades) y en la Recolegiación los Colegios de Médicos. En ambos casos, el



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

papel de la administración debería ser el de garante máximo como regulador social por excelencia que es.

Ni que decir tiene que ambos campos de regulación se hallan en la actualidad en fase muy preliminar en nuestro país, siendo vistos por el mundo profesional con cierta aprensión y por la administración como una oportunidad de control de aquel, en función del hecho de que a través de los sistemas autonómicos de salud actúa como empleadora de una gran parte de profesionales.



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

3. DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS FACULTATIVOS EN OSAKIDETZA

J.A. Blasco, Director de RRHH Osakidetza



4. ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE QUE PROPONEMOS EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA

J.D. Tutosaus

RESUMEN

Los Presidentes de Comisiones de Docencia tenemos que conseguir que se desarrollen unas competencias profesionales definidas en los Programas Docentes de las especialidades. Para ello, la estrategia que debemos emplear con los residentes es **aprender por objetivos docentes**.

Para conseguir las competencias hay que definirlas, lo que debería constar en los **Programas Docentes**, aunque están poco desarrollados. Es necesario establecer mínimos que permitan una formación completa y homogénea. Además, es preciso que los conocimientos, habilidades y actitudes estén expresados en términos de objetivos ponderados.

Los programas docentes de los se pueden modificar al alza por las Comisiones de Docencia, y así lo hacemos en HH.UU. Virgen Rocío, mediante consensos con metodología Delphi.

El aprendizaje de los conocimientos teóricos y de las actitudes, así como su evaluación, es uno de los déficits del MIR en los que hay que trabajar.

Tras esto, estableceremos un paralelismo entre el cumplimiento de los objetivos y la calificación del residente.

Con los tutores debemos utilizar una estrategia que les permita desarrollar sus competencias docentes, un **Sistema de Acreditación de Tutores**, por el que se alcancen y garanticen unos mínimos asistenciales, docentes, investigadores y de gestión.

En el contexto en que se desarrolla este aprendizaje, las **Unidades Docentes**, hay que conseguir que cumplan unos requisitos de **calidad** asistencial, investigadora y docente mínimos. Su evaluación continua la podemos monitorizar con un instrumento sencillo, el Calidómetro, consistente en una hoja de cálculo en la que se recogen datos, actualizados a través de las memorias docentes anuales, sobre Estructura, Proceso y Resultado. Cada parámetro dispone de un valor intrínseco predefinido que se multiplica por el grado de consecución del mismo. Lo más importante de este sistema es el *servir de instrumento de auto evaluación continua de los servicios*.



5. LA PLATAFORMA DIGITAL SIGES DE LA FUNDACION IAVANTE, DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. UN NUEVO ESCENARIO PARA LOS MÉDICOS.

Guillermo Vázquez Mata

Fundación IAVANTE. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

RESUMEN

La formación médica clásica en las universidades se ha centrado en las competencias clínicas directamente relacionadas con el paciente. Por otro lado estas competencias clínicas están en permanente evolución dada la confluencia de innovaciones simultáneas. La única habilidad comunicativa adquirida de manera reglada ha sido la capacidad de preguntar e indagar adecuadamente los datos de la historia del paciente.

La sanidad publica, pero también cualquier empresa sanitaria, necesita identificar las necesidades de sus pacientes mas allá, de los aspectos clínicos específicos; así los conceptos de costes, calidad, accesibilidad, continuidad, derechos de segunda generación, seguridad o medicina basada en la evidencia, constituyen piezas esenciales en el diseño de la medicina moderna.

La suma de todos estos conocimientos, habilidades y actitudes que las empresas sanitarias requieren de sus profesionales, constituye su “capital intelectual”; este concepto es un concepto dinámico que requiere una permanente reevaluación. Nuestro Sistema Nacional de Salud, debe de identificar claramente que competencias necesitan los médicos en relación a su puesto de trabajo, y estos conocer cuales son las exigencias formativas y de entrenamiento que estos puestos llevan, tanto para reciclarse como para cambiar de estatus profesional.

En su conjunto el panorama descrito, tiene y tendrá cada vez mas repercusiones para el medico práctico. Por un lado las diversas administraciones están trabajando para introducir a través de las carreras profesionales elementos de recertificación de competencias, a la par que demandará a sus profesionales un conjunto de habilidades relacionales dirigidas a mejorar su desempeño profesional.

UNA RESPUESTA BASADA EN EL ENTRENAMIENTO PROFESIONAL.

Las circunstancias anteriores obligan a desarrollar estrategias de apoyo al Capital Intelectual de los médicos. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ha creado la Fundación IAVANTE, cuya misión central es el entrenamiento de todas las profesiones de salud, utilizando las estructuras y metodologías docentes mas avanzadas e innovadoras. El eje del entrenamiento profesional lo constituyen los procesos asistenciales que la Consejería de Salud, ha seleccionado como prioritarios.

La Fundación IAVANTE, para afrontar este reto, promoviendo simultáneamente la Calidad docente y la accesibilidad a nuestro entrenamiento tiene dos estructuras paralelas. La primera son las acciones formativas presenciales basadas en la simulación robótica, virtual o la simulación con actores, acompañado de escenarios lo mas realísticos posibles. Estas acciones presenciales se llevan a la práctica en formato de intervenciones educativas, ya sea en centros propios nuestros (Complejo



Multifuncional Avanzado de Simulación Innovación Tecnológica ubicado en Granada), ya sea de forma descentralizada en los propios centros que demandan la acción formativa. La segunda estructura es un Campus Virtual, donde la docencia online, ya sea para preparar las acciones presenciales y su seguimiento, ya sea en formato exclusivo virtual.

Ambos campos de actividad formativa requiere un nexo de unión que combina las necesidades de diversos actores: diseñadores de cursos, tutores de las acciones formativas, y los profesionales que participan en dichas acciones. La Fundación IAVANTE gestiona este conjunto de necesidades mediante una plataforma virtual denominada SIGES (Sistema Integral de Gestión por Competencias). La principal característica de esta plataforma es su capacidad integradora de las necesidades de todos sus usuarios. Esta plataforma, esta subdivida en diversos módulos. El primero denominado Modulo de Formación, engloba las herramientas para diseñadores y tutores de cursos y paralelamente la oferta de acciones formativas de la Fundación siempre identificando sus competencias, y las herramientas para matricularse, y recibir información y material docente. Este módulo se apoya directamente en otro de logística, que permiten a los tutores preparar la acción formativa, inventariar los materiales necesarios y hacer las reservas de espacios docentes que se vayan a ocupar. El tercer módulo, denominado Modulo de Competencias, está orientado a que los profesionales que lo deseen puedan introducir su currículum profesional para que IAVANTE evalúe las competencias que tiene acreditadas (muchos de los cursos que los profesionales han realizado carecen de este dato) y secundariamente detecte los déficit evidentes desde una perspectiva mas global de empresa sanitaria. Este modulo se complementa a su vez en otro modulo denominado plan de desarrollo, en el cual de acuerdo con las necesidades formativas del profesional y de su tiempo disponible, se le aconseja las actividades formativas que quede realizar. Estos módulos están sometidos a un estricto protocolo de privacidad

EL ENTRENAMIENTO PROFESIONAL Y SU EVALUACIÓN OBJETIVA.

El entrenamiento realizado en la Fundación IAVANTE, se acompaña de una evaluación permanente bidireccional, es decir de los discentes y de los tutores, junto con el desarrollo de la acción formativa desde un punto de vista estructural. La evaluación se centra en la satisfacción de alumnos, el nivel de obtención de los objetivos educacionales y la traslación de las competencias adquiridas a la actividad profesional del día a día. Estas evaluaciones se realizan con diversos instrumentos de medición, entre los que cabe destacar las acciones de feedback durante la propia acción formativa mediante, que en el caso de las actividades de presenciales se realiza con videocámaras y micrófonos, así como cuestionario validados de seguimiento transcurridos varios meses después de la acción. En conjunto la plataforma virtual vuelve a jugar un papel central



6. CÓMO OPTIMIZAR EL APRENDIZAJE DE LOS RESIDENTES EN UN CONTEXTO LABORAL. UNA PROPUESTA EN ACCIÓN.

Encarnación San Emeterio (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia)

RESUMEN

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria dentro de los 4 años de formación, pasan, al inicio, 6 meses en el Centro de Salud. Este espacio de tiempo es trascendental para su desarrollo profesional, por ello, hemos entendido que es importante que el residente tome conciencia de que la asistencia en consulta es también un contexto de aprendizaje relevante en el que se debe optimizar la enorme cantidad de información que se le presenta en la actividad asistencial para fomentar su formación reflexiva.

Con este fin, hemos diseñado un método de observación estructurada consistente en cumplimentar 4-5 Fichas-Caso con las que, tras una fase de análisis, se elabora un Informe reflexivo. Para llevar adelante este método se desarrollan unas sesiones formativas en las que se entrega tanto a residentes como a tutores la Ficha-Caso y las instrucciones de cómo han de seleccionar los pacientes/patologías (acorde a los temas priorizados por el propio Programa Oficial de la Especialidad) completar y analizar la información así como el “Guion” para elaborar el Informe. En todo momento, por tratarse de una metodología nueva, se ha intentado cuidar la motivación tanto de Tutores como de Residentes.

Después de un ciclo de aplicación del sistema se han realizado las evaluaciones tanto de los Informes elaborados por los residentes como del grado de satisfacción de los participantes en el proceso, obteniéndose opiniones muy favorables tanto de los tutores como de los residentes. Esta propuesta se continua trabajando con la segunda promoción de residentes, en ella se han incorporando todas las mejoras detectadas en la evaluación de la primera experiencia.

En definitiva, creemos que la observación estructurada aporta un método para optimizar el aprendizaje reflexivo en el contexto de la consulta de Atención Primaria; también, hace conscientes a los residentes de su propio aprendizaje y ayuda a los tutores a compaginar la actividad asistencial con la acción tutorial.



7. EL RESIDENTE COMO MAESTRO: LA EXPERIENCIA DE LA UAM EN LA FORMACIÓN QUIRÚRGICA BÁSICA DE ALUMNOS DE PREGRADO

Trébol López, J., García Olmo, D. Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo C H.U. La Paz, Departamento de Cirugía Universidad Autónoma de Madrid.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Muchas Facultades carecen de programas y Laboratorios para el entrenamiento de habilidades quirúrgicas básicas (suturas, etc.) En Pregrado, confiándose dicha formación a lo que puedan aprender los alumnos en sus rotaciones.

Esta deficiencia era conocida por el Departamento de Cirugía de la UAM y reclamada su solución por los alumnos. Para ello nació en 2002 el proyecto INICIACIÓN A LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA (IPQ) cuyos objetivos fueron: 1) crear un Programa formativo apoyado en Residentes y Alumnos Internos y 2) habilitar un Laboratorio de Habilidades. El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados docentes, de satisfacción y de evaluación de la necesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Docentes: un Profesor de Cirugía, Residentes de varias Especialidades y Alumnos Internos (nexo con alumnado y organización). Discentes: Alumnos de segundo ciclo de cuatro promociones (n=150). Material: Creación de un Laboratorio, material para audiovisuales, modelos animales, maniquíes y/o simuladores y un doble CD-ROM creado. Cursillo: Se oferta de forma libre con estos bloques: 1) conducta en quirófano, asepsia y antisepsia; 2) instrumental; 3) anestesia local; 4) agujas, hilos, nudos y suturas; 5) sondas y drenes; 6) inmovilizaciones y manejo de heridas; 7) canalización vascular; 8) manejo vía aérea: cricotirotomía, intubación y mascarillas. Feedback: encuesta de satisfacción y examen inesperado (N=75)

Resultados: Respuesta del alumnado: asistencia de prácticamente todos (99%). Encuesta: 100% respondedores considera que es imprescindible y debería figurar en planes de estudios y que el nivel preexistente es nulo o bajo. 84% considera como momento ideal el inicio de las rotaciones (4º). 78% no sabía nada y 23% sabía algo antes; tras el curso 47% considera que lo haría bajo supervisión y 36% solo (N=45). Evaluación acierto mayor al 85%.

Conclusiones: Los alumnos exigen formación práctica y que ésta se considere contenido fundamental, tal y como se recoge en el Libro Blanco de la Formación de Medicina. Es fundamental que estas actividades se consoliden y generalicen. Esta estructura docente, apoyada en Residentes y Alumnos Internos, ha demostrado gran eficiencia y excelente acogida por los alumnos.



8. CAMBIO DE PARADIGMA DOCENTE: EVALUANDO COMPETENCIAS

JOSE MARÍA MANSO
Facultad de Medicina de Valladolid

RESUMEN

El entorno actual hace necesario y perentorio que los títulos universitarios de grado y postgrado sean transparentes respecto de las competencias reales de los egresados y fedatarios de ellas ante la sociedad. Los instrumentos para evaluar competencias son complementarios y muchos están en proceso de desarrollo o maduración. Aun siendo su vida relativamente breve, son bastante fiables, si bien complejos. Han de evaluarse reiteradamente las competencias que constituyen el “core curriculum”, tanto globalmente como en sus componentes esenciales. Solo la aplicación técnicamente rigurosa de estos instrumentos garantizará que además de su función acreditadora de competencias adquiridas cumplan otras igualmente importantes como motivar y orientar el aprendizaje de los alumnos, el trabajo del profesor y la adecuada selección y desarrollo de las estrategias y situaciones de aprendizaje más rentables. Es necesaria una estricta coherencia entre competencias y herramientas de evaluación y máxima semejanza entre situaciones de evaluación, de aprendizaje y práctica profesional real. Se resaltan dos de los requisitos previos “sine qua non” para todo ello. Primero, la necesidad de formación del profesorado centrada en un cambio de paradigma docente y ciertos aspectos técnicos concretos Segundo, una adecuada definición previa de las competencias relevantes y jerarquización de aquellas críticas para el ejercicio profesional. Entre estas, en la Licenciatura, ha de incluirse como prioritaria la capacidad de detectar las propias necesidades de formación y realizar esta autónomamente. Esta competencia al igual que otras deficientemente consideradas (habilidades de comunicación, bioética, sexología, gestión adecuada de los sentimientos, ayuda psicológica, etc.) Han de ser evaluadas. En todos los casos la programación docente ha de especificar como (técnicas y criterios) y quien realizará la evaluación

Los expertos coinciden, y personalmente estoy de acuerdo, en que ambas condiciones son difícilmente alcanzables si no se crean unidades de Educación Médica. Asimismo, para que este cambio se produzca de forma real y no solo aparente, es preciso que las tareas docentes del profesorado sean consideradas suficientemente en el acceso y promoción de su carrera profesional. Todo ello, implica a su vez, concienciación de autoridades académicas y gestores de la educación médica en el ámbito político.



9. EVALUACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES (MIR): MEMORIAS DE FORMACIÓN O PORTAFOLIO DEL HOSPITAL DE CRUCES. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

Jesús Manuel Morán Barrios

Jefe de la Unidad de Investigación y Docencia (U. I. D.)

Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

RESUMEN

La acreditación docente de hospitales y servicios, implica un compromiso social. La sociedad pone en manos de un centro sanitario a un recién licenciado para que, tras un programa de formación integrado en la actividad asistencial, el centro devuelva a la sociedad un médico especialista con competencias definidas y acreditadas. Para acreditar ante la sociedad las competencias adquiridas por el MIR, diseñamos en 1998, en la U. I. D. Con ayuda de la Comisión de Docencia y aprobado por Dirección, un documento normalizado cuyo contenido debía responder a las siguientes preguntas que el propio MIR se hace:

1º. ¿Qué objetivos o competencias he alcanzado? (clínico-quirúrgicos, ético-sociales, de comunicación, docentes, de investigación o de gestión sanitaria). 2º. ¿Cómo las he alcanzado? (haciendo un nº de actos clínicos, quirúrgicos, técnicas, sesiones clínicas, proyectos, etc.). 3º. ¿Dónde los he alcanzado? (describir la organización e indicadores del/los servicio/s donde se ha formado). Tras 8 años y más de 1600 memorias realizadas y evaluadas se ha conseguido que los MIR reflexionen sobre su práctica clínica, objetiven su progresión, detecten deficiencias y definan nuevos objetivos (cualitativos y cuantitativos), se familiaricen con las distintas áreas competenciales de un médico (especialmente las comunes) y con los modelos de gestión de la actividad asistencial y sus indicadores. Exige: sintetizar, documentar, justificar, personalizar, motivación, innovación o manejo de bases de datos. La memoria se considera el mejor método de evaluación y credencial externa a falta de otra alternativa y su veracidad se avala por el Tutor, Jefe de Estudios y Dirección Médica.

Nuestro modelo aporta una novedad al terreno de la formación médica avalada por 8 años de experiencia; en lo curricular, como instrumento de reflexión y autocrítica (autoevaluación), y como credencial externo de las competencias que el especialista ha adquirido en nuestro centro.



10. OSCE: ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS

Lourdes Sáez Méndez
UCLM-Hospital Universitario de Albacete

RESUMEN

Desde la introducción de los “Pacientes simulados /estandarizados” (PE) a finales de los años 60’s por H. Barrows no ha dejado, en ningún momento, de aumentar su utilización como instrumento de enseñanza inicialmente y, desde finales de los 80’s, de evaluación. En el momento actual, los PE’s son ampliamente usados en Universidades de EEUU, Canadá y Europa: En España el Instituto de Estudios de la Salud mantiene un programa de Pacientes Estandarizados para la evaluación de postgrado y la Facultad de Medicina de la UCLM ha sido pionera en la puesta en marcha desde el año 2001 de un “Programa de Pacientes Estandarizados”

Un PE es una persona cuidadosamente entrenada para ser capaz de reproducir de forma fiable y consistente una historia, los signos clínicos, la personalidad y las reacciones emocionales de un paciente real. Los PE’s han demostrado en múltiples estudios su utilidad para evaluar las competencias clínicas. Permiten comprobar, entre otras competencias, la capacidad del examinando para realizar una historia clínica dirigida, una exploración física adecuada, su uso del razonamiento clínico o su habilidad para realizar un juicio clínico, además de mostrar su capacidad de relacionarse con el paciente, evaluar su conducta o sus habilidades técnicas .

El mayor desarrollo de los PE surge al incorporarse a los métodos de evaluación, el examen OSCE (Objective Structures Clinical Examination) o ECOE (Examen clínico objetivo estructurado) en donde la utilización de los Pacientes estandarizados es el eje fundamental del desarrollo del examen. Este sistema de evaluación ya está incorporado a los exámenes nacionales de Canadá y EEUU y desde el 2004 al National Board Medical Exam. Es un sistema de evaluación de las competencias clínicas en que estas, especialmente las actitudes y habilidades se evalúan de forma planificada y estructurada con la atención puesta en la objetividad del examen. Múltiples publicaciones han demostrado la adecuación de las valoraciones obtenidas con dicho examen.

El examinando se enfrenta a diferentes situaciones de práctica clínica en una secuencia lineal, de forma sucesiva y con criterios de evaluación prefijados por los profesores en función de los objetivos propuestos. Todos los estudiantes realizan las mismas estaciones.

La organización y el desarrollo del examen OSCE se realiza en diversas etapas en las que participan los profesores y los responsables de la selección y entrenamiento de los pacientes. En un primer momento, se realiza el diseño de los casos de forma realista y programada con objetivos evaluadores y la selección y entrenamiento de los pacientes, preparación de material para talleres de habilidades, maniquíes, etc. Se



definen también las planillas de evaluación que se utilizarán durante el desarrollo de la OSCE.

Los PE's y el examen OSCE ha demostrado ser un sistema de evaluación válido y fiable. Es capaz de evaluar un amplio rango de habilidades clínicas de forma objetiva y en gran número y además permite proporcionar un "feed-back" a los alumnos e igualmente a los profesores respecto al aprendizaje de los alumnos. Igualmente permite adaptarse a diferentes niveles de dificultad y asegura una evaluación clínica a los estudiantes.

Como desventajas exigen una organización y costes y desde luego los pacientes estandarizados no sustituyen a un paciente real pero en el año 2001 se introdujeron en el pregrado de la Facultad de Medicina de Albacete los exámenes OSCE's en todos los cursos clínicos de 3º a 6º.



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE**
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
[**http://www.ehu.es/SEMDE**](http://www.ehu.es/SEMDE)

AHOZKO KOMUNIKAZIOA / COMUNICACIONES LIBRES



11. “APRENDER INVESTIGANDO”. UNA EXPERIENCIA FORMATIVA EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

Vaquero, A* Lorenzo de, E**, Carmona, A.

*Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

**Servicio Vasco de Salud/Osakidetza

RESUMEN

La profesión enfermera requiere de una formación que por encima de los aprendizajes instrumentales se oriente a desarrollar aspectos afectivos, humanistas y relacionales e incorpore metodologías educativas que ayuden a pensar críticamente, a trabajar en equipo y a investigar. Este planteamiento de la formación hace necesario diseñar, implementar y evaluar estrategias formativas que asuman este horizonte.

Este estudio se ha iniciado con el propósito final de desarrollar principios teóricos y procedimientos prácticos que nos permitan sistematizar estrategias formativas que centradas en la investigación articulen la teoría y la práctica e integren una perspectiva comunicativa y cooperativa. El objetivo del trabajo que aquí se presenta tiene un carácter exploratorio y ha pretendido examinar y valorar, desde la perspectiva del alumnado participante, una estrategia formativa desplegada en la escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz durante el curso 2003-2004 dentro del módulo de investigación de la Licenciatura Europea de Enfermería. Se ha llevado a cabo desde una óptica cualitativa constituyendo el “Grupo de discusión” la técnica de recogida de información y el “Análisis de contenido” el procedimiento para acceder a la interpretación. Los resultados muestran la inseguridad y dudas que provoca la estrategia formativa debido a la falta de recursos cognitivos, procedimentales y actitudinales en este tipo de dinámica de aprendizaje que se aleja de la rutina habitual. Los participantes valoran positivamente el importante proceso de articulación de teoría y práctica desarrollado así como una serie de aprendizajes divergentes que tienen que ver con los diferentes elementos estructurales del proceso. A modo de conclusión se señala la importancia de crear contextos colaborativos y comunicativos para el desarrollo de procesos formativos que pretendan ir más allá de lo puramente instrumental así como la importancia de sistematizar procesos que ayuden a superar las dudas e inseguridades provocadas como consecuencia de una socialización tradicional de orientación técnica.

....



12. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN LABORATORIO DE HABILIDADES CENTRALIZADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Palés, J.; Gomar, C. y Grup d'Innovació Docent Consolidat de la Universitat de
Barcelona. (2006GIDC-UB/39).

Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Nuestra Facultad de Medicina ha definido las competencias a adquirir por sus estudiantes durante los estudios de grado y ha evaluado en qué medida son adquiridas, detectándose déficits en habilidades clínicas y procedimientos prácticos. Para mejorar su aprendizaje, la Facultad ha desarrollado por primera vez un laboratorio centralizado de habilidades. Se describe su proceso de implementación.

MATERIALES Y MÉTODOS

50 estudiantes y 20 profesores han participado en el proyecto. Se han programado en el laboratorio 12 talleres dedicados a las principales habilidades y procedimientos clínicos básicos que fueron diseñados con el suficiente detalle que permitiera a otros profesores implementarlos y a los estudiantes repetirlos de forma individualizada y autónoma. Los estudiantes, distribuidos en grupos de 10-15, asistían durante 2 horas a cada taller, dirigido por uno o dos profesores. Posteriormente, los estudiantes disponían de tiempo libre para seguir practicando de forma autónoma cada uno de los contenidos del taller. El aprovechamiento de los estudiantes y la labor del profesorado fueron evaluados utilizando diferentes listas de comprobación (*check-lists*). Asimismo, se pidió la opinión de los estudiantes y de los profesores sobre la utilidad del laboratorio mediante encuestas específicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los estudiantes y los profesores expresan un alto grado de aceptación del laboratorio, considerado como un excelente instrumento para incrementar la competencia en habilidades clínicas. Sin embargo, expresan la necesidad de extender la accesibilidad del laboratorio a todos los alumnos y profesores. Los profesores de las diferentes disciplinas deben identificar todas las habilidades que pueden ser enseñadas en el contexto del laboratorio. La Facultad de Medicina debe continuar invirtiendo recursos para mejorar las prestaciones y la accesibilidad del laboratorio.

Proyecto desarrollado en parte con un Ajut per a la millora de la qualitat a les universitats catalanes. Generalitat Catalunya (2006MQD00006).



13. APLICACIÓN DEL CRÉDITO EUROPEO EN LA ENSEÑANZA DE ANATOMÍA HUMANA

Bidaurrezaga, A; Sarria, R; Gerrikagoitia, I.

Departamento de Neurociencias. Universidad del país Vasco/ Euskal Herriko
Unibertsitatea (UPV/EHU)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En el marco del la aplicación de los créditos ECTS en la UPV/EHU, hemos participado en los programas AICRE y SICRE de preparación y aplicación práctica del nuevo sistema europeo de créditos en el campo de la Anatomía Humana.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:

Elaboración de un protocolo de plan docente, perfilando las competencias (transversales y específicas), la metodología para la adquisición de esas competencias y la evaluación de las mismas.

En función de los criterios del ECTS se han calculado las horas de estudio y trabajo de los alumnos teniendo en cuenta:

- Horas de estudio
- Trabajos en grupo
- Elaboración de cuadernos de prácticas
- Asistencia a las prácticas
- Asistencia a conferencias

Hemos cambiado también la evaluación que además de los exámenes tipo test y oral, valora la calidad de los trabajos realizados.

Se ha realizado una encuesta sobre las novedades aplicadas en el curso 2005/6, como son:

- Cuadernos de prácticas: problemas, dibujos y casos clínicos
- Presentaciones orales: temas, duración y sesiones clínicas
- Seminarios realizados: conferenciantes, frecuencia y adecuación de los temas.

Se les ha preguntado también su opinión respecto a la nueva metodología.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se ha mejorado el rendimiento de los alumnos y la participación de los alumnos ha sido satisfactoria en las diferentes actividades propuestas.. La elaboración del plan docente en función del crédito europeo nos ha hecho reflexionar sobre la metodología docente que hasta ahora hemos practicado- La aplicación satisfactoria de las nuevas metodologías necesitaría grupos de alumnos más pequeños, nuevas clases y materiales docentes, así como horarios diferentes,... La gestión de estos cambios choca con la inercia tanto institucional como por parte del alumnado.



14. RECURSOS DOCENTES PARA AYUDAR AL TUTOR DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Romero Sánchez, BE*.; Sánchez Marín, FJ**

*Facultad de Educación. Universidad de Murcia.

**Dirección General de Calidad Asistencia, Formación e Investigación Sanitaria.
Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje de los especialistas sanitarios en la formación postgrada (MIR) se produce, fundamentalmente, mediante la práctica supervisada, junto a un tutor “experto”. Sin embargo, dedicar parte del esfuerzo personal a formar nuevos profesionales requiere más habilidades y aptitudes que las de ser un buen clínico. Es, por tanto, necesario que los tutores sean apoyados con medidas complementarias de formación de formadores destinadas a mantener y mejorar su competencia docente.

OBJETIVO

Diseñar e implementar una serie de instrumentos didácticos orientados a la mejora de la evaluación formativa de los residentes y a facilitar la labor de los tutores en este sentido.

METODOLOGÍA

El curso de “Metodología Docente” y las Jornadas de Tutores (ediciones 2004, 2005 y 2006) del Programa de Formación Continuada de la Unidad Docente de mfyc¹ de Murcia han servido como espacio para que un grupo formado por 32 tutores, 2 pedagogos y el Coordinador de la U.D. participasen, mediante la realización de distintos talleres y trabajos en pequeño y gran grupo, en la elaboración de dicho material.

RESULTADOS²

El diseño, la edición y la difusión de una serie compuesta por tres recursos docentes: el primero, destinado a analizar las fortalezas y debilidades del residente durante su proceso formativo; el segundo, orientado a valorar las expectativas entre residente y

¹ MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria.

² Nota: Los resultados que se exponen son fruto de un proyecto de investigación desarrollado entre el 16 de julio de 2004 y el 16 de julio de 2007 al amparo del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), financiado por el Instituto de Salud Carlos III – Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).



tutor durante el período de residencia y el tercero y último, creado para facilitar la programación de la labor docente del tutor.

DISCUSIÓN

Resulta necesario conocer las capacidades y necesidades del residente y del tutor para elaborar un plan de formación que responda a los verdaderos intereses de ambos. Este trabajo permite responder a la necesidad de herramientas que faciliten la labor docente en ese sentido. La metodología utilizada supone una oportunidad de colaboración que recoge asuntos que los propios tutores reconocen como importantes.



15. LOS VALORES EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Sánchez Marín, FJ*; Romero Sánchez, BE**; Molina Durán, F*.

*Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria.
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

**Dpto. De Teoría e Historia de la Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El marco actual de la Educación Médica, en pleno proceso de convergencia europea, apuesta por una *formación en competencias profesionales*. En concreto, competencias técnicas (*el saber*), competencias metodológicas (*el saber hacer*), competencias participativas (*el saber estar*) y competencias personales (*el saber ser*). Siendo esta última el fundamento básico de la formación, ya que contempla *actitudes y valores* que rigen la conducta personal y, por ende, la acción educativa. La *educación en valores* responde a una necesidad que implica asumir una tendencia *humanizadora* de la Educación Médica, más acorde con las características del contexto sociosanitario actual. Por esto, pretendemos aportar un marco teórico de referencia que inspire acciones formativas en valores, en el marco de la educación Médica, a partir de una investigación en la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (mfyc).

OBJETIVOS

1. Clarificar qué son los *valores docentes*, en qué consisten y cuáles son sus *características*.
2. Determinar cuáles son los *valores básicos e irrenunciables* al inicio del proceso de formación de mfyc.
3. Establecer y definir las *dimensiones e indicadores* que constituyen y desarrollan cada valor identificado.

METODOLOGÍA

Participan Médicos Tutores, Residentes y Enfermeras colaboradoras docentes del Programa MIR de mfyc de la Región de Murcia, España. El método utilizado fue la *Búsqueda bibliográfica sistemática*, el Trabajo en grupo multidisciplinar, mediante la técnica de la *Lluvia de Ideas Estructurada* y el *Asesoramiento experto*.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se han definido los valores, básicamente, como “*conjunto de creencias que rigen la conducta*”. Sus características básicas se establecen en términos de aparente



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

paradoja entre *objetividad – subjetividad, estabilidad – cambio, universalidad – relatividad*. Además implica la *realidad, cotidianeidad y necesidad* del valor.

Cuatro serían los valores básicos, identificados como relevantes, al inicio del proceso de la tutoría: *el Respeto, la Confianza, la Responsabilidad y el Diálogo*.

Cada uno de ellos comprende dimensiones, aspectos e indicadores que actúan como principios operativos para la labor de transmisión – aprehensión de los mismos.



16. ESTUDIO SOBRE LAS ESTRATEGIAS DOCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL ALUMNO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

Pérez de la Cruz, M.A., Méndez Pachón, C., Sánchez-Ledesma, M.J., López Sosa, C.
Juanes Méndez, J.A. y Peñasco, Y.
Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los cambios hacia los nuevos métodos docentes requieren una adaptación coherente, progresiva y fundamentada en el conocimiento de la situación actual de partida.

OBJETIVOS

Con esta premisa, en 86 alumnos de 5º y 6º de medicina de la Universidad de Salamanca, se realizó un estudio descriptivo basado en un cuestionario que recogía aspectos de metodología docente con especial relevancia en cuestiones relacionadas con las tutorías universitarias y los seminarios clínicos, ya que constituyen estrategias fundamentales a desarrollar en la docencia universitaria.

RESULTADOS

Tan sólo un 15% de los alumnos señalan la definición acertada de un seminario. Asimismo la gran mayoría asignan una definición errónea en el caso de las tutorías. Un 62,8% y un 38,4%, respectivamente, le adjudican una definición conceptual que no le corresponde tanto al seminario como a la tutoría. Un 81,1%, defiende la necesidad de las clases magistrales y en este sentido, un 66,7% manifiesta que no se deberían eliminar a favor de la actividad en seminarios y tutorías. Sin embargo, encuentran necesario mejorar esas mismas clases aumentando la utilización tanto de recursos visuales como audiovisuales. Por otra parte, se muestra su disconformidad con los trabajos realizados en equipo, como muestra el hecho de que un 47,6% opina que estas tareas podrían haber sido sustituidas por otras más útiles. Además se muestran insatisfechos con la enseñanza que reciben en las clases prácticas. Así un 92,9% reclaman un mayor contacto con la práctica clínica y un 59,3% afirma que no le han permitido adquirir las habilidades requeridas para ser un buen profesional.

DISCUSIÓN

Se evidencia la necesidad de emplear estrategias con una finalidad eminentemente práctica, de mayor acercamiento al problema clínico y al paciente. Se observa además que seminarios y tutorías no responden a su objetivo metodológico.



17. EL TRABAJO PERSONALIZADO DEL ALUMNO FRENTE A LOS NUEVOS PARADIGMAS DOCENTES. UN ESTUDIO EN LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

Méndez Pachón, C., Sánchez-Ledesma, M.J.,
López Sosa, C., Pérez de la Cruz, M.A., Hernández Galilea, E. Peñasco, Y.
Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El modelo educativo que define el Espacio Europeo de Educación Superior, al que deberemos incorporarnos antes de 2010, se centra en el aprendizaje autogestionado por el alumno y tutorizado por el profesor.

OBJETIVOS

Aproximarnos al valor real que tiene actualmente el trabajo personal de los alumnos de Medicina, así como la importancia que el propio alumno le concede a un mayor desarrollo del aprendizaje dirigido.

METODOLOGÍA

Alumnos de 5º y 6º de medicina de la Universidad de Salamanca, cumplimentaron un cuestionario anónimo que contemplaba aspectos como el tiempo empleado en preparar clases, acceso a los servicios bibliográficos, utilidad de los trabajos personales sobre un tema, valoración del material complementario y otras cuestiones que se analizaron estadísticamente.

RESULTADOS

Entre los resultados destacamos que más de la mitad de los alumnos ni preparan ni organizan previamente sus clases; tan sólo un 34,5% considera útil el trabajo personalizado sobre un tema, en este sentido llama la atención la indefinición de un 30%. El manejo de la red de forma general (tutorías online, plataformas educativas, foros...) como apoyo a la preparación personal de los temas del programa es excepcional (menos de un 15% de los alumnos). Solamente un 8% maneja frecuentemente los servicios bibliográficos mientras que el resto lo hace de forma muy ocasional. Los apuntes son la herramienta de estudio por excelencia aunque un 70,9% resuelve las dudas surgidas en los libros. Es excepcional recurrir al profesor. En cuanto a la preparación de los exámenes, más de un 30% emplea exclusivamente los apuntes.

DISCUSIÓN

Es necesaria una renovación profunda que afecta no sólo al profesorado sino también a los planteamientos y a la mentalidad de nuestros propios alumnos, actualmente muy lejos de las exigencias en cuanto a trabajo personal que definen las nuevas metodologías.



18. ¿INCERTIDUMBRE EN LA EVALUACIÓN?: UNA PROPUESTA DIALÓGICA

Martinez de Albeniz Arriaran, M; Basurto Hoyuelos, S; Ulibarri Ochoa, A; Fernández de Gamboa, I.
Escuela Universitaria de Enfermería de Osakidetza de Vitoria/Gasteiz. UPV/EHU

RESUMEN

Esta comunicación pretende ser un elemento generador de diálogo, en la comunidad científica enfermera, con relación a la complejidad e incertidumbre que genera la evaluación; planteando, desde nuestra experiencia, una propuesta dialógica para su operativización.

Toda práctica social institucionalizada, como es la de la enseñanza de enfermería, tiene lugar en espacios comunicativos en los que las interpretaciones de la realidad son múltiples y a menudo conflictivas, donde los trasfondos sociohistóricos, cargados de valores, intereses e intenciones, saturan la práctica educativa con indeterminación y ambigüedad. Entendemos que no es adecuado eliminar esta incertidumbre con la aplicación de presupuestos generados por un pensamiento lineal, racional, so pena de distorsionar, hipersimplificando, la propia realidad, compleja y multidimensional.

Desde esta visión se entiende que el conocimiento no es uno, sino que se genera desde la negociación de los significados, desde la capacidad humana para analizar y valorar críticamente sus propias experiencias, desvelando los significados incrustados en su práctica, ofreciéndolos a los otros desde una perspectiva de construcción colectiva. La pedagogía del cuidado, desde esta perspectiva, está sustentada en procesos reflexivos, críticos y transformadores que precisan de un elemento articulador del aprendizaje, que sea puente entre sujeto y objeto, individuos y contexto, mente y cuerpo, educando y educador, sujeto y grupo. Este elemento es el diálogo.

Dentro del proceso educativo, la evaluación constituye una temática polémica y llena de incertidumbre debido a las implicaciones educativas que presenta. Desde una perspectiva crítica y comunicativa, la evaluación es un elemento clave en el proceso de aprendizaje, convirtiéndose en dialógica desde el momento en que se basa en el establecimiento de un diálogo igualitario entre los elementos que la conforman, fundamentado en una concepción de igualdad en la diferencia. Esta mirada evaluativa implica un proceso dinámico, ajustado a la realidad de las personas que participan en el mismo y que desde la reflexión y el contraste de las situaciones educativas que emergen a lo largo del proceso se comprometen en la mejora.

La evaluación comprometida en los procesos de avance, implica, elementos consustanciales a esta mirada, tales como:

- Reflexión sobre los significados incrustados en la práctica, problematizándola, con el propósito de plantearse opciones de mejora en la actividad cuidadora desde el yo, los otros y las instituciones.
- Evaluación procesual del aprendizaje, disminuyendo la preponderancia de la evaluación puntual final.



- Actividad planificada, abierta, flexible y sujeta a evaluación, en la que participan todos los actores implicados (triangulación), en una relación de igualdad y corresponsabilidad.
- Un diálogo en el que se busca el consenso y acuerdo entre los implicados (alumno/a, unidad/centro de prácticas y profesor/a de la EUE), en una situación igualitaria basada en la calidad de los argumentos y no en las relaciones de poder (horizontalidad).
- Una concepción individualizada del aprendizaje, que implica un aprendizaje significativo y autodirigido, en el que el alumno/a incorpora los elementos construidos en otros contextos (previos), se pregunta qué necesita aprender, cómo va a aprender, qué recursos y/o apoyos necesita para ello y cómo va a demostrar lo aprendido.
- Constituye aprendizaje colaborativo, realizado entre iguales, en el que “yo me abro al aprendizaje del otro y oferto mi propia construcción como elemento reconstructor del aprendizaje del otro”.

Este proceso de desarrollo competencial se construye a través de encuentros que abarcan desde la evaluación inicial pasando por la evaluación continua hasta llegar a la evaluación final, durante los que se contempla una secuencia metódica con tres momentos clave: exploración de la experiencia, asignar significado a la experiencia y reinterpretar la realidad en clave de cambio y se operativiza a través de instrumentos educativos tales como: tutorías individualizadas y grupales; diario reflexivo; estudio de casos; e, inmersión junto al otro en la práctica clínica para problematizar y reconstruir el conocimiento tras la experiencia vivida (reflexión en y sobre la acción).

Para finalizar, adjuntamos unas palabras de Freire muy representativas para nosotras “Quien juzga lo que hago es mi práctica, pero mi práctica teóricamente iluminada, el evaluar la práctica lleva al reforzamiento teórico, evaluar la teoría a la luz de la práctica la contrasta y la dignifica, ambas se necesitan y su diálogo emerge como consustancial a los procesos de mejora, a la mejor oferta de atención”.



19. ENCUESTA DE OPINIÓN EFECTUADA A LOS ALUMNOS SOBRE LAS GUÍAS DE TRABAJOS PRÁCTICOS UTILIZADAS EN FISIOLOGÍA

Viglione P.N., Pinto J.E.

Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Argentina.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las guías de trabajos prácticos de la asignatura Fisiología son utilizadas como herramientas curriculares que pretenden inducir en el alumno la realización de actividades que favorezcan el aprendizaje significativo. El contenido de las mismas incluye: **a)** Practicas de laboratorio (microhematocrito, eritrosedimentacion, etc); **b)** Métodos multimediales (Programas AXOVACS; NEURON, etc); **c)** Realización de experiencias practicas (Electrocardiograma, electroencefalograma, etc.), **d)** Resolución de problemas; **e)** Ejercicios de autoevaluación.

OBJETIVOS

Conocer la percepción del alumnado del curso anual de Fisiología acerca de la utilidad de los contenidos y forma de implementación de las guías de trabajos prácticos elaboradas por los docentes de la asignatura a fin de evaluar y mejorar esta metodología.

METODOLOGÍA

Fue aplicada una encuesta estructurada a los alumnos de la cohorte 2005 (n = 92) requiriéndoles la opinión acerca de: **1)** organización de los contenidos; **2)** claridad de las consignas y abordaje propuesto; **3)** utilidad de las practicas realizadas; **4)** factibilidad y cumplimiento de las actividades previstas; **5)** rol de los docentes involucrados en las tareas a desarrollar; **6)** tiempo dedicado a las guías en relación a otras actividades; **7)** empleo como herramienta de aprendizaje y evaluación

RESULTADOS

Se constató un alto grado de satisfacción en relación a la organización de los contenidos así como al escalonamiento secuencial de las actividades planteadas. También manifestaron su conformidad en cuanto al uso como elemento de consolidación del aprendizaje teórico de la asignatura y las consideraron como una alternativa complementaria de interacción dinámica con los docentes responsables. La mayoría señaló como debilidad el limitado tiempo efectivo contemplado para las tareas pautadas.

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta permitieron evidenciar un alto nivel de interés del alumnado por las guías utilizadas. Se requiere optimizar el tiempo de aplicación e incorporar actividades prácticas para ciertos temas teóricos del curso no contemplados actualmente en las mismas.



20. REALIZACIÓN DE UN PÓSTER COMO TAREA DIDÁCTICA EN LA DOCENCIA DE BIOLOGÍA CELULAR EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA.

Andollo, N; Cañavate, ML; Alvarez, A ; Boyano, MD; García de Galdeano, A.
Departamento de Biología Celular e Histología; Facultad de Medicina y Odontología
(Leioa). Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

RESUMEN

Previo diseño de la tarea, los alumnos de 1º de Medicina han realizado dos póster durante el curso: uno de integración de una estructura con su función celular (núcleo y su expresión génica) y el segundo de integración de conceptos de aprendizaje (tipos de células diferenciadas, morfología y función). Esta tarea nos ha permitido valorar competencias diversas como el análisis, interpretación y descripción de un proceso biológico, así como la capacidad de organización, comunicación oral y trabajo en equipo. Finalmente la propia tarea ha sido evaluada por los alumnos como método de aprendizaje en Biología.



21. EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LA DOCENCIA DE PRIMER CURSO DE MEDICINA: VALORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

García de Galdeano, A, Andollo, N; Cañavate, ML; Alvarez, A; Boyado, MD.
Universidad del País Vasco

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La asignatura de Biología Celular de 1º de Medicina ha sido una de las incluidas en el programa SICRE (seguimiento a la implantación del crédito europeo) por lo que durante el curso 2005-2006 se han realizado nuevas tareas para trabajar nuevas competencias y se ha modificado el sistema de evaluación. Estos cambios han sido evaluados al final del curso mediante un cuestionario al alumnado.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la segunda quincena de mayo, los alumnos de primero de medicina del grupo de euskera ($n = 87$) completaron una encuesta elaborada por el Vicerrectorado de Innovación Docente y suministrada al profesorado del programa SICRE. La encuesta consistía en 24 ítems de respuesta cerrada que recababan información sobre competencias, tareas, evaluación. Los resultados se procesaron mediante SPSS, obteniéndose las frecuencias y otros estadísticos descriptivos.

RESULTADOS

Los alumnos aceptan bastante bien las competencias propuestas (76%), perciben claramente el cambio metodológico realizado (“el profesor ha trabajado las competencias que ha propuesto”, 98%, “hemos realizado nuevos tipos de tareas, distintos a los habituales”, 92%) y se quejan de falta de tiempo para realizar las tareas (72%). Consideran que este sistema ha obligado a un trato más directo y personal con el profesor (78%) y que les hace trabajar más (82%). En cuanto a la evaluación, el 81% opina que ha sido clara y el 65% que ha sido justa; además el 78% considera que los instrumentos de evaluación han sido adecuados. Finalmente, aunque más del 50% considera que aprenden más (SI, 55%, NO 41%) y mejor (SI, 51%, NO, 44%) prefieren la organización habitual (54%).

DISCUSIÓN

Estos resultados indican que, aunque los aspectos parciales de la nueva organización son en general bien valorados, un alto porcentaje de alumnos la rechaza, quizás en parte por la sobrecarga de trabajo que les ha supuesto.



22. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS EN UN COLECTIVO DE LICENCIADOS EN MEDICINA

Sharluyan, A*; Morán, J**

***Sº de Pediatría y **Unidad Investigación y Docencia. Hospital de Cruces. Barakaldo
(Bizkaia)**

RESUMEN

OBJETIVO

Conocer las competencias¹ adquiridas en su Universidad por los Médicos Residentes de primer año incorporados al Hospital de Cruces en el año 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

A) Entrega de una encuesta* al residente el día de su recepción. B) Contenido: 7 capítulos competenciales (32 preguntas): 1) Valores Profesionales, Actitudes Comportamientos y Etica (VPACE), 2) Fundamentos Científicos de la Medicina (FCM), 3) Habilidades Clínicas (HCLIN), 4) Habilidades de Comunicación (HCOM), 5)Salud Pública y Sistemas de Salud (SPSS), 6) Manejo de la Información (MINF), 7) Análisis Crítico e Investigación (ACINV). C) Diseño de la pregunta (ejemplo): “Valore la competencia adquirida en: redactar historias clínicas.....”. D) Escala de respuesta: 0 (nada), 1 (poco), 2 (adecuado-bastante), 3 (mucha). Se analizan diferencias entre universidades y unidades docentes.

RESULTADOS

A) Respuestas: 70 (tasa 100%), 70% proceden de la Univ. País Vasco. B) Media (DS) en cada capítulo: VPACE 2.3 (0,4), FCM 2 (0,46), HCLIN 1,58 (0,57), HCOM 2 (0,57), SPSS 1,32 (0,53), : (MINF) 1.46 (0,57), (ACINV) 1,6 (0,55).

CONCLUSIONES

1^a. Los capítulos de VPCAE, FCM y HCOM son los mejor valorados 2^a. Escasas habilidades clínicas básicas, 3^a El déficit de competencias en SPSS; MINF, ANCINV exige a nuestra organización el desarrollo de un programa complementario al de su propia especialidad.

¹ Modificada de: Libro Blanco Titulación Medicina CNDecanos 2005 y Global Minimum Essential Requirements in Medical Education: Educación Médica 2003; Vol 6, Supl 2



23. LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD; UN PAPEL EN LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Muñoz-Juárez MJ, Juanes B, Tamargo M, Blanco E, Sanchez de Puerta MD.
Fundación de Ciencias de la Salud

RESUMEN

La **Fundación de Ciencias de la Salud** (FCS) es una institución privada sin ánimo de lucro, creada el año 1991 con el objetivo de ser espacio y lugar de encuentro de los distintos sectores sociales involucrados en el mundo de la sanidad: el Estado, la sociedad civil y las empresas privadas.

En los años transcurridos desde su inicio, la FCS ha intentado cumplir con este objetivo organizando seminarios, cursos, conferencias, grupos de deliberación y debates sobre temas muy diversos. Se han creado diversos cursos en materias como: Bioética, Comunicación y Salud (tanto con los pacientes como entre profesionales sanitarios), drogodependencias, salud pública, etc...

La FCS, dispone de materiales propios y de herramientas importadas de universidades americanas para facilitar la docencia y el aprendizaje.

A través de una comunicación breve, nos gustaría realizar una exposición de los siguientes materiales:

- Programa Pirámyde: Programa informático de razonamiento médico y de evaluación del aprendizaje. Destinado a la adquisición de habilidades para tareas diagnósticas y terapéuticas que permite evaluar la actuación de cada alumno, y del grupo.
- Programas de Comunicación y Salud: Aspectos generales, introductorio, y más específico para el Ámbito Hospitalario. Consta de material audiovisual con vídeos facilitadores, casos clínicos...
- Programas de Bioética: destinado a todos los profesionales sanitarios, consta de material audiovisual con vídeos facilitadores, casos clínicos...

Se resumirán también los trámites para su adquisición o utilización en caso de que alguno de los asistentes estuviera interesado.

Todos estos cursos están disponibles para impartirlos en formato a distancia y semi-presencial. Constituyen un material interesante para ser utilizado en la docencia en cualquiera de estas áreas.



24. "DE LA OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA A LA ELABORACIÓN DE UN INFORME REFLEXIVO"

Barrena Alonso, A*; Iglesias Losada, J**, San Emeterio Martínez, E.***

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

* Residente de primer año. ** Tutor *** Coordinadora

RESUMEN

En la presentación del programa anual de la Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia para residentes de primer año se planteó como tarea, realizar un método de aprendizaje basado en la observación y construcción de 5 "Fichas-Caso" y la elaboración posterior de un "Informe". Una pedagoga y la coordinadora expusieron el método y la dinámica de trabajo; en una jornada de revisión, a mitad del proceso, se nos dieron instrucciones más precisas y el resultado fue un último informe en el que, con la ayuda del tutor, recogí aprendizajes significativos para un residente en torno a una patología prevalente en Atención Primaria: las lumbalgias.

Desarrollo del proceso: En las fichas recogí 4 casos de pacientes con lumbalgia que acudieron a nuestra consulta: su motivo de consulta-demanda, anamnesis, exploración, aspectos relevantes.... Posteriormente en la biblioteca del Centro y con Internet, mi tutor y yo ampliamos y analizamos la información sobre esta patología. En el Informe fui construyendo, siguiendo los apartados y frases introductorias que nos dieron en la U.D., un relato en el que se incluían datos objetivos de prevalencias junto a aspectos más subjetivos de lo que sugerían mis pacientes y su forma de presentar la lumbalgia, pautas de tratamiento con su nivel de evidencia simultaneadas con actuaciones profesionales y muy específicas de mi tutor en el manejo de un caso con significativos aspectos psico-sociales.

El resultado final fue un documento que recoge mi proceso de aprendizaje de una patología desde mis pacientes a través de una herramienta que me obligó a observar, ampliar y analizar información y finalmente reflexionar sobre los aspectos más significativos para mí tanto en el presente como probablemente en el futuro.

En resumen, este método

- Aporta una herramienta que te facilita la observación y el aprendizaje a través de los pacientes, los medios de consulta y del tutor.
- Resulta más enriquecedor con las aportaciones del tutor y su experiencia profesional.
- Favorece que aprendizajes realizados se interiorizan mejor.
- Requiere una gran motivación de los docentes por la innovación que supone en nuestra vida académica y profesional.
- Se ve condicionado por el escaso hábito de escritura y elaboración de informes durante nuestra vida académica.
- Se resiente la sobrecarga de tareas que supone recoger datos durante la observación de pacientes, ampliar la información y dedicarle tiempo a la elaboración del informe acorde a las pautas de la U.D.



25. SEMINARIO VIRTUAL DE BIOÉTICA. UNA EXPERIENCIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UPV-EHU

Ruiz Larrea, D, Marijuan Angulo M.

Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Universidad del País Vasco
(UPV-EHU)

RESUMEN

La presente experiencia presenta cómo se realizó un cambio en la forma de impartir un seminario de Bioética, no sólo en el planteamiento pedagógico, centrado en el aprendizaje activo, más acorde con las necesidades de la sociedad actual, sino también en la modalidad de educación a distancia. Más allá de los resultados obtenidos, supuso una toma de conciencia y sensibilización del valor de las TIC en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El diseño del nuevo seminario proponía la realización del mismo a distancia a través de un espacio virtual de aprendizaje (EVA) con lo que se obtendrían una serie de beneficios desde el punto de vista del aprendizaje. Las TICs resultan un medio eficaz para la introducción de pedagogías alternativas o estrategias innovadoras de enseñanza-aprendizaje. No se trataba pues de convertir el uso de las nuevas tecnologías en un fin en sí mismo, sino de utilizarlo como herramienta que facilitara un cambio del modelo expositivo a otro basado en el constructivismo y el aprendizaje activo. El seminario fue diseñado, para los alumnos de 6º curso de Medicina de la Universidad del País Vasco.

La experiencia resultó muy enriquecedora tanto para las profesoras, como para las alumnas.

1. Permite presentar el material didáctico de calidad a través del *campus* virtual aprovechándose mejor el tiempo del alumno y el que invierte el profesor en tareas expositivas, pudiéndose dedicar así más tiempo a la práctica.
2. Es posible el seguimiento del curso a distancia por parte de alumnos alejados geográficamente o con dificultad para el desplazamiento. La movilidad estudiantil y la apertura que diversifica la procedencia de los alumnos, es ya un hecho, y deben poder plantearse soluciones personalizadas desde la propia aula.
3. Puede plantearse esta misma actividad en formato semi-presencial con una proporción presencialidad/virtualidad variable según las necesidades, pero siempre conservando ese carácter práctico, de transferencia de conocimientos y de innovación educativa que motive al alumno.

Más allá de los resultados del seminario en sí, la experiencia resultó un proceso de sensibilización del valor de las TICs como medio educativo, descubrimiento de su versatilidad e infinitas posibilidades, así como de concienciación de la importancia de contar con una buena base y planificación pedagógica para lograr una educación plena, tanto en aspectos cognoscitivos, prácticos o actitudinales.



**26. FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA:
FORMAR EN COMPETENCIAS PARA INCIDIR EN EL PERFIL DEL
PROFESIONAL QUE NECESITA LA SOCIEDAD Y
LA SANIDAD DEL SIGLO XXI**

Fonseca, M (m.fonseca@ehu.es); Ruiz de Gauna, P (pilar.ruizdegauna@ehu.es)
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Universidad el País Vasco / EHU

RESUMEN

La formación especializada es uno de los grandes logros de la Sanidad de nuestro país en los últimos 40 años. El momento actual es un momento de cambio, revisión, y esperemos que transformación, que lo hacen idóneo para reflexionar sobre que tipo de especialistas estamos formando y qué necesita la sociedad de sus profesionales en estos tiempos.

En este trabajo pretenderemos dar alguna pista en cuestiones importantes en la formación médica especializada. En el cambio para formar profesionales críticos y reflexivos debemos de considerar diferentes aspectos como: qué perfil profesional queremos; cómo se pone en práctica un proceso de formación basado en competencias, cuales son las claves sociales para el cambio y, sin olvidar el espacio europeo de libre movilidad, competitividad y mercado.

Analizaremos que es lo que estamos haciendo y lo que deberíamos hacer para formar a especialistas competentes que, tienen conocimiento, práctica y actitudes adecuadas para que al desarrollar su profesión, contribuyan a mejorar la sociedad que les rodea. Para ello, incidiremos en el enfoque educativo por el que deberíamos optar para lograr el perfil profesional propuesto; cómo evaluamos si se han alcanzados los objetivos propuestos y, con que estrategias metodológicas trabajaremos y que actividades propondremos para lograrlo.

Así mismo, remarcaremos que las instituciones y centros privados deben identificar claramente qué competencias necesitan los médicos en relación a su puesto de trabajo, y que serán demandadas a sus profesionales para mejorar éstos su desempeño profesional. Pero a la vez, estas instituciones (o empresas) han de poner en marcha procesos de formación que potencien el desarrollo de estas competencias.



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE**
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
[**http://www.ehu.es/SEMDE**](http://www.ehu.es/SEMDE)

ANEXO



SEMINARIO VIRTUAL DE BIOÉTICA. UNA EXPERIENCIA DE EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE LA UPV/EHU

Dolores Ruiz Larrea (dolores_ruiz@ehu.es)
Mabel Marijuán Angulo (mabel.marijuan@ehu.es)
Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Facultad de Medicina.
Universidad del País Vasco (UPV-EHU)

INTRODUCCIÓN

A pesar de la importancia de los aspectos éticos de la profesión médica, la Bioética ocupa un espacio minoritario en el currículum de la carrera de Medicina: los alumnos llegan a los últimos cursos de la carrera sin apenas conocimientos teóricos. En la actualidad esta disciplina se imparte tan sólo como una sección de la asignatura de Medicina Legal y Toxicología de sexto curso y optativa cuatrimestral de quinto.

El diseño del nuevo seminario proponía la realización del mismo a distancia a través de un espacio virtual de aprendizaje (EVA) con lo que se obtendrían una serie de beneficios desde el punto de vista del aprendizaje.

En primer lugar las TICs resultan un medio eficaz para la introducción de pedagogías alternativas o estrategias novedosas de enseñanza-aprendizaje. No se trataba pues de convertir el uso de las nuevas tecnologías en un fin en sí mismo, sino de utilizarlo como herramienta que facilitara un cambio del modelo expositivo a otro basado en el constructivismo y el aprendizaje activo.

El uso de nuevas tecnologías de la información y comunicación permitiría, en fin, dar un enfoque novedoso y distinto a la enseñanza de Bioética, un cambio de paradigma en el que prime el trabajo activo y la participación del alumno, centrando las actividades didácticas en casos prácticos sin descuidar la fundamentación.

La utilización de un espacio virtual de aprendizaje permitiría una extensión del aula convencional no sólo en el aspecto temporo-espacial, sino también en el de recursos y el cognitivo [1]. (Tabla 1).

Actuación docente	Presencial	Virtual
Presentación de la información	Oral, efímera Visual (diapositivas) Secuencial, limitada por el tiempo y medios	Escrita, permanente Gráfica, lecturas, multimedia A demanda, detallada y explícita
Actividades e interacción	Oral Momento de clase o tutorías	Escrita (reflexión) Dilatada en el tiempo Asíncronía → estudio, consulta
Seguimiento y evaluación	Participación oral en clase Trabajos entregados	Registro de participaciones Registro de asistencia Todo el proceso de elaboración del trabajo

Tabla 1: Diferencias entre enseñanza presencial y virtual



Presentación de la información. En la clase presencial la exposición de la información es oral, secuencial, apoyada con alguna presentación de diapositivas. Esto implica muchas limitaciones. En primer lugar al no ser registrada sólo acceden a ella quienes han estado en clase, y no puede ser repasada fuera de ella (esto supone que si se han cometido errores en la exposición no pueden ser corregidos si han pasado desapercibidos al profesor). Además la actitud del alumno es pasiva o moviliza actividades cognitivas de bajo perfil (escuchar, copiar). Por otra parte la utilización de materiales complementarios (lecturas, presentaciones) está limitada por el tiempo de clase y por los medios tecnológicos de la misma, ya que no siempre las aulas están dotadas de ordenador, pantalla, conexión a Internet etc. y, aunque lo tuvieran, el alumno no puede inspeccionarlo con tranquilidad. El aula virtual solucionaría estos problemas ya que la información se presenta escrita, permanece en el tiempo, puede complementarse con presentaciones y otras lecturas o recursos, se disponen al alcance del alumno y éste los visualiza en el momento que los necesita, respetándose su ritmo de aprendizaje (exposición “a demanda”).

Actividades e interacción. En el entorno presencial los debates o actividades (la resolución del caso) sólo se dan en los momentos de clase, y de forma oral mientras que en el entorno virtual se pueden prolongar en el tiempo, lo que constitúa una de las deficiencias educativas planteadas. La comunicación se realiza de forma escrita, lo que favorece la reflexión y participación [2], ya que al ser asíncrona permite al alumno compaginar la consulta y estudio del material didáctico dándole seguridad en sus intervenciones. Igualmente la resolución de dudas no se limita a las horas de tutorías presenciales sino que puede ser más personalizada y en el momento en que se produce.

Seguimiento y evaluación. En el modelo presencial es difícil llevar un control riguroso de la presencia de los alumnos en clase, de las participaciones orales y del proceso de realización de los trabajos ya que, al ser reducido el tiempo de clase, éstos se realizan principalmente fuera de ella. Por tanto la evaluación se realiza casi exclusivamente por la valoración de los trabajos entregados. Los espacios virtuales proporcionan herramientas que permiten un control de la asistencia, y la participación que, al ser escrita, queda registrada. También puede valorarse el proceso completo de los trabajos en grupo si se habilitan espacios para ello.

Por tanto, realizar el seminario a distancia, a través de un EVA permitiría solucionar algunos de los problemas detectados en el modelo clásico presencial y aportaría valor añadido en el uso de herramientas informáticas tan necesario en la Sociedad de la Información.

MATERIAL Y MÉTODOS

El seminario fue diseñado, para los alumnos de 6º curso de Medicina de la Universidad del País Vasco. Se calculó que su número medio aproximado sería de unos 145 alumnos provenientes de tres campus geográficamente separados (Bizkaia, Araba y Guipuzkoa) y cuatro unidades docentes distintas (Cruces, Basurto, Txagorritxu y Donostia)

Sin embargo al tratarse de una prueba piloto previa a su generalización, se consideró conveniente, y prudente ponerla en práctica con los alumnos matriculados en la asignatura optativa de Bioética (estimado en un 10% del total) y con su previa



aceptación. Esto facilitaría la participación pues se presupone un nivel de motivación mayor.

Finalmente resultó un grupo de tan sólo cinco alumnas, cuatro de ellas de San Sebastián y una quinta que siguió el seminario desde Burdeos.

En el diseño pedagógico del seminario se tuvo en cuenta una serie de características bastante comunes a los estudiantes de medicina. En general han adquirido muchos conocimientos teóricos poco organizados y han hecho algunas prácticas clínicas relacionadas con cada materia, pero sin relación entre ellas. Acumulan conocimientos dispersos y experiencias inconexas. Encuentran carencias formativas, cuyas causas se deberían a [3]:

- enseñanza totalmente formal y excesivamente teorizada
- muy escasa integración básico – clínica
- carencia de recursos educacionales como: bibliotecas, laboratorios, salas de discusión, computadoras, etc.
- ausencia de enseñanza formal de la ética
- plan de estudios rígido y extremadamente "escolar".

Consideran su formación excesivamente pasiva y poco relacionada con la práctica real y están ávidos de experiencias clínicas que les sirvan de entrenamiento para su futuro profesional. Sin embargo son a su vez reacios al cambio y a asumir un papel activo en su aprendizaje. Esto puede deberse a un exceso de carga lectiva.

La posibilidad de acceso a Internet era el aspecto más dudoso de la puesta en práctica del seminario. Dos de las alumnas disponían de conexión en su domicilio, otras dos lo hacían desde las salas de ordenadores de la facultad y una quinta acudía a "cibercafés".

Estas diferencias tuvieron claro reflejo en los resultados finales del seminario ya que la participación fue abrumadoramente superior en quienes disponían de acceso propio. Para el resto, seguir el seminario supuso un esfuerzo extra, que desde aquí agradecemos, y dificultó el seguimiento del trabajo en grupo, en concreto la alumna situada en Francia tuvo que "descolgarse" del trabajo a mitad del curso pese a su buen nivel de participación inicial. Si embargo el medio permitió adaptar la evaluación a sus circunstancias, haciendo un trabajo individual, con seguimiento personalizado y evitar que perdiera el curso.

OBJETIVOS

Los objetivos que guiaron el diseño de este seminario fueron los siguientes:

1. Ofrecer al alumno un programa de Bioética coherente, flexible y atractivo, aprovechando al máximo el tiempo de que se dispone para impartir la asignatura.
2. Que la Bioética sea percibida por el alumno como una herramienta práctica y útil para su futura vida profesional.
3. Que el aprendizaje de la materia se realice por parte del alumno de una forma activa, participativa y colaboradora.



4. Aprovechar las ventajas de las TICs para que el alumno adquiera habilidades de debate/diálogo y reflexión/deliberación, base de la resolución de conflictos morales y la formación bioética.
5. Concienciar al alumno de que las TICs serán herramientas imprescindibles para su futura formación profesional en general y bioética en particular.

Sin embargo, en la puesta en marcha del seminario subyacían otros objetivos externos al propio seminario, podríamos decir que se trataban de metaobjetivos, orientados a formar al profesorado que imparte la asignatura y que eran los que, sin descuidar la formación de las alumnas, centraron el interés de esta prueba piloto:

6. Mostrar las posibilidades que ofrecen las TICs en la enseñanza para que sean los propios profesores quienes, en un futuro, propongan otros usos adaptados a sus necesidades.
7. Introducir al profesorado en el uso educativo de las TICs y las herramientas más comunes.
8. Dar relevancia la faceta de medio de comunicación interpersonal de las TICs frente a la de mero soporte de información, ya que de ello dependía, como se verá más adelante, una buena formación bioética.

MARCO TEÓRICO

Las deficiencias de la formación estaban claras y se habían marcado unos objetivos de mejora. Faltaba definir un marco que contestara a las siguientes preguntas:

9. ¿Cómo lograr una buena formación bioética?: enfoque socrático
10. ¿Qué modelo educativo es el más idóneo?: Socioconstructivismo
11. ¿Cómo ponerlo en práctica?: diseño pedagógico

FORMACIÓN BIOÉTICA.

En su experiencia como formador de Bioética, Diego Gracia diferencia dos tipos de enfoques a la hora de abordar la educación: el pedagógico y, el socrático [4].

El **enfoque pedagógico** es el que estudia el proceso de enseñanza desde el punto de vista de del diseño, puesta en marcha y evaluación de toda la actuación, de acuerdo con los principios establecidos por la Pedagogía. Basándose en ese enfoque se establecen los objetivos (conocimientos, habilidades, actitudes), programa, se seleccionan medios y materiales didácticos, se realizan procedimientos de evaluación.

El **enfoque socrático** implica conseguir una transformación profunda del discente a través de la cual adquiera una perspectiva más global y abierta en el abordaje de los problemas e incluso una orientación de la vida, por lo menos la profesional. Según este enfoque, el fin último de la formación bioética debería ser conseguir lo que Karl Jaspers¹ denomina **conversión existencial** que sólo tiene lugar cuando nos topamos con lo “abarcante”, es decir, la realidad inabarcable, la trascendencia. Para este autor, todo proceso educativo que no aspire a esta conversión se halla petrificado, muerto.

¹JASPERS, Karl. *La fe filosófica ante la revelación*. Madrid, Gredos, 1968.



La estrategia didáctica necesaria para conseguir ese enfoque socrático incluiría entre otros aspectos:

- trabajar con grupos muy pequeños
- absolutamente interactivos y participativos
- con un estilo de enseñanza más práctico que teórico
- con discusión continua de todo lo expuesto
- utilizando el debate como método
- durante períodos de tiempo muy prolongados

Estas características son compatibles con la educación a distancia actual que, como se ha visto, puede aportar recursos añadidos a los del aula.

Existe una idea bastante generalizada de que la “frialdad” de las relaciones telemáticas impide la formación en valores y por tanto, la formación bioética en su vertiente mayéutica, sigue necesitando de la interacción cara a cara, la relación física del grupo humano, y la complementación de la enseñanza a distancia con encuentros periódicos [5].

Quienes tienen experiencia en educación a distancia saben que esta idea no se sustenta sino en el desconocimiento ya que la formación y transmisión de valores es posible puesto que la asunción de los nuevos roles de la interacción y educación mediante TIC implica la adquisición y refuerzo de valores como el respeto, solidaridad, colaboración, diálogo, responsabilidad y por lo tanto maduración personal [6]. Poner en práctica esta realidad era un reto personal de quien diseñó el seminario.

Una de las principales aplicaciones a la enseñanza de estos principios es el **aprendizaje colaborativo** cuya premisa básica es la construcción del consenso a través de la cooperación lo que implica:

- respeto a las habilidades y contribuciones individuales
- responsabilidad distribuida
- autoridad compartida.

DISEÑO PEDAGÓGICO

La “virtualización” del seminario trataba de convertir la enseñanza-aprendizaje de la asignatura en **eminentemente práctica**, que motivara a los alumnos permitiéndoles descubrir la utilidad de la Bioética para la profesión médica.

Entre otras características debía predominar la actividad de los alumnos frente a la del profesor, tener carácter socializador, aproximar la teoría a la práctica entrelazando ambas, cubrir objetivos transversales (relación con otras asignaturas), propiciar actividades cognitivas de alto perfil cognitivo, desarrollar actitudes y habilidades de comunicación (dialécticas o escritas como redacción de informes) muy útiles para profesionales de la salud [7].

Partiendo del debate como principal herramienta de formación en bioética, el uso de TICs, podría facilitar y propiciar el uso de ésta técnica de una forma más eficaz que dedicándole una hora de clase presencial.



La teoría

La parte teórica se proporcionó en forma de material escrito estructurado en cinco unidades didácticas:

- UD1: Origen y desarrollo de la Bioética.
- UD2: Método de la bioética.
- UD3: Comités de ética.
- UD4: Consentimiento informado.
- UD5: Final de la vida: voluntades anticipadas.

La presentación de forma estructurada del contenido de aprendizaje permitiría al alumno llegar a la comprensión de forma deductiva: de lo general a lo particular, relacionarlo de forma no arbitraria y sustancial con su propia estructura cognoscitiva y facilitar el **aprendizaje por recepción**, según la teoría de la **asimilación cognoscitiva** de Ausubel.

Se cuidó la presentación del material dotándolo de esquemas, objetivos, ejemplos de actualidad, referentes históricos o gráficos que sirvieran de organizadores y andamiaje de lo aprendido. El EVA permitió además proporcionar lecturas complementarias y presentaciones contribuyeran a la comprensión.

La práctica

La parte central del seminario lo constituía la actividad práctica. Esta consistía en el estudio de *un caso ético real* poniendo en práctica el método de Diego Gracia de resolución de conflictos tal como lo hacen los comités de ética asistencial (CEAs) en nuestro entorno [8].

Pero para resolver la actividad sería necesario adquirir los conocimientos básicos presentados en el material de estudio, a los que el alumno debería llegar por **descubrimiento guiado**. Según esta teoría de Bruner el aprendizaje debe ser **inductivo**, de lo particular a lo general, de los hechos a las teorías, por eso se da gran importancia a la experimentación directa sobre la realidad (más que las explicaciones del profesor) que conducirá a la comprensión de la estructura por **penetración comprensiva**.

Para ello se estructuró la realización de la actividad en pasos bien diferenciados, que, de forma secuencial, remitirán a la unidad didáctica correspondiente, completando todo el temario (ver Ilustración 1):



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE**
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua

Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>

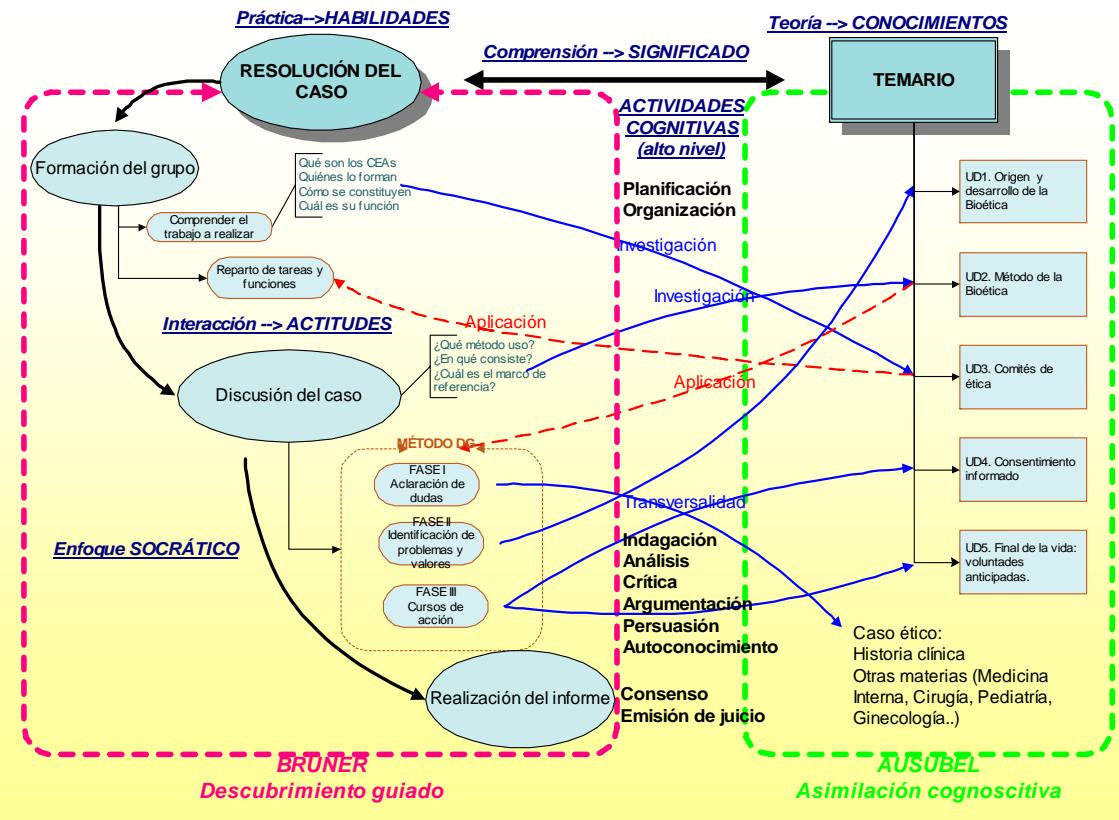


Ilustración 1: Diseño pedagógico

1. Organización del grupo: el alumno debe informarse sobre todo lo relacionado con lo CEA's y por tanto estudiar la UD3 y sus lecturas complementarias. Para ello debe realizar tareas de investigación, información y documentación respondiendo a las preguntas planteadas. Al mismo tiempo inicia las primeras interacciones de grupo realizando actividades de trabajo colaborador y socialización (planificación, organización, consenso etc). Recogida la información necesaria los alumnos deben aplicar lo aprendido y realizar el primer reparto de tareas. Estas actividades implican formación actitudinal.
2. Discusión del caso. Esta parte moviliza habilidades cognitivas del más alto nivel. El alumno debe dominar esta metodología específica y por tanto profundizar en el estudio de la UD2 para después ponerlo en práctica en el estudio del caso. Este método consta a su vez de varias fases.
 - a. Fase I, aclaración de dudas: relacionada con la historia clínica del paciente y por tanto incluye un componente de transversalidad. Dependiendo del caso seleccionado, los alumnos tienen la oportunidad de repasar conocimientos de otras materias como Medicina Interna, Ginecología, Pediatría etc.
 - b. Fase II, identificación de problemas y valores. Obliga a la consulta de las unidades de fundamentación (UD1), consentimiento informado (UD4) y voluntades anticipadas (UD5) completando todo el programa.



- c. Fase III, cursos de acción. Se entra de lleno en el debate poniendo en marcha habilidades cognitivas como el análisis, crítica, razonamiento, argumentación, persuasión. Tiene un alto componente socrático por cuanto el contraste de pareceres, el descubrimiento de otras perspectivas, contribuye al autoconocimiento.
- 3. Realización del informe. Requiere actividades cognitivas de consenso o emisión de juicios y habilidades prácticas de redacción, resumen, síntesis etc. para la realización del informe final.

De esta forma teoría y práctica quedaban íntimamente relacionadas cerrando el círculo de la comprensión significativa de los conocimientos adquiridos. La resolución del caso y la realización del informe desarrollarían las habilidades prácticas, al tiempo que el trabajo en grupo y el debate dotarían la experiencia del enfoque socrático deseado.

En definitiva, en el diseño del seminario se intentó que la realización de la práctica abarcara todos los conocimientos básicos de la materia y al tiempo sirviera para la formación íntegra de los futuros médicos dotándola de un alto componente de transferencia de los aprendizajes adquiridos en todos sus aspectos: conocimientos, habilidades y actitudes-valores.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El seminario fue tutorizado por dos profesoras que actuaron de forma coordinada y conjunta: una como responsable del diseño y la parte técnica del seminario y otra especialista en la materia.

Establecer la nueva función del profesorado resultó la parte más novedosa del seminario. Existe la tendencia de intentar de "clonar" la experiencia presencial a la virtual, saliendo esta última mal parada en la comparación. Se trató de evitar esto partiendo del reconocimiento de que se tratan de dos modalidades de educación distintas.

DIÁLOGO DIDÁCTICO MEDIADO

La educación a distancia tiene características particulares por lo que el seminario requería unos fundamentos propios, de ahí que se considerara la **teoría del diálogo didáctico mediado** (DDM) como la más adecuada para lograr los fines propuestos.

Según esta teoría la educación a distancia se define como "un diálogo didáctico mediado entre profesor (institución) y estudiante que, ubicado en un espacio diferente de aquél, aprende de forma independiente (cooperativa)" [9].

La formación de una **comunidad de aprendizaje** que refuerce la motivación y la ayuda en el estudio, está convirtiéndose en una de las principales características de la enseñanza a distancia actual gracias a los avances de las tecnologías de la comunicación que han propiciado un aumento significativo de la **interactividad**.

En esta experiencia se intentó por todos los medios (telefónico, tablón del profesor, correo, foros...) reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo mediante mensajes de presentación, ánimo, recuperación de alumnos etc, con el único fin de incrementar el intercambio dialógico.



ESTRATEGIAS DE TUTORIZACIÓN

A partir de esta teoría el profesor dejaba de ser el elemento central del aprendizaje para pasar a un segundo plano y dar protagonismo a los alumnos. Ya no era el punto focal de la interacción sino facilitador, orientador de procesos [10].

La función de guía no recaía únicamente en el profesor, sino que tanto el material como el entorno virtual, debían conducir al alumno hacia el logro de sus objetivos. El profesor debía actuar como **coordinador de todos los elementos** del curso para que cada uno cumpliera su cometido: contenidos, materiales complementarios, foros, correo... todo debía funcionar correctamente y estar disponible en el momento adecuado. Nada (o poco) había de dejarse a la improvisación ya que la educación a distancia presenta más dificultades para la rectificación inmediata. Se procuró evitar errores e incoherencias entre los distintos recursos, los materiales, los tecnológicos y humanos.

Esto supuso un trabajo de planificación previa de los procesos, de coordinación y comunicación continua entre las profesoras responsables. Se delimitaron las funciones (una como responsable de los aspectos técnicos y otra especialista en la materia) e incluso se repartieron papeles (“poli bueno-poli malo”) intentando combinar flexibilidad con responsabilidad en el cumplimiento de las tareas, siempre en aras a conseguir los objetivos de aprendizaje.

LA ACTIVIDAD DIDÁCTICA: BIOÉTICA WEBQUEST

Puesto que la actividad práctica iba a ser el eje vertebrador de todo el seminario, se puso especial énfasis en su presentación. Debía ser una actividad grupal, que diera relevancia al enfoque socrático y que cumpliera los siguientes requisitos:

- Motivadora y atractiva que pusiera al alumno como protagonista ante una situación de conflicto.
- Que requiriera trabajo en colaboración para reforzar en enfoque socrático.
- Generadora de debate y así movilizar actividades cognitivas de alto nivel.
- Autenticidad: reforzadora de la motivación al responder a intereses del alumno y servir de entrenamiento de actividades profesionales futuras.
- Que pudiera realizarse a través del EVA.

Esto hizo tomar la decisión de presentarla en forma de *webquest* al considerar que cumplía los cuatro filtros de las *webquest* [11,12].

Las *wequests* (WQ) son una nueva forma de enseñar en el aula utilizando los recursos de las nuevas tecnologías de la información y comunicación ideada por Bernie Dodge y Tom March, basada en teorías socioconstructivistas del aprendizaje [13]. Se definen como “*una actividad de búsqueda guiada con recursos Internet, que tiene en cuenta el tiempo del alumno. Es un trabajo colaborativo del cual cada persona se hace responsable de una parte. Obliga a la utilización de habilidades cognitivas de alto nivel y da prioridad a la transformación de la información*

” [14].

La realización de la WQ supuso un gran esfuerzo de selección del material, especificación de pasos a seguir, concreción de calendario, explicitación de evaluación etc. Fue estructurada en los principales apartados que caracterizan estas actividades, cada uno con su función [15]:



- Introducción: motivación, relaciona los intereses del alumno
- Tarea: autenticidad, da importancia a la transformación de la información
- Proceso: andamiaje para la realización de la tarea, especificación de los pasos a seguir dando relevancia al trabajo colaborativo
- Evaluación: precisión y detalle.
- Conclusión: resumen de lo logrado y estímulo para continuar el aprendizaje.
- Orientaciones: objetivos, guía, temporización.
- Recursos.

No se trata de detallar aquí lo que significó el proceso de su creación, pero si de resaltar que se puso el mayor esfuerzo en dotarla de “alma”, tal como la define Novelino [16]: que posea una armonía de sus partes, no sólo en el sentido estético sino también educacional, con un lenguaje que conquiste al lector, que favorezca el conocimiento, que abarque el ámbito de los valores y, sobre todo, que permita percibir la adhesión de sus autores a los principios sobre los que educa.

CAMPUS VIRTUAL*

El campus virtual de la UPV-EHU que se utilizó constaba de las herramientas que consideran básicas [17,18]:

1. Herramientas de **comunicación**: correo electrónico personal, tablón del profesor, foro de alumnos y posibilidad de abrir otros foros temáticos y salas de charla síncrona. Esta última herramienta se utilizó en combinación con una de las tutorías presenciales (con la participación de una profesora desde un ordenador remoto) y resultó clave para lograr la participación inicial de las alumnas en los foros.
2. Herramientas para gestión y administración de **materiales** de aprendizaje: espacio para la guía del curso (Guía Didáctica), contenidos (Material Didáctico) y una Biblioteca para material complementario.
3. Herramientas para gestión y administración de **alumnos**: el profesor podía abrir foros, mandar mensajes al tablón, poner a disposición exámenes o actividades a través del Despacho del Profesor (ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia**). Sin embargo esta herramienta de gestión de alumnos resultó poco fiable para el control de acceso lo que supuso un grave problema en el momento que disminuía la participación pues no había forma de conocer las causas. Paradójicamente fueron las profesoras quienes sintieron en un primer momento “la soledad de los medios” al no obtener respuestas ni la participación de las alumnas deseada.

* El campus virtual, con la guía, contenidos, material complementario y WbQuest pueden visitarse como alumno invitado en la URL: <http://cv.ehu.es> (usuario: cviinbia, clave: bioetica),



The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer window with the title 'Login - Microsoft Internet Explorer'. The main content area displays a course page for 'Estudios' (Studies) in a virtual learning environment. The page includes a sidebar with links for 'Presentación', 'Estudios', 'Comunidad', 'Preferencias', 'Email', and a 'Foro de Alumnos'. The main content area shows the course title 'Estudios', the assignment 'Portada de la Asignatura', and a description of the activity 'Descripción de la actividad'. The activity details are: 'Actividades: BIOÉTICA WEBQUEST' and 'Descripción: Esta actividad va a consistir en la resolución de un caso ético real, tal como se hace en los CEA. Debéis realizarla en grupo. La lista de grupos puede consultarse en el enlace Grupos de trabajo. Toda la información para la realización de esta actividad se encuentra en [Bioética WebQuest](#)'. The status bar at the bottom indicates 'Actividad: BIOÉTICA WEBQUEST' and 'Internet'.

Ilustración 2: Campus virtual

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La experiencia resultó muy enriquecedora tanto para las profesoras, como para las alumnas.

Debido al escaso número de alumnas participantes (5 de las que 4 contestaron a la encuesta) los resultados obtenidos de las respuestas de la encuesta de opinión no tienen valor estadístico, sin embargo de las contestaciones a las preguntas de respuesta libre se podrán sacar interesantes consecuencias que ayudarán a mejorar y cambiar estrategias en futuras ediciones.

Se destacan aquí dos claras conclusiones que se consideran importantes:

- 1 La valoración que las alumnas hacen de la enseñanza virtual, así como su participación, está en clara relación con la facilidad de acceso al campus virtual. Por tanto para seguir un seminario de estas características resulta decisivo poder disponer de conexión a Internet en el domicilio o lugar de estudio. La dotación de ordenadores de la universidad resulta insuficiente.
- 2 La falta de costumbre de comunicación a través de estos medios (foros, correo electrónico, chats) dificulta este tipo de iniciativas desviando la labor del profesor hacia la de "animador" más que la de formador. Es el precio a pagar



por tratarse de experiencias pioneras pero sería deseable que en un futuro los profesores pudieran centrarse en su tarea formativa.

Sin embargo estas afirmaciones no invalidan el diseño del seminario que tiene unas claras ventajas:

- 1 Permite presentar el material didáctico a través del *campus* virtual aprovechándose mejor el tiempo del alumno y el que invierte el profesor en tareas expositivas, pudiéndose dedicar así más tiempo a la práctica.
- 2 Es posible el seguimiento del curso a distancia por parte de alumnos alejados geográficamente o con dificultad para el desplazamiento. La movilidad estudiantil y la apertura que diversifica la procedencia de los alumnos, es ya un hecho, y deben poder plantearse soluciones personalizadas desde la propia aula.
- 3 Puede plantearse esta misma actividad en formato semi-presencial con una proporción presencialidad/virtualidad variable según las necesidades, pero siempre conservando ese carácter práctico, de transferencia de conocimientos y de innovación educativa que motive al alumno.

Más allá de los resultados del seminario en sí, la experiencia resultó un proceso de sensibilización del valor de las TICs como medio educativo, de descubrimiento de su versatilidad e infinitas posibilidades así como de concienciación de la importancia de contar con una buena base y planificación pedagógica para lograr una educación plena, tanto en aspectos cognoscitivos, prácticos o actitudinales.

La planificación, el desarrollo de los temas, la preparación de la bibliografía adecuada, la respuesta a las dudas, etc. son tareas bien conocidas por el docente. Las competencias de comunicación, sin embargo, difieren sustancialmente y deben ser exploradas sin preconcepciones y con imaginación.

Desde el punto de vista particular de la Bioética, quedó patente que la educación integral, que incluya los valores, es posible con la ayuda de las TICs, pero para ello se hace imprescindible lograr una buena comunicación e interacción entre profesores y alumnos, y de éstos entre si, a través de estos recursos. Tanto en su faceta de educación a distancia, como de complemento de la enseñanza presencial, las TICs deben ser instrumento que sirva para potenciar y dar relevancia al debate como estrategia principal de la formación Bioética.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BARBERÀ, Elena. (2004). *La educación en la red. Actividades de enseñanza y aprendizaje*. Paidós. Barcelona, 2004.
- 2 ELLENCHILD Pinch, Winifred J., Graves, Janet K. (2000). *Using web-based discussion as a teaching strategy: bioethics as an exemplar*. Journal of Advanced Nursing, Sep 2000, Vol. 32 Issue 3, p704.
- 3 A.E.M. (2001). *Declaración final del V Congreso de Estudiantes de Medicina*. Asociación de los Estudiantes de Medicina. Montevideo-Uruguay. Julio 2001. URL:
<http://www.fmed.edu.uy/autoridades/claustro/documentos/plan%20de%20estudios/declaracion%20final%20quinto%20congreso%20aem.doc>. [Citado el 19/10/2004].



- 4 GRACIA, Diego. (1998). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá 1998, pg 190-192.
- 5 SIMÓN Lorda, P. (coor.), grupo de trabajo. (1999). *La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España. Una propuesta organizativa*. Asociación Bioética Fundamental y Clínica. Madrid, 1999.
- 6 DUART, Josep M., Sangrà, Albert (comp.). (2000). *Aprender en la virtualidad*. Gedisa. Barcelona,
- 7 MANSO Martínez, José María. (2002). *Los seminarios*. Curso-taller de formación pedagógica inicial del profesorado universitario en Ciencias de la Salud. Leioa, 2002.
- 8 Comités de Ética Asistencial de la CAPV. Memoria manual 1992-1996.
- 9 GARCÍA Aretio, Lorenzo. (2002). *La educación a distancia. De la teoría a la práctica*. Ariel. Barcelona, 2002.
- 10 ORTIZ COLON, Ana.(2004). *Internet en el aula. La metodología del WebQuest en el aula*. Quaderns Digitals. Nº 33. Abril, 2004. URL: http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_527/a_7478/7478.htm. [Citado el 5/10/2004].
- 11 ADELL, Jordi. (2004). *Internet en el aula: las WebQuest*. Quaderns Digitals (<http://www.quadernsdigitals.net>). Nº 33. Abril, 2004. URL: http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_527/a_7370/7370.htm. [Citado el 05/10/2004].
- 12 BARBA, Carme. *El projecte de la WebQuest*. URL : <http://www.xtec.es/~cbarba1/Articles/projecteWQ.htm>. [Citado el 19/09/2004].
- 13 CAMPOS, Vicent. *Presentación Monográfico sobre las Webquest*. Quaderns Digitals (<http://www.quadernsdigitals.net>). Nº 33. Abril, 2004. URL: http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_527/a_7479/7479.htm. [Citado el 15/09/2004].
- 14 BARBA, Carme, y otros. *Guia didàctica WebQuest: primera part*. Comunitat catalana de WebQuest. URL: <http://www.xtec.es/%7Ecbarba1/Articles/GuiaDidactica%20primera%20part.htm>. [Citado el 26/9/2004].
- 15 DODGE, Bernie. (1997). *Some Thoughts About WebQuests*. URL: http://edweb.sdsu.edu/courses/edtec596/about_webquests.html. [Citado el 27/09/2004].
- 16 NOVELINO BARATO, Jarbas. (2004). *El alma de las WebQuest*. Quaderns Digitals. Nº 33. Abril, 2004. URL: http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_527/a_7360/7360.htm. [Citado el 05/10/2004]
- 17 ADELL, Jordi y otros. (2004). *Selección de un entorno virtual de enseñanza/aprendizaje de código fuente abierto para la Universitat Jaume I*. CENT, Tecnología Educativa, Universitat Jaume I. Valencia (<http://www.cent.uji.es>). Mayo, 2004. URL: http://cent.uji.es/doc/eveauji_es.pdf. [Citado el 1/10/2004].
- 18 CORREA, José Miguel y otros. *Teleformación e innovación en la universidad: una experiencia en el campus virtual de la UPV/EHU*. Centro Virtual Cervantes. 2000-04. URL: http://cvc.cervantes.es/obref/formacion_virtual/campus_virtual/correa.htm. [Citado el 22/10/2004].



FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA: FORMAR EN COMPETENCIAS PARA INCIDIR EN EL PERFIL DEL PROFESIONAL QUE NECESITA LA SOCIEDAD Y LA SANIDAD DEL SIGLO XXI

Montserrat Fonseca (m.fonseca@ehu.es) y Pilar Ruiz de Gauna
(pilar.ruizdegauna@ehu.es)

Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Universidad el País Vasco / EHU

La formación especializada es uno de los grandes logros de la Sanidad de nuestro país en los últimos 40 años. El momento actual es un momento de cambio, revisión, y esperemos que transformación, que lo hacen idóneo para reflexionar sobre que tipo de especialistas estamos formando y qué demanda la sociedad de sus profesionales.

Una formación amplia y esencial basada en valores éticos, hábitos y actitudes y que abarque aspectos humanísticos, científicos y tecnológicos; Un conocimiento y una práctica del método científico que esté unido a la gestión de la complejidad y de la incertidumbre; Manejo correcto del lenguaje científico, tecnológico e informático que facilite el aprendizaje autónomo; Buena experiencia en el campo de las relaciones interpersonales que de paso a la iniciativa y al trabajo en equipo, desarrollo de destrezas para los asuntos personales y para una eficaz participación democrática en la sociedad.

Así mismo, las instituciones y centros privados deben identificar claramente qué competencias necesitan los médicos en relación a su puesto de trabajo, y se las demandará a sus profesionales para mejorar éstos su desempeño profesional. Pero a la vez, han de poner en marcha procesos de formación que potencien el desarrollo de estas competencias, como: aprender a aprender y a anticipar y resolver problemas nuevos, a analizarlos de forma sistemática e idear soluciones alternativas; aprender a localizar la información pertinente y transformarla en conocimiento; aprender a pensar de forma interdisciplinaria o integradora para poder percibir todas las dimensiones de un problema.

COMPROMISO DE LAS INSTITUCIONES por una FORMACIÓN QUE POTENCIE:

- Una visión de la profesión que sobrepase el aula
- La convivencia entre las distintas culturas
- El aprendizaje a lo largo de la vida
- El uso de las tecnologías de la información y comunicación
- Autonomía y responsabilidad personal y profesional
- Una visión universalista
- El pensamiento creativo y solidario
- La curiosidad para de fundamentar su acción

En cuanto al PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

¿Qué fomentamos en la formación de residentes?:



Residentes pasivos, que no se responsabilizan de su proceso formativo. El conocimiento se ve como una construcción lineal, parcelado, sin asociación, no se pregunta por el por qué y para qué

En vez de formar profesionales que aprendan:

- Como una construcción compleja, en red
- Integrando conocimientos
- Se pregunta por el por qué y para qué
- Busca el sentido alo que aprende

En cuanto a LAS ACTITUDES

¿Cuáles se fomentan?

- La individualidad
- La competitividad desde lo que se tiene
- El no pensar en las consecuencias personales y sociales de las acciones
- Trabajar desde la seguridad

¿Cuáles se deberían fomentar?

- El trabajo en equipo
- La competitividad desde lo que uno es
- El pensar en las consecuencias sociales y personales de sus acciones
- Trabajar desde la incertidumbre

En cuanto al DESARROLLO DE CAPACIDADES

¿Qué se estimula?

- La memorización
- El razonamiento acrítico
- La actuación dirigida
- El trabajo individual

¿Qué se debería desarrollar?

- La argumentación
- El razonamiento crítico
- El autoaprendizaje
- El trabajo cooperativo

Enfoques educativos

¿Cómo debemos plantear la Formación Especializada para que ésta sea coherente con el perfil profesional que queremos potenciar?

En toda Acción docente debemos pensar que tiene un antes, un durante y un después (ver cuadro)



Formación en competencias

Se debe formar en competencias y evaluar las competencias en todos sus campos

Hay 3 Campos competenciales

12. Del conocimiento

 Recuerdo (nivel 1)

 Interpretar datos (nivel 2)

 Resolver problemas (nivel 3)

13. De las habilidades o destrezas: también con tres niveles.

 Imitar

 Controlar habilidad

 Practicar

14. De las actitudes:

 Receptividad

 Responder

 Interiorizar



Selección de la metodología docente

Qué competencias quiero desarrollar y con qué método docente voy a hacerlo

- Observación
- PBL
- Actividad práctica
- Autoaprendizaje

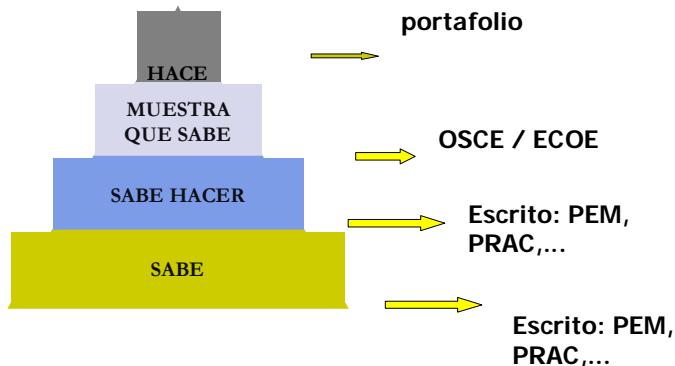
Portafolio/libro del residente/...

Evaluación de competencias

Y por último debemos de evaluar en competencias utilizando los instrumentos precisos para medir lo que queremos medir: el logro del desarrollo de competencias en nuestros profesionales en formación.



Competencias específicas de un área profesional



BIBLIOGRAFÍA:

- Libro Blanco de la Titulación de Medicina, accesibles su contenido en <http://aneca.es>
- LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003. B.O.E. nº 280/41442). Artículo 22.
- Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. Institute for International Medical Education Core Committee. Medical Teacher 24:130-135, 2002. Traducción al español en la revista Educación Médica, 6: 13-14 2003.
- Tutosaus JD, O'Connor C, Leo E, Díaz-O J, Gómez-B I, Cadet JM. La Guía de Formación de Especialistas debe renovarse. Educación Médica 2001; 4 (3): 60.ISSN 1575-1813, ISSN-Internet 1579-2099, DL B-46714-2002 ¹
- Guía de Formación de Especialistas. Consejo Nacional de Especialidades. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1996, 660 pp
- Días-Silva JJ, Castro-Beiras A. La evaluación en el proceso formativo de un especialista. Med Clin 1999; 113: 418-21.
- Miller, GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad. Med. 1992;65 Suppl., S63-S67



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

NOTAS



ÍNDICE DE AUTORES

- Alvarez, A, 47, 48
Andollo, N, 47, 48
Barrena Alonso, A, 52
Basurto Hoyuelos, S, 11, 44
Bidaurrazaga, 37
Blanco E, 50
Blasco, JA., 24
Boyano, MD, 47, 48
Cañavate, ML, 47, 48
Carmona, A., 11, 35
Fernández de Gamboa, I, 11, 44
Fonseca, M, 54
García de Galdeano, A, 47, 48
García Olmo, D., 33
Gerrikagoitia, I., 11, 37
Gomar, C., 36
Hernández Galilea, E., 11, 43
Iglesias Losada, J, 52
Juanes B, 13, 50
López Sosa, C., 11, 42, 43
Lorenzo de, E, 11, 35
Lourdes Sáez Méndez, L, 31
Manso, JM., 29
Marijuan Angulo M, 53
Martinez de Albeniz, 44
Méndez Pachón, C., 11, 42, 43
Molina Durán, F, 11, 40
Morán Barrios, JM., 30
Morán, J, 49
Muñoz-Juárez MJ, 13, 50
Oriol Bosch, A., 15
Palés, J., 36
Pardell, H., 22
Peñasco, Y., 11, 42, 43
Pérez de la Cruz, M.A., 11, 42, 43
Pinto J.E., 13, 46
Romero Sánchez, BE, 11, 38, 40
Ruiz de Gauna, P, 54
Ruiz Larrea, D, 53
San Emeterio Martínez, E, 28, 52
Sanchez de Puerta MD, 13, 50
Sánchez Marín, FJ, 11, 38, 40
Sánchez-Ledesma, M.J., 11, 42, 43
Sarria, R, 11, 37
Sharluyan, 49
Tamargo M, 13, 50
Trébol López, J., 33
Tutosaus, JD., 25
Ulibarri Ochoa, A, 11, 44
Vaquero, A, 11, 35
Vázquez Mata, G., 26
Viglione P.N., 46



**II CONGRESO de la
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.
EHME -ren; II. Kongresua
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006
<http://www.ehu.es/SEMDE>**

PATROCINADORES



Departamento de Sanidad/ Departamento de Educación,
Universidades e Investigación



Sociedad Española de Educación Médica



Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea
The University of the Basque Country



**Reunión reconocida de Interés Sanitario por el Departamento
de Sanidad del Gobierno Vasco**

**Sociedad de Educación Médica de Euskadi /
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntza Elkartea**

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Lersundi, 9. 5^a 48009-Bilbao (Bizkaia)

E-mail: onvsemde@lg.ehu.es - <http://www.ehu.es/SEMDE>

(c) SEMDE, 2006