



**I CONGRESO DE LA  
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE  
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea. EHME-ren  
I. KONGRESUA**



**“NUEVOS RETOS  
PARA LA FORMACIÓN MÉDICA”**

**III Simposium IberoAmericano  
Formación continua para docentes de áreas biomédicas  
Biomedikuntza eremuaren irakaslegoaren etengabeko prestakuntza  
Iberoamerikako III. Sinposium-a**

Palacio Miramar Jauregia  
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN  
2004KO EKAINAREN 22-25 JUNIO DE 2004  
<http://www.ehu.es/SEMDE>

## COMITE DE HONOR:

PRESIDENTE: EXCMO. SR. D. **JUAN JOSÉ IBARRETXE MARKUARTU**  
LEHENDAKARI DEL GOBIERNO VASCO,

MIEMBROS: EXCMO. SR. D. **GABRIEL M<sup>a</sup> INCLÁN IRIBAR**  
CONSEJERO DE SANIDAD

EXCMA. SRA. D<sup>ña</sup>. **ANJELES IZTUETA AZKUE**  
CONSEJERA DE EDUCACIÓN

MAGFCO. SR. D. **JUAN IGNACIO PEREZ IGLESIAS**  
RECTOR DE LA U.P.V.-E.H.U

EXCMO. SR. D. **ODÓN ELORZA GONZÁLEZ**  
ALCALDE DE DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

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 MEDICOS

ILMO. SR. D. **AGUSTÍN MARTÍNEZ IBARGÜEN**  
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

**PRESIDENTA DEL CONGRESO:** MONTSERRAT FONSECA ALFONSO

## COMITÉ ORGANIZADOR:

**Presidente:** J.V. Lafuente  
**Vocales:** J. Moran  
E. Hilario  
A. Álvarez  
D. Solano  
J. Pineda  
E. Arana  
**Secretario:** I. Gutiérrez-Ibarluzea

## COMITÉ CIENTÍFICO:

**Presidente:** M. Fonseca  
**Vocales:** P. Ruiz de Gauna  
J. Moran  
M.T. Alfonso Roca  
J.M. Manso  
J. Escanero  
J. Meana  
**Secretario:** I. Gutiérrez-Ibarluzea

## Sociedad de Educación Médica de Euskadi/Euskadiko Medikuntza-Hezkuntza Erakundea.

Facultad de Medicina y Odontología / Medikuntza eta  
Odontologia Fakultatea  
Universidad del País Vasco / Euskal Herriko  
Unibertsitatea  
Sarriena auzoa z.g. 48940-Leioa (Bizkaia)  
E-mail: [onpfoalm@lg.ehu.es](mailto:onpfoalm@lg.ehu.es) <http://www.ehu.es/SEMDE>  
Tel: 94 6012861

**Secretaría técnica:** Cursos de Verano de la UPV/EHU  
Donostia

(<http://www.sc.ehu.es/cursosverano>).

E-mail: [cursosverano@sc.ehu.es](mailto:cursosverano@sc.ehu.es)

**Idioma oficial:** castellano.

La **SOCIEDAD DE EDUCACIÓN MÉDICA DE EUSKADI (SEMDE)**, después de tres años de andadura, convoca su **I Congreso: “Nuevos retos para la Formación Médica”**, dirigido a todos los agentes implicados en las diferentes etapas de la formación médica: institucionales, sociales, académicos, clínicos,... Las reflexiones que se presentan en este encuentro tienen diferentes formatos: conferencias plenarias, ponencias y comunicaciones libres relacionadas con las distintas ponencias. La presentación de las comunicaciones libres podrá realizarse de forma oral o mediante panel.

El congreso, que se celebrará los días 23, 24 y 25 de Junio, está precedido por la realización de **4 talleres** simultáneos, eminentemente prácticos. Estos talleres se enmarcan dentro del **III Simposium Iberoamericano: “Procesos de Aprendizaje en Biomedicina”** que se celebra en los **Cursos de Verano** de San Sebastián.

**Cursos de Verano** nos brinda una oportunidad única y un marco incomparable para disfrutar debatiendo y poniendo en común nuestros intereses entorno a la educación médica. En la confianza de poder encontrarnos allí recibid un cordial saludo.

*¡Ya estamos aquí!*

En tus manos tienes el **programa final**, si lo lees con atención podrás observar que hay algunos pequeños cambios y ajustes respecto del programa inicial, pero sobretodo contiene información pormenorizada de la secuencia horaria de cada uno de los actos que se van a celebrar, te pedimos tu colaboración para contribuir a la fluida marcha del encuentro.

Si requieres alguno medio técnico para tu presentación comunícalo en la mesa de administración del congreso, en la pausa previa a cada sesión de comunicaciones deben quedar las presentaciones listas para agilizar el fluir de la sesión. En la sesión de posters se presentarán éstos y se debatirán durante 5 minutos cada uno delante de los mismos.

Bienvenidos a todos los que habéis podido acudir a esta primera cita y a aquellos que no están y este programa llega a sus manos emplazaros en la próxima reunión. Un saludo

**José-Vicente Lafuente**  
PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

## Actividades Pre-Congreso

Días 22 y 23

Talleres de 9.15 a 14 horas y de 9.15 a 13 horas (respectivamente)

Día 23

Conferencia-coloquio:

13:00 H .-

¿ES LA UNIVERSIDAD UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA REAL?.

Prof. D. I. SOTELO. *Uni. Libre de Berlín (Inst de America Latina). Berlín*

## I Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi Euskadiko Medikuntza Hezkuntza Erakundearen I. Kongresua

EKAINAK 23 DE JUNIO

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

17:00 h. **INAUGURAZIO OFIZIALA / INAUGURACIÓN OFICIAL**  
**(Erresumako Jantokia, Comedor Real - Palacio Miramar Jantokia)**

MAGFCO. SR. D. JUAN IGNACIO PÉREZ IGLESIAS  
RECTOR DE LA U.P.V./E.H.U.

EXCMO. SR. D. GABRIEL M.<sup>a</sup> INCLÁN IRIBAR  
CONSEJERO DE SANIDAD

EXCMA. SRA. D<sup>ña</sup>. ANJELES IZTUETA AZKUE  
CONSEJERA DE EDUCACIÓN

SRA. D<sup>ña</sup>. MONTSERRAT FONSECA ALFONSO  
PRESIDENTA DE LA SEMDE

SR. D. JOSÉ VICENTE LAFUENTE SÁNCHEZ  
PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

17:30 h. **Inaugurazioko Hitzaldia / Conferencia Inaugural:**  
**(Erresumako Jantokia, Comedor Real - Palacio Miramar Jantokia)**

“GLOBAL CHALLENGES IN MEDICAL EDUCATION”

Prof. D. CH. BOELEN.

*International Consultant in Health Systems and personnel*  
*Organización Mundial de la Salud OMS. Ginebra*

19:00 h. **Errezeptzioa / Recepción**







**HITZALDIAK ETA PONENTZIAK  
CONFERENCIAS Y PONENTIAS**



**DEFIS MONDIAUX pour l'ÉDUCATION MÉDICALE  
( Global Challenges in Medical Education )**

**Dr. Charles Boelen \***

*\*Consultant international en systèmes et personnels de santé. Ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la santé  
74140 Sciez-sur-Léman, France.  
Courriel : boelen.charles@worldonline.fr. Tél / Fax : +33 – 450 725 141*

- 1-L'éducation médicale peut être définie comme l'art et la science de préparer les futurs médecins à bien répondre aux besoins de santé des personnes et des communautés, ce qui suppose tout un dispositif de formation aussi performant que possible, mais aussi un devoir de comprendre et d'agir sur l'environnement dans lequel les médecins vont pratiquer.
- 2-Les programmes d'éducation médicale devraient être construits, organisés et évalués pour servir les valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité dans la santé .Ils devraient prendre comme référence le profil de médecin susceptible de jouer pleinement son rôle dans un système de santé fondé sur ces valeurs .
- 3- Cette disposition de l'éducation médicale pourra prendre tout son sens dans le cadre d'une **faculté de médecine** parfaitement consciente de ses responsabilités sociales et éthiques, et engagée dans un partenariat avec d'autres acteurs importants dans le domaine de la santé pour mieux agir sur les problèmes prioritaires de santé dans la communauté environnante ou la nation toute entière .
- 4- **L'histoire de l'éducation médicale moderne** peut être décrite en trois périodes distinctes .Une première période de planification par objectifs, inspirée par les méthodes de gestion qui se sont imposées dans les années 1950 . Une deuxième période caractérisée par une recherche de pertinence afin de produire un médecin en adéquation avec la situation sanitaire locale,avec la motivation d'identifier besoins qualitatifs et quantitatifs . Cette période apparaît dans la décennie 1970. Enfin, une troisième période caractérisée par la recherche d'impact de l'éducation médicale sur la santé des populations, entraînant une démarche tendant à transformer la faculté de médecine en un partenaire explicite du développement sanitaire.Sa manifestation est surtout devenue apparente à partir de la décennie 1990.Ces trois périodes mettant successivement l'emphase sur la gestion, la pertinence et l'impact se chevauchent actuellement. Bien que ces trois préoccupations de base co-existent à des degrés divers suivant les institutions, le souci de l'impact émerge progressivement comme étant essentiel. C'est là que résideront les principaux défis de l'éducation médicale .
- 5- **Les grands défis pour l'éducation médicale** sont ceux auxquels doivent faire face la faculté de médecine et toute institution de santé .Les principaux défis sont ceux de la performance, de l'approche systémique, de la transparence et de la globalisation.

**La performance** est appréciée par la capacité à satisfaire des critères de qualité. Ceux-ci sont relatifs à l'adéquation de l'éducation aux besoins de santé du pays et des citoyens, aux exigences éthiques, à la maîtrise de méthodes d'éducation reconnues

pour leur efficacité, à la vérification des compétences acquises et au souci d'assurer des conditions d'exercice des médecins formés en conformité à l'éducation qu'ils ont reçue .

**L'approche systémique** est caractérisée par la capacité de la faculté de médecine, dans sa fonction d'éducation, à comprendre et à influencer le contexte dans lequel les futurs diplômés vont fonctionner . La faculté, se sentant redevable devant la société des médecins qu'elle forme, analyse le système de santé et anticipe son évolution , et contribue ainsi à répondre à des problèmes tels que : l'intégration de la médecine et de la santé publique pour une population donnée, le travail en équipe inter-disciplinaire, la motivation et la rémunération.

**La transparence** conduira la faculté de médecine à rendre explicites ses objectifs d'éducation, de recherche et de dispensation de services, en regard des priorités locales et nationales, afin de permettre à chaque partenaire de la santé, y compris le public, à apprécier sa contribution à l'amélioration de la santé de la population et à développer une collaboration mutuellement productive. La transparence s'illustrera notamment par l'application de méthodes d'évaluation et d'accréditation .

**La globalisation** comprend à la fois des risques et des opportunités .L'échange intensif d'idées, d'expériences et de ressources humaines doit être l'occasion pour la faculté de médecine et l'éducation médicale de mieux remplir leur mission. Le risque d'une standardisation intempestive et d'une application inadaptée de méthodes au contexte local doit être compensé par l'émulation à définir des stratégies innovantes pour une contribution optimale à améliorer la performance du système national de santé et la santé des populations .

Une approche susceptible d'entraîner les facultés de médecine, et l'éducation médicale, à relever les défis futurs est proposée dans le document de l'OMS « **Vers l'Unité Pour la Santé** » ( « Towards Unity for Health » ou « Actuando unidos para la salud » ) .

Voir référence ci-dessous.

#### **QUELQUES RÉFÉRENCES UTILES .**

- 1- World Health Organization. Changing medical education: an agenda for action. WHO, Geneva, 1991 ( WHO/EDUC/91.200).
- 2- Organización Mundial de la Salud , Médicos para la salud Estrategia mundial de la OMS para reformar la enseñanza de la medicina y la práctica médica en pro de la salud para todos . OMS, Ginebra 1996 ( WHO/HRH/96.1 ) .
- 3- Boelen C, Heck J, Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2000 ( WHO/HRH/95.7) . *Egalement disponible en espagnol et en anglais .*
- 4- Gary N, Boelen C, Gastel B, Ayers W. Improving the social responsiveness of medical schools. Proceedings of the 1998 Educational Commission of Foreign Medical Graduates / World Health Organization invitational conference. Academic Medicine, 1999, 74 ( August Suppl.)
- 5- Boelen C , Actuando Unidos Para la Salud. Desafíos y oportunidades de las asociaciones en el desarrollo de la salud Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2001 ( WHO /EIP/OSD/2000.9).

## LA FORMACIÓN MÉDICA EN UNA SOCIEDAD GLOBALIZADA

Pilar Ruiz de Gauna

*Dpto. de teoría e Historia de la Educación  
UPV/EHU*

La globalización se erige como uno de los fenómenos más significativo de nuestros tiempos. Es un hecho, como señala, Bauman que no puede dar marcha atrás e indica una interdependencia mundial. ¿Qué significado tiene la globalización en el mundo?, ¿Qué tipo de situaciones y de valores se derivan de este fenómeno mundial?

Las reflexiones que nos suscitan estos interrogantes nos ayudan a identificar algunas de las situaciones que estamos viviendo (pobreza, individualismo, injusticia...), al tiempo que nos llevan a replantearnos el papel social de las universidades: ¿ Están contribuyendo con sus currícula a acentuar las injusticias sociales o están preparando a los futuros profesionales para afrontar los nuevos retos sociales manifestados en términos de igualdad, solidaridad, equidad...?

Pensar en la contribución de las universidades hacia el mundo nos hace preguntarnos: ¿Dónde quedan las cuestiones sociales en la formación médica? Organismos como la OMS, ya desde hace tiempo, están recomendando que dentro del ámbito de la enseñanza y del ejercicio de la medicina, se han de establecer medidas que estén orientadas hacia un desarrollo educativo cuyo resultado sea la prestación de una atención equitativa, eficaz y comprensiva a los pacientes, familias y comunidades en adecuación con las necesidades y valores de cada sociedad.

Vemos, pues, que en los últimos años y desde distintos frentes se está abogando por humanizar el mundo y porque los profesionales (médicos, enfermeras, docentes, abogados...) contribuyan a mejorarlo desde sus intervenciones. Son, por tanto, momentos en los que las instituciones de educación superior y los docentes universitarios hemos de reconocer la valía absoluta de las herramientas científicas y educativas haciéndolas funcionar como enlace entre el sujeto y el mundo, creando vínculos y no alimentando injusticias. Todo ello, como señala Morin para que cuando miremos el planeta desde la luna, admirando el hecho de que somos una pequeña parte del mismo, podamos estar orgullosos de no haber borrado los colores que tantas culturas dibujan.

En definitiva y a la luz de las reflexiones anteriores, concluimos que la formación médica ha de plantearse ciertos cambios si realmente quiere contribuir a paliar algunos de los déficits que se derivan de la globalización.

## FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Jon Zuazagoitia Nubla

*Dirección de Salud Pública  
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco*

### 1.- Introducción

Desde hace años existe una preocupación creciente entre los profesionales que desarrollan su labor en la atención primaria acerca de cómo trabajar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de una manera eficaz que suponga cambios significativos en las conductas de los usuarios y usuarias que acuden a la consulta. Esta preocupación es compartida por el Departamento de Sanidad y, específicamente, por la Dirección de Salud Pública, responsable de la promoción y educación para la salud de la Comunidad Autónoma.

Las actuaciones preventivas que llevan a cabo los profesionales de atención primaria en las consultas diarias de su centro de salud son cada vez más frecuentes. En muchos casos los profesionales se preguntan sobre los efectos que su consejo preventivo tiene sobre el cambio real de las conductas no saludables de sus pacientes. Se preguntan acerca de su capacidad para influir en dicho cambio. No pocas veces surge la pregunta “¿sirve de algo que yo le repita a este paciente que conviene que deje de fumar, o que le aconseje a esa madre que lleve a su hija siempre con el cinturón de seguridad abrochado cuando va en automóvil?”

Consciente de estas demandas, la Dirección de Salud Pública, con la inestimable colaboración de Osakidetza, lleva diez años ofertando formación para manejar el proceso del cambio de comportamiento de las personas hacia pautas de conducta más saludables en dos áreas especialmente significativas por su carga de morbilidad y mortalidad: el abordaje de la dependencia tabáquica y la prevención de las lesiones accidentales infantiles.

### 2.- Objetivo

Podemos definir el objetivo como: adquirir los conocimientos y destrezas necesarias para realizar el diagnóstico de motivación para el cambio de conducta de los usuarios y usuarias de los servicios de atención primaria, y para establecer un proceso de consejo terapéutico conducente a la modificación de conductas no saludables.

### 3.- Material y métodos

El modelo transteórico de las etapas del cambio conductual de Prochaska y DiClemente establece que las personas se encuentran en disposición diferente para cambiar su conducta en salud. Esa disposición también es diferente para acoger los mensajes y consejos del profesional sanitario. Por ello, esta teoría define las etapas del cambio conductual como precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Según el modelo, dependiendo de la etapa del cambio en la que se encuentre la persona, ésta tendrá percepciones diferentes con relación a la posibilidad de que su salud empeore o de que le suceda algún percance. Igualmente, su percepción será diferente sobre la posible gravedad y de la eficacia de su cambio de conducta para evitar el empeoramiento de su salud.

Desde la Unidad de promoción y educación para la salud del Departamento de Sanidad esta formación en las etapas del cambio conductual se ha llevado a cabo en

las áreas del tabaquismo y de la prevención de lesiones accidentales infantiles. Para ello, se ha trabajado conjuntamente con los profesionales de pediatría y de medicina de familia de los centros de salud de Osakidetza.

3.1.- La formación para el abordaje de la dependencia tabáquica tiene como objetivos:

- Conocer un marco teórico para el diagnóstico de las personas que fuman y para la aplicación de la intervención terapéutica a realizar según el caso.
- Aprender a establecer el Plan Terapéutico adaptado a la situación de cada persona fumadora.
- Adquirir algunas habilidades para la utilización de Técnicas de Deshabitación Tabáquica Individual.
- Reflexionar sobre las ventajas de la integración del tratamiento de la dependencia tabáquica en el marco de la Atención Primaria-Medicina General o Unidad sanitaria del Servicio de Prevención.

A los seis meses de realizado el curso, los participantes asisten al taller de intervención en recaídas. Sus objetivos son poner en común la experiencia tenida; resolver dudas; profundizar en la prevención de la recaída.

Más adelante, se ofertan seminarios monográficos de profundización.

3.2.- La formación para la prevención de las lesiones accidentales infantiles, incluida dentro del denominado programa Zainbide, tiene como objetivos:

- Conocer el marco teórico del modelo de las etapas del cambio.
- Aprender a diagnosticar la etapa del cambio de cada persona y a adecuar la intervención preventiva a dicho diagnóstico.
- Adquirir destrezas para realizar el proceso de seguimiento del cambio de conducta y practicar algunas habilidades para motivar y mantener el cambio de comportamiento.
- Conocer y practicar sobre la hoja de registro de la intervención realizada.

Los cursos se realizan en tres momentos formativos, intercalando entre ellos un tiempo de trabajo práctico en consulta, con posterior puesta en común en el siguiente momento formativo, donde también se resuelven dudas y se profundizan en nuevos contenidos.

#### **4.- Resultados**

En el área del abordaje de la dependencia tabáquica se han venido realizando cursos desde 1994, dirigidos fundamentalmente a profesionales de Atención Primaria de Osakidetza y medicina de empresa. La realización del curso, el taller y el seminario de profundización son veinticuatro horas de formación. El número de cursos y el personal participante ha sido el siguiente:

Nº de cursos:	78
Nº de participantes:	1.077

En el área de la prevención de lesiones accidentales infantiles se han realizado cursos desde 1998, dirigidos a los equipos de pediatría de los centros de salud de Atención Primaria. La realización de los tres momentos formativos supone treinta horas de formación. El número de cursos y el personal participante ha sido el siguiente:

Nº de cursos:	19
Nº de participantes:	312

## **5.- Conclusiones**

La intervención formativa en el marco de la Atención Primaria para temas relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es una actividad que cada vez es más demandada por los profesionales sanitarios.

Al igual que en otros campos del conocimiento en salud, la intervención en promoción de la salud comporta necesariamente una preparación previa a la actuación en la práctica diaria. No es, simplemente, un tema de buena voluntad por parte del profesional.

Estos mismos profesionales también demandan pruebas de evidencia de la eficacia de las intervenciones preventivas. Con estos nuevos marcos teóricos y técnicas de abordaje para el cambio de las conductas relacionadas con la salud se da satisfacción a esta demanda.

La recogida de información acerca de la intervención realizada y su constancia en la propia historia clínica del paciente son aspectos necesarios dentro del trabajo planificado en promoción de la salud.

Existen otras actuaciones formativas relacionadas con los hábitos en salud que es necesario abordar en un futuro próximo. Así, cobra especial importancia el trabajo sobre la promoción del ejercicio físico, la alimentación saludable y la atención a pacientes con patologías crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc., donde el cambio de conducta cobra una importancia especial.

Por último, hoy en día es imprescindible incluir la promoción y educación para la salud como materia troncal en la formación pregrado de las carreras sanitarias, empezando por la propia licenciatura de medicina y cirugía.

## LOS DISTINTOS MARCOS DE ACTUACIÓN EN LA FORMACIÓN MÉDICA EN LA C.A.P.V

**Belen Fernández**

*Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia. Consejo Vasco de Colegios de médicos.*

El Código de Ética y Deontología Médica establece en el artículo 23 que el mantenimiento y actualización del conocimiento científico, además de ser un deber individual del médico, es un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.

Los Colegios profesionales tienen entre sus funciones el deber de velar por el mantenimiento de la competencia de sus profesionales, proporcionándoles herramientas para realizarlo.

La Formación Médica Continuada se debe fundamentalmente a los avances científicos y técnicos de la propia medicina en cuanto a su valor en el ejercicio profesional, siendo la que puede evitar situaciones capaces de transformar en incompetencia lo que hasta un momento determinado ha sido una práctica profesional competente.

Dentro de los Estatutos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia en su Capítulo IV (Fines y Funciones del Colegio) se recogen entre los Fines Fundamentales (Artículo 5º- 3)

“La promoción, por todos los medios a su alcance, de la constante mejora de los niveles científicos de los colegiados, colaborando en la función de perfeccionamiento docente en materia sanitaria, colaborando en la elaboración de los planes de estudios y en la formación continuada posterior. Así mismo, la promoción cultural, económica y social de los colegiados directamente o través de instituciones públicas o privadas que se creen a tal efecto”; y entre las

Funciones Propias del Colegio (Artículo 6 – a) “Promover y desarrollar la formación profesional permanente.”

Con estas premisas, surge en la actual Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia la inquietud de involucrarse en un proyecto que impulse la formación continuada entre los médicos en favor de una adaptación a los cambios científicos, tecnológicos, sociales y culturales llevándole a crear Osasun Ikaskuntza Fundazioa – Fundación de Estudios Sanitarios como la herramienta específica del propio Colegio para la coordinación, optimización y acreditación de toda la actividad en materia de Formación, así como para ser un foro permanente de discusión y estudio de temas sanitarios y socio-sanitarios, y dar un impulso a la difusión de la cultura sanitaria en la sociedad, en su sentido más amplio, ofreciéndole participación en actividades de interés .

Más allá de estos objetivos, y en función de sus posibilidades futuras, pretende además la concesión de becas de estudio y de investigación.

Como ya se podía anticipar al inicio del proyecto, el éxito de la Fundación estaría basado en una organización perfectamente estructurada , con una oferta de cursos de alta calidad y en su mayoría acreditados, así como en el acercamiento de la calle a los temas de interés sanitario ..

Esta Fundación fue “presentada en sociedad” el día 24 de Marzo de 2003.

Posteriormente, en noviembre de 2003, la Junta de Gobierno de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao acordó solicitar su incorporación a la Fundación como socio fundador de la misma, firmándose un acuerdo de adhesión con el que ambas

entidades salen reforzadas en su afán de abanderar la cultura y la formación sanitaria en Bizkaia. La trayectoria de la Academia supone un importante punto de apoyo a la hora de proporcionar calidad a los programas científicos de la Fundación.

### **Órganos de Gobierno**

El Patronato de la Fundación, es el encargado de establecer las actividades que se han de desarrollar, fijando los criterios de actuación y contando además con la posibilidad de establecer vínculos y colaboraciones con todas aquellas personas o instituciones que comparten de una u otra manera los objetivos de la entidad, con diversas formas de participación, contribuyendo al sostenimiento económico o científico de la Fundación.

### **Infraestructuras**

Para la realización de las actividades existe un convenio de colaboración con el Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia el cual posibilita el uso de forma preferente de los diversos salones y aulas de los que dispone, dotados todos ellos de los medios audiovisuales e informáticos más modernos, destinados a la realización de los actos y reuniones.

### **Objetivos Generales**

1. Gestionar un programa de FMC de alta calidad dentro de los acuerdos establecidos en los estatutos de la Fundación.
2. Colaborar en las actividades promovidas por colegiados, grupos y sociedades.
3. Vincular a instituciones, sociedades científicas, grupos empresariales y grupos sociales con la Fundación.

### **Objetivos Específicos**

1. Gestión del programa de FMC
  - Análisis de necesidades
  - Elaboración del plan formativo
  - Diseño de actividades
  - Acreditación
  - Ejecución de la actividad
2. Desarrollo de proyectos especiales
  - Educación sanitaria
  - Difusión de temas sanitarios
3. Colaboración
  - Gestión de colaboraciones
4. Vinculaciones
  - Gestión y mantenimiento de convenios
  - Participación institucional
  - Participación social

#### **Resultados 2003 – 2004 (Informe)**

- Actividades
  - FMC
  - Desarrollo de proyectos especiales
- Acreditación
- Satisfacción
- Futuro.



## INVESTIGAR EN EDUCACIÓN MÉDICA. SOLUCIONES CONOCIDAS PARA UN VIEJO PROBLEMA

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea

*Osteba- Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias  
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco*

La investigación en Educación Médica parece vivir un renacimiento en los últimos años, quizá promovido por los cambios derivados de la integración europea y la necesidad de equiparación curricular, pero indudablemente por la exigencia de la sociedad de conseguir profesionales adecuadamente formados y por el interés de los profesionales por continuar con su formación como garante de una adecuada praxis profesional. De hecho, han surgido nuevos movimientos e intereses que han fructificado en el incremento y en la importancia de las revistas que específicamente toman como tema central la Educación Médica. Así, dentro del movimiento editorial independiente y de las nuevas formas de publicación como Biomed Central se ha adquirido el compromiso de promover iniciativas que procuren la publicación de trabajos científicos exhaustivos y precisos (evidencia de calidad) con la edición de una revista electrónica de Educación Médica. Incluso revistas con el prestigio y reconocimiento de British Medical Journal se han planteado la necesidad de evaluar de manera específica las intervenciones que se realicen en Educación Médica y el interés porque éstas sean de calidad.

Al amparo de la Asociación para la Educación Médica en Europa (AMEE) ha surgido un nuevo movimiento denominado Best Evidence Medical Education (BEME) o Educación Médica Basada en la Mejor Evidencia. Esta iniciativa promueve la implementación por parte del profesorado de aquellas prácticas, métodos y aproximaciones educativas que estén basadas en la mejor evidencia disponible, es decir, la implantación de modelos educativos basados en intervenciones educativas de calidad previamente diseñadas, implementadas y analizadas y que demuestren buenos resultados.

Finalmente el Instituto de Salud Carlos III ha financiado proyectos de investigación en educación médica de calidad contrastada y dentro del marco de la denominada Investigación Secundaria, aquella que se refiere a la revisión sistemática, análisis crítico y establecimiento de recomendaciones sobre la evidencia existente. Estos nuevos movimientos y paradigmas que han surgido de la mano y en paralelo al movimiento de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) vuelven a poner en la palestra la necesidad de investigar y de investigar con calidad en un área que ha sido considerada menor y que sin embargo tiene una importancia capital en la formación de los profesionales del área de ciencias de la salud y que exige el rigor de cualquier investigación: aproximación, diseño, implantación, análisis y evaluación.

## BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA

**Antoni Parada Martínez**

*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya*  
*tparada@aatrm.catsalut.net*  
*www.aatrm.net*

La educación de los profesionales sanitarios se adentra cada día más en un nuevo paradigma más participativo, reflexivo y práctico que estimule la adquisición de hábitos de autoaprendizaje permanente y de análisis reflexión crítica. Este nuevo paradigma, mucho más motivador, atractivo y desafiante ante lo establecido, cuenta, en general, con una gran aceptación al menos en el plano teórico, ya que las resistencias a su implantación también deben ser tenidas en cuenta. A pesar de sus generalizadas y supuestas bondades y beneficios, planean sobre el mismo diversos interrogantes sobre la eficacia real de las nuevas técnicas y métodos, avalados en muchas ocasiones por simples cuestionarios sobre el grado de satisfacción de los propios alumnos.

Para resolver estas dudas y apuntalar las siempre subjetivas suposiciones y presunciones, se requiere un mayor esfuerzo en investigaciones rigurosas que den a conocer de una manera más precisa, cuál es el feedback que ofrece el nuevo paradigma educacional en contraposición al tradicional. Para ello se requiere promover más investigación que genere nuevos datos primarios, al tiempo que también se recurre a la realización de revisiones sistemáticas de la literatura que evalúen críticamente la investigación ya realizada. Para proceder a dicha labor existen múltiples bases de datos bibliográficas que pueden reunir entre miles y millones de referencias bibliográficas en el ámbito de las ciencias de la salud, entre las que se encuentran las correspondientes a la educación médica. A pesar de tal abundancia de fuentes y recursos de información, no siempre es sencillo acceder a los resultados de la investigación de una manera eficiente. Los motivos suelen ser múltiples y variados. Por ejemplo, sólo existe una base de datos específica (Research and Development Resource Base (RDRB) de la Universidad de Toronto) que recopila única y exclusivamente literatura sobre "educación médica", pero que cuenta con la limitación de no poseer una gran cobertura en cuanto a número de referencias bibliográficas y revistas indizadas.

Esto implica que el desarrollo de una revisión de la literatura obligue a acceder a múltiples bases de datos biomédicas, desde las más generalistas en ciencias de la salud como MEDLINE, a otras más relacionadas con disciplinas afines como la enfermería, la psicología o incluso la sociología. Otro factor determinante, es que todas estas bases de datos indizan las referencias bibliográficas con una terminología que no siempre se adapta al vocabulario más frecuentemente utilizado por los usuarios de la información en educación médica, lo que dificulta ampliamente la recuperación de literatura relevante. Por lo anteriormente mencionado, esta ponencia trata de explicar qué posibilidades y barreras surgen al buscar información de una manera precisa y exhaustiva a la vez para obtener información relevante.

## EVALUACIÓN DE PROCESOS Y SUBPROCESOS EDUCATIVOS EN EL CAMBIO CURRICULAR DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO. MENDOZA- ARGENTINA.

**Ricardo A. Bianchi , P.A. Gargiulo, J.V.Lafuente Sanchez,. A.M. Reta de Rosas**

*Universidad Nacional de Cuyo Mendoza-Argentina. Universidad del País Vasco.(UPV/EHU).*

**Introducción:** En 1995 la Universidad Nacional de Cuyo encaró su tarea de Evaluación inter e intrainstitucional .Uno de los puntos sobresalientes de la misma fue revisar procedimientos y mecanismos de promoción de alumnos, planteando objetivos de aprendizaje y no de enseñanza y se reconoció una fuerte debilidad en cuanto al acompañamiento pedagógico de los mismos. Se reemplazaron las antiguas asignaturas por cursos únicos e integrados y de cursado intensivo.

**Material y Métodos:** Se analizan en el presente trabajo los indicadores de eficacia y satisfacción del Curso “ De las moléculas a las Células”(Bioquímica y Biología Molecular) que se desarrolla en el 1º Año de la Carrera de Medicina.(año 2003) El número de alumnos es de 120, de los 1100 aspirantes que se presentaron a la prueba de admisión.

El mencionado curso tiene una duración de 16 semanas en donde una semana tipo incluye: Teóricos, Tutoriales, Trabajos Prácticos ,Discusiones dirigidas y evaluación. Las encuestas que se utilizaron fueron estructuradas en 4 alternativas(Ej. Muy bueno, bueno, regular y mala) o similares y el número de alumnos estudiados fue N = 96.

**Resultados:** La organización general del curso fue bien evaluada por los alumnos(85%).Si bien el 66% considera que el tiempo de cursado es escaso, la misma cantidad considera adecuada la cantidad de contenidos del mismo. La integración de contenidos en las distintas actividades es considerada buena o muy buena por el 94%. La bibliografía es considerada como muy útil o útil es del 98 %. En los comentarios individuales aparecen alabanzas en relación con la organización del curso y con el profesionalismo de la mayoría de los docentes, así como quejas por los horarios de clase y por algunas horas” vacías” que tienen algunos grupos .A pesar de la buena organización del curso aparece tanto en la oferta educativa como en el formato de la evaluación una clara división entre las dos disciplinas del curso. La opinión sobre el desarrollo de las sesiones tutoriales se encuentran en un rango de 45 a 52% que no da idea de satisfacción en relación con otros cursos cuyo porcentaje está significativamente elevado. Las discusiones dirigidas y seminarios tienen opinión favorable en el 87,5%.

**Conclusiones :** La evaluación del aprendizaje no presenta problemas de importancia. Si preocupa el hecho de que, tanto al evaluar sesiones tutoriales, como al evaluar el examen global, en que buena parte declara que se requiere mucha información en vez de aplicación pareciera que el curso se concentra en ofrecer conocimientos en lugar de elaborarlos que es en definitiva el modo como estos conocimientos se recuperarán en el momento en que se necesiten para solucionar problemas de pacientes reales.

## DEFINIENDO LAS COMPETENCIAS DE LOS GRADUADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Jorge Palés

*Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Sociedad Española de Educación Médica*

**Introducción y objetivos:** En 1993, la cumbre mundial sobre Educación Médica estableció que las facultades de Medicina debían formular su misión y objetivos. Además, los Estándares Internacionales para la Educación Médica Básica de la WFME (2004) concluían que las Facultades de Medicina debían: (1) definir el conjunto de competencias básicas que debían adquirir los estudiantes en el pregrado; (2) establecer los recursos necesarios para asegurar dicha adquisición, y (3) evaluar dichas competencias. (World Federation for Medical Education, 2000). La definición de estas competencias específicas debían servir de referencia para los estudiantes y los profesores. (Davis & Harden, 2003).

A pesar de que los principios en que se basan estas recomendaciones son generalmente aceptadas por las facultades de medicina, las facultades de medicina españolas, en su conjunto no han definido dichas competencias específicas. En la década de los 90, las facultades de medicina españolas iniciaron un proceso de cambio curricular en línea con las directivas comunitarias y del propio Ministerio de Educación. Aunque las directivas establecían objetivos generales, no se llegaron a definir competencias específicas.

A pesar de que las nuevas directivas comportaban aspectos positivos, durante el proceso de implementación, se detectaron problemas tales como:

(a) un excesivo contenido teórico, (b) enseñanza orientada a la transmisión de conocimientos, (c) enseñanza centrada en el profesor, (d) excesiva independencia de los departamentos en la organización de la docencia; (e) mantenimiento de la separación preclínico-clínico; (f) inadecuación de los métodos de enseñanza; (g) inadecuación de los métodos de evaluación; (h) falta de recursos humanos y materiales. En general, creemos que algunos de estos problemas se podrían haber resuelto si la facultad de Medicina hubiese definido previamente las competencias específicas a que nos referíamos. (Barón, 1997; Palés, 1999).

La Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona introdujo su nuevo currículum en 1994. Después de varios años, problemas similares a los antes señalados se pusieron de manifiesto, principalmente que los objetivos se habían definido solamente en términos muy generales y poco útiles para los estudiantes y para los profesores, la irrelevancia de determinados contenidos, las habilidades a adquirir no estaban claramente definidas y existían claras dificultades en la evaluación de los estudiantes. (Palés, 1999).

En vista a ello, en 2001, la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, inició un proceso con el fin de definir las competencias específicas para sus estudiantes y subsecuentemente evaluar la adquisición de dichas competencias y todo ello con el fin de introducir mejoras en el currículum.

**Métodos:** Para definir el conjunto de competencias, se constituyó un grupo de 15 profesores de la facultad con experiencia en la enseñanza de las ciencias básicas, clínicas y sociales. Específicamente los profesores trabajaban en las siguientes áreas: fisiología, patología, medicina interna, atención primaria, cirugía, psicología, dermatología, microbiología, radiología, medicina legal, ética, salud pública y medicina física. Además la mayor parte de los integrantes poseían una larga trayectoria asistencial. El grupo basó sus discusiones en varios documentos:

(1) un documento local elaborado por el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, que establecía competencias generales para estudiantes de medicina

distribuyéndolas en tres dominios básicos (conceptuales o pensamiento crítico, técnico e interpersonal (CCECS, 1997);

(2) Los Requerimientos Globales Mínimos Esenciales en Educación Médica propuestos por el International Institute for Medical Education (Schwarz & Wojtczak, 2002);

(3) Los Estándares en Educación Médica Básica de la World Federation for Medical Education (WFME, 2000);

(4) La Guía nº 14 de la AMEE sobre Outcome-based medical education (AMEE, 1999);

(5) El modelo desarrollado por Harden et al. para definir las competencias en las Facultades de Medicina Escocesas. Este documento constituyó la base para la definición de las competencias para los graduados de nuestra Facultad (Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2002; Harden et al., 1999a; Harden et al., 1999b). Trabajando básicamente con este documento, se elaboró un documento inicial. Este fue pasado a consulta de diversos agentes para conocer sus sugerencias y enmiendas. Estos agentes fueron (1) los departamentos de la facultad de medicina, (2) los graduados en su primer año de residencia, (3) gestores sanitarios, y (4) organizaciones profesionales (colegios de médicos). Con las sugerencias de los diferentes agentes se preparó un documento final que fue aprobado por la Junta de Facultad y publicado en forma de guía de bolsillo y puesto en la página web de la facultad. El proceso completo se desarrolló en dos años.

**Resultados:** El total de competencias específicas definidas fueron 580, distribuidas en tres áreas: (a) técnicas, (b) académicas y (c) personales. En cada área se establecieron un número determinado de campos. La tabla 1 muestra el número de las diferentes competencias en cada campo.

#### **Competencias técnicas**

(a) Habilidades clínicas y procedimientos prácticos. Este campo incluye las habilidades clínicas y los procedimientos prácticos que el graduado debe ser capaz de llevar a cabo en cualquier circunstancia y sin supervisión. Incluyen la realización de una anamnesis completa al paciente y sus familiares, la exploración física psíquica completa y sistemática, la interpretación de los resultados, la formulación de un diagnóstico y de un plan de tratamiento y el registro de los hallazgos.

Los procedimientos prácticos se refieren a los diferentes sistemas y aparatos, al diagnóstico por la imagen, al laboratorio, procedimientos quirúrgicos básicos, oftalmología y otorrinolaringología.

(b) Investigación y tratamiento del paciente. Este campo incluye las competencias que el graduado debe ser capaz de realizar en cualquier circunstancia, con o sin supervisión, y aquellas que debe conocer como se llevan a cabo y las circunstancias en que deben llevarse a cabo. Estas competencias específicas incluyen el diagnóstico de laboratorio y por la imagen; el uso correcto de fármacos, el tratamiento quirúrgico general, la radioterapia; el tratamiento de situaciones de emergencias, situaciones agudas y crónicas, cuidados intensivos y paliativos, tratamiento del dolor y los aspectos psicosociales.

(c) Competencias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Incluyen las competencias que el graduado debe ser capaz de llevar a cabo con el fin de promover la salud entre sus pacientes y establecer planes adecuados para prevenir la enfermedad.

(d) Habilidades de comunicación. Este campo incluye aquellas competencias que el graduado debe demostrar con el fin de establecer una correcta y útil comunicación con el paciente.

(e) Habilidades para la búsqueda de información. Este campo incluye las competencias para buscar, encontrar, recoger, almacenar y usar la información biomédica usando las nuevas tecnologías.

### **Competencias académicas**

(a) Conocimiento de las ciencias básicas, clínicas y sociales. Este campo incluye el conocimiento científico mínimo esencial que el graduado debe adquirir para reconocer, explicar y tratar los problemas de salud. Incluyen los lenguajes básicos, la estructura y las funciones normales del organismo humano, las alteraciones de la estructura y de la función del organismo humano, las causas, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las principales enfermedades, las bases de la terapéutica, los aspectos conductuales, los fundamentos de la epidemiología, y la comprensión de los principios de la economía de la salud.

(b) Actitudes y aspectos legales y éticos. Este campo incluye las actitudes apropiadas que el graduado ha de ser capaz de demostrar, las responsabilidades legales a tener en cuenta en la práctica de la medicina, y los aspectos éticos a observar.

(c) Competencias para tomar decisiones, de razonamiento y juicio clínico. Este campo incluye las competencias que han de permitir al graduado tomar decisiones y realizar juicios críticos. Se incluyen las competencias referidas a la medicina basada en la evidencia, conocimiento de la metodología científica y estadística.

### **Competencias personales**

(a) El papel del médico en el sistema de salud y las competencias de desarrollo personal. Este último campo incluye las competencias que deben permitir al graduado desarrollar sus tareas en el sistema sanitario y adaptarse a los cambios en la profesión médica. Así mismo incluye las competencias mínimas que el estudiante debe adquirir en el momento de su graduación y que le han de permitir su desarrollo personal a lo largo de su vida profesional, como son el conocimiento del sistema sanitario, el conocimiento del papel del médico como investigador, como docente, como gestor, como miembro de un equipo multiprofesional, habilidades para el autoaprendizaje, para el propio cuidado y la capacidad para identificar sus objetivos profesionales a corto y largo plazo.

**Discusión y conclusiones:** La Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona introdujo su nuevo currículum in 1994 y aunque este ha representado una mejora respecto al anterior de 1974, se han detectado una serie de problemas en su implementación, muchos de los cuales se hubieran solventado si se hubiesen definido las competencias específicas. Por ello la Facultad puso en marcha un proceso para definir dichas competencias. En este sentido nuestra Facultad ha sido pionera en España en un proceso de tal tipo. Otro aspecto importante del proyecto es que se ha realizado una extensa consulta a otros agentes, a parte de los propios profesores. Particularmente interesante ha sido la participación de los graduados en su primer año de residencia, de los representantes de los colegios de médicos y del Servicio Público de Salud, que es el principal empleador. Hubiera sido interesante consultar también a los pacientes o usuarios pero no ha sido posible por no disponer de un instrumento adecuado para obtener dicha información. El catálogo completo de las competencias ha sido aprobado por la Junta de Facultad, publicada en *la web* y distribuida entre todos los estudiantes y profesores.

En el caso de los estudiantes, nuestro objetivo es que sean conscientes de las competencias que han de adquirir a lo largo de sus estudios, tan pronto como ingresen en la facultad. El documento debería facilitar su proceso de aprendizaje, estimular el aprendizaje autónomo y estimular la formación continuada. En el caso de los profesores, el documento debería permitirles definir el contenido del currículum más apropiadamente, planificarlo más eficazmente e implementar métodos de evaluación más adecuados. Finalmente, a nivel institucional, en el caso de la facultad de medicina, la definición de las competencias debería ser útil para un diseño curricular y evaluación del mismo, permitiendo a la institución ser más responsable respecto a la sociedad.

Actualmente, el grupo está desarrollando una segunda etapa que se pretende diseñar un instrumento adecuado para evaluar el grado de adquisición de las competencias

por parte de los alumnos. Los resultados de esta discusión deberían llevarnos a la introducción de modificaciones curriculares y al desarrollo de un nuevo curriculum basado en las competencias.

Este estudio se ha llevado a cabo gracias a las ayudas de la Universidad de Barcelona (GAIU, 2000, 2001) y del proyecto 262MQD 2002 del programa d'Ajuts per al finançament de projectes per a la millora de la qualitat docent a les Universitats de Catalunya', Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat Catalunya.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) AMEE. (1999) Outcome-based medical education. AMEE Medical Education Guide nº 14, 1999 AMEE Centre for Medical Education. University of Dundee, UK.
- (2) Barón, M. (1997) Innovation in Spanish Medical Curricula. Hopes and Frustrations. In: G. D. Majoor, C.P.M. van der Vleuten, P.M.J. Vliggen and P.A. Hansen, (Eds) *MedEd-21: An Account of Initiatives for Change in Medical Education*,. Editors pp. 75-85.: G. D. Majoor, C.P.M. van der Vleuten, P.M.J. Vliggen and P.A. Hansen, (Thesis Publishers, Amsterdam). 1997.
- (3) CCECS .(Catalan Council for Health Sciences Specialities). (1997) Les competències professionals en Ciències de la Salut. (Generalitat de Catalunya. 1997: 54.
- (4) Core Committee, Institute for International Medical Education. (2002) Global minimum essential requirements in medical education. *Medical Teacher*, 2002; 24(2): pp. 130-135.
- (5) Davis, M.H. and Harden, R.M. (2003). Competency based-assessment-making it a reality. *Medical Teacher* (in press).
- (6) Harden R.M., Crosby, J.R., and Davis M.H. (1999). An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, 21, 1 pp 7-14.
- (7) Harden R.M., Crosby, J.R., Davis M.H. and Friedman M. (1999). From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher*, 21, 6, pp 546-552.
- (8) Palés, J. (1999). Análisis del proceso de implantación de los nuevos planes de estudio de la Licenciatura de Medicina. *Educación Médica*, (1999); 2(3): pp. 102-103.
- (9) Schwarz, M.R. and Wojtczak. (2002). Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Medical Teacher*, 2002; 24(2): pp. 125-129.
- (10) The Scottish Deans' Medical Curriculum Group. (2002). The Scottish Doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*, 2002, 24(2): pp. 136-143.
- (11) World Federation for Medical Education. (2000). WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. *Medical Education*, 2000; 34: pp. 665-675.
- (12) World Federation for Medical Education.(1994) Proceedings. *Medical Education*, 1994; 28 (Suppl. 1): pp.1-171.

**Tabla 1: Dominios y campos de competencias definidas**

<b>Dominio</b>	<b>Campo o área (nº de competencias específicas)</b>
<b>Técnicas (396)</b>	Habilidades clínicas (100)
	Procedimientos prácticos (53)
	Investigación del paciente (45)
	Tratamiento del paciente (140)
	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (20)
	Habilidades de comunicación (16)
	Habilidades para la búsqueda de información médica (22)
<b>Académicas (158)</b>	Conocimientos de las ciencias básicas, clínicas y sociales (65)
	Actitudes y aspectos éticos y legales (43)
	Habilidades para la toma de decisiones, razonamiento y juicio clínico (50)
<b>Personales (36)</b>	Papel del médico en el sistema de salud (24)
	Desarrollo personal (12)

## LA FORMACIÓN MÉDICA BASADA EN COMPETENCIAS ¿Pueden las facultades afrontar este reto?

**Montserrat Fonseca<sup>1</sup> y Pilar Ruiz de Gauna<sup>2</sup>**  
Universidad del País Vasco / EHU.

*1 Departamento de Neurociencias. Fac. de Medicina y Odontología*

*2 Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Fac. de Pedagogía*

Las facultades de medicina, y, en general, todos los centros de formación universitaria, se enfrentan al reto que plantea la sociedad del tercer milenio. En los últimos años han proliferado los informes y recomendaciones elaborados por diversos organismos internacionales y nacionales sobre el impacto que los cambios sociales, económicos y tecnológicos, entre otros, tendrán sobre los sistemas educativos y, en definitiva, sobre el «producto» que deberán proporcionar las facultades. Para ello, todos estos informes trazan el supuesto perfil que idealmente deberá tener el profesional para responder a las demandas de servicios de la población del tercer milenio, proponiendo, al mismo tiempo, toda una serie de modificaciones a realizar en los programas de formación para lograr un profesional con las competencias técnicas y sociales que la nueva sociedad requiere.

A pesar de la insistencia que se está haciendo para que las facultades formen en competencias a los futuros profesionales médicos, todos somos conscientes de que esto no puede ser viable mientras no se aúnen requisitos humanos y materiales, mientras no haya un diseño y una planificación curricular donde se tengan en cuenta todos los requisitos que se precisan para que esto ocurra, mientras no se forme a los docentes en este marco... Aunque es cierto que en los últimos años algo se está moviendo en la educación médica en Europa para alcanzar la convergencia en el 2010, no es menos cierto que siguen siendo las regiones del sur europeo, las mal llamadas latinas, las que se están quedando desplazadas en los nuevos avances. Mucho se ha hablado en nuestro país de la necesidad del cambio especialmente en el pregrado, sin embargo, la rigidez histórica de las instituciones de las que depende la formación médica del pregrado, esto es, las universidades, no están facilitando esta labor.

Ante esta situación, la intención que nos mueve en esta comunicación es reflexionar sobre la formación médica basada en competencias y su desarrollo, el cual se plasma en una propuesta curricular concreta. Todo esto, lo vamos a ir articulando a través de los siguientes interrogantes:

- ¿Qué entendemos por formación basada en competencias?
- ¿Qué competencias genéricas debe desarrollar el alumno durante su formación universitaria?
- ¿Qué elementos han de explicitarse en un diseño curricular base?
- ¿Podemos afrontar este reto en nuestras facultades de medicina? Análisis de dos experiencias.



## THE NEW DEGREE IN MEDICINE OF THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES IN THE UNIVERSITY OF BEIRA INTERIOR: THE INTEGRATION IN A COMPETENCE-BASED CURRICULUM

I. Neto, M. Fonseca, JMP. Almeida, M. Campos y J. Feroso

*Gabinete de Educación Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Beira Interior, Covilhã. Portugal*

The Faculty of Health Sciences of the University of Beira Interior delivers an innovative medical degree which is student-centred and based on self-learning. The curriculum is organized as a spiral curriculum and there is integration between basic and clinical sciences in the study of organs and systems.

Based on a functional approach, the basic science topics of anatomy, physiology, biochemistry and histology are integrated by organs and systems in modules such as "The Human Body: from systems to molecules". For each module, learning outcomes are defined and discussed in small groups under a tutor's guidance. There is also time for self-learning and complementary activities to assist students in further learning. The assessment is also integrated according to learning outcomes.

To prepare the objectives and contents related to a system or organ there is a group of teachers whose backgrounds may differ but there is always a physician who links the basic sciences with the clinics to contextualize the topics students have to learn.

The Medical Education Unit supervises the entire process from goal setting to the development of the pedagogical activities.

### Conclusions

- integrated learning in basic sciences and introduction of clinical examples facilitate learning and the subsequent recall of knowledge in the clinical sciences
- working in small groups facilitates students' integration in work teams throughout their professional lives
- a self-learning based methodology enables students to gain competencies for lifelong learning

## DE LA COMPRENSIÓN A LA TRANSFORMACIÓN EN LA PEDAGOGÍA DEL CUIDAR.

**Mertxe Mtz. de Albéniz, Salomé Basurto,  
Begoña Rz. de Alegría y Elena de Lorenzo.**

**INTRODUCCIÓN.** 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. Sería absurdo pensar en eliminar esta incertidumbre por la aplicación de reglas o presupuestos generados desde 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, que se genera desde la negociación de los significados, desde la capacidad humana para analizar y valorar críticamente sus propias situaciones, 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.

**OBJETIVO:** Esta comunicación pretende aportar a la comunidad científica nuestra experiencia como educadoras de enfermeras implicadas por la utopía de educar profesionales capaces de comprometerse en ir más allá de la comprensión de los fenómenos hacia la mejora de la sociedad desde una perspectiva sociocrítica.

**METODO:** Reflexión sobre la acción, método deliberativo y dialógico entre los agentes implicados como metodología.

**DESARROLLO:** Problematizar la práctica educativa enfermera en clave del por qué y para qué formar estos profesionales aportando a la comunidad científica la metodología educativa en la que nos apoyamos para operativizar el curriculum desde una mirada sociocrítica.

**CONCLUSIONES:** Animar y resaltar la necesidad de continuar trabajando para construir procesos educativos que desvelen desde una perspectiva compleja las influencias presentes en la práctica cuidadora: la cultura, los contextos, las políticas, los valores, problematizando esta práctica para posibilitar una reconstrucción en clave de mejora y transformación de los problemas detectados desde el propio alumno, el equipo de salud, las redes sociosanitaria, la comunidad, el sistema educativo y la sociedad.

**¿SON COMPETENTES NUESTROS MEDICOS ESPECIALISTAS?  
REFLEXIONES BASADAS EN LA EXPERIENCIA DE LA GESTIÓN DEL  
PROGRAMA DE MEDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**Jesús Manuel Morán Barrios**

*Unidad de Investigación y Docencia Hospital de Cruces  
Barakaldo. Bizkaia*

La competencia profesional de un médico especialista consiste esencialmente en la *capacidad de saber hacer*. Es decir en la integración de unos conocimientos, habilidades y actitudes o valores dirigidos a la resolución de los distintos problemas derivados de las enfermedades de los seres humanos.

El progreso científico, especialmente después de la 2º guerra mundial, llevó aparejado el desarrollo de las especialidades médicas junto con una socialización de los servicios sanitarios. Los estados y gobiernos ya no podían ser ajenos a una práctica médica libre e independiente, es decir, sin un control por parte de la sociedad receptora y a la vez financiadora, de la calidad de la atención médica. Las organizaciones sanitarias respondieron a este reto regulando la formación práctica de los licenciados en medicina en sus centros sanitarios. En España dicha regulación se basa en el sistema de Médicos Internos y Residentes (sistema MIR) que se fundamenta en un concepto clave: “aprender haciendo” bajo la tutela de una organización acreditada. La acreditación de centros, la definición de especialidades y sus contenidos teórico-prácticos y una prueba de acceso, son los tres pilares básicos sobre los que se fundamenta el sistema. La regulación legal del mismo a partir de 1984 sentó definitivamente las bases de la formación de un especialista. Desaparecieron los especialistas “furtivos”, y al ciudadano se le garantizó, que el especialista que tiene frente a él reúne unas condiciones aptas para el ejercicio de esa especialidad. El ciudadano sabe que ese especialista se ha formado en un centro sanitario bajo la tutela y supervisión de especialistas titulados y una regulación legal homogénea para todo el estado y eso le basta.

Pero ¿cómo garantiza la organización sanitaria la adquisición y evaluación de los conocimientos necesarios, las habilidades y actitudes o valores, exigibles a un médico en el siglo actual?. Las Comisiones de Docencia de los centros sanitarios y los Tutores de especialidad son el eje sobre el que gira el desarrollo de un programa formativo con responsabilidad creciente y supervisión decreciente en el tiempo. La gestión interna de los programas de formación de un gran hospital (hasta 40 especialidades distintas, y entre 100 y 400 MIR), integrado en una actividad asistencial con mayores exigencias de calidad y eficiencia, suponen el diseño de un subsistema organizativo integrado en la acción directiva y en los planes estratégicos de los centros sanitarios. Para dicha gestión se dispone de unas herramientas y/o instrumentos formales que con mayor o menor desarrollo permiten, programar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar al especialista en formación. Se expone la experiencia durante 15 años del desarrollo de un modelo de gestión y los retos a los que deben responder y adaptarse las organizaciones de servicios sanitarios con programas de formación de especialistas.

## ARGUMENTAR EM ÉTICA MEDICA Y BIOÉTICA

**J. M. Pereira de Almeida**

*Instituto Português de Oncologia, Lisboa  
Univerisdade da Beira Interior, Covilha.*

Propõem-se uma visão da argumentação-como-caminho, percurso realizado com- outros e não contra-outros, num diálogo confiante.

O debate existente nas ciências da argumentação (C. Perelman, S.E. Toulmin, M. Meyer e também M.M. Carrilho, C. Hoogaert e R. Ghiglione) leva-nos a aprender em termos do diálogo em ética médica e bioética.

Ao procurar a verdade acerca de determinada situação em que nos encontramos, fazemo-lo com discursos verdadeiros. Argumentar, reconhecer-se numa relação dialógica, comporta capacidade de palavra e capacidade de escuta. Cada palavra humana, verdadeiramente humana, só é pronunciada num contexto de relação. É particularmente importante, na perspectiva de uma reflexão ética, a não-arbitrariedade no discurso argumentativo.

Por outro lado, bem sabemos que os factos naturais mostram o que são, mas não nos resolvem, desse modo, o problema ético acerca do que nós devemos realizar com eles. Os factos são relevantes para a solução ética mas não no-la podem dar.

Havemos também de nos subtrairmos às pseudo-justificações de 'maiorias', no fazer de determinada maneira "porque todos fazem assim". A argumentação é caminho de encontrar soluções alternativas, mais justas e mais humanas.

Sob o ponto de vista ético exige-se uma atenção preferencial para com as pessoas que se encontram condições objectivas de fragilidade; se esta atenção não existe ou é inconsequente, qualquer discurso argumentativo acerca da justiça, no âmbito das questões de saúde ou da política mais geral, torna-se vão.

A argumentação numa 'ética da vida' é lugar de decisão consciente de responsável liberdade no procurar, em conjunto, situados numa experiência de relação, a melhor forma de o serviço de saúde ser efectivamente um serviço.

**KOMUNIKAZIO IREKIAK / COMUNICACIONES LIBRES**

Ekainak 24 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 01**

**“FACILITAL”:** UN EJEMPLO DE COLABORACIÓN ENTRE EL PROFESORADO, ALUMNADO Y PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS CON EL OBJETIVO DE LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE LA UPV/EHU

**Martín J., Salcines B., Sarría R., Palomares T., Luis I. y Arbizu F.**

*Facultad de Medicina y Odontología. Servicio de Asesoramiento Educativo. UPV/EHU*

**Introducción:** la Facultad de Medicina y Odontología es una institución al servicio de la sociedad, con múltiples procesos, académicos y administrativos, que deben ser evaluados con la finalidad de la mejora continua de la calidad al servicio de la Educación Médica. El logro de este objetivo implica la participación del conjunto de personas que dan forma al día al día de la institución. **Grupo de Trabajo:** se presenta la experiencia de un equipo de mejora denominado “Facilital”, promovido desde el Decanato de la Facultad, y del que forma parte profesores, alumnos y personal de administración y servicios de la misma, en colaboración con un facilitador externo. **Objetivos:** el objetivo primario es cumplir el encargo de la mejora del proceso de la información que emite el Centro al alumnado.

**Metodología:** se establecen las normas de conducta que permitan la consecución de una dinámica ágil del equipo, fundamentado en el consenso y mutuo respeto hacia las personas. El reparto de tareas y el compromiso de su realización a tiempo real, dan cuerpo a la confianza de los componentes del equipo para el logro del objetivo.

**Resultado:** la dinámica del grupo permite desvelar las debilidades y fortalezas del proceso, y plantear las propuestas de mejora, en un acto final que requiere del reconocimiento y agradecimiento a las personas que, durante meses, dedicaron gran parte de su tiempo e ilusión a la visión común de la mejora de la calidad.

**Conclusión:** la valoración final positiva de la dirección institucional y de los propios componentes del equipo, da validez al método de evaluación de los procesos institucionales, lo que requiere, a su vez, de la necesaria compensación, que debiera traducirse en elementos específicos adecuados a cada estamento personal.

Ekainak 24 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 02**

**ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO/ EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITAEA**

**Sarría R., Palomares T., Martín J., Salcines B., Luis I. y Arbizu F.**

*Facultad de Medicina y Odontología. Servicio de Asesoramiento Educativo. UPV/EHU*

**Introducción:** Los sistemas empleados en las Facultades de Medicina para la transmisión de información a sus alumnos son elementos a considerar desde el punto de vista institucional debido a sus directas implicaciones en la educación médica.

**Material y métodos:** Con el fin de analizar los tipos de información y los medios utilizados para su vehiculización en la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU, se constituyó un grupo de trabajo formado por 4 profesores, 2 alumnas y 1 persona perteneciente al Personal de Administración y Servicios, que tras analizar toda la información de interés relativa a los alumnos y los medios utilizados para su transmisión, procedió a la elaboración de una tabla de doble entrada que permitiera tener una visión global y actualizada del sistema informativo vigente en nuestro Centro.

**Resultados:** La constatación de la existencia de una gran diversidad de tipos de información y de una ubicación irregular de la misma en los medios habitualmente utilizados por los alumnos, sugirió la adopción de diversas medidas encaminadas a lograr tres tipos de objetivos: a) Centralización de toda la información referente a la Facultad para posteriormente ser correctamente ubicada en los medios de transmisión apropiados; b) Optimización de los tipos de información a transmitir para que ésta sea atractiva y resulte útil en el momento preciso, y c) Optimización de los medios de transmisión procurando que estos sean accesibles y de un fácil manejo.

La implantación de medidas en estos tres ámbitos, contribuirá a una mejora de la calidad del sistema de información.

Ekainak 24 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 03**

**INCORPORACION DE UN ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE A LA  
DOCENCIA DE UNA ASIGNATURA DE PRIMER CURSO DE MEDICINA:  
VALORACION DE LOS ESTUDIANTES**

**García de Galdeano A.**

*Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina y Odontología.  
Universidad del País Vasco. Barrio Sarriena s/n 48940 Leioa*

**Introducción:** Las nuevas tecnologías de la información están presentes ya en casi todos los ámbitos de nuestra vida, y, lo queramos o no, tanto los estudiantes como los profesores nos tendremos que familiarizar con su uso e incorporarlas a la actividad docente. Con este objetivo a lo largo del curso 2003-2004 en la asignatura de Biología Celular de primer curso de Medicina hemos utilizado un entorno virtual como apoyo a la actividad docente presencial habitual.

**Material y Métodos:** Se puso a disposición de los estudiantes una página web de la asignatura que el alumno podía utilizar para comunicarse con el profesor y donde podía encontrar, además del material docente utilizado en clase, información complementaria y resultados de las actividades (evaluaciones, ejercicios, encuestas). A finalizar el primer cuatrimestre la mayoría de los estudiantes utilizaban este recurso. Con el fin de conocer mejor el uso y la valoración de esta herramienta se realizó una encuesta al alumnado en la que también se trató de sondear su nivel de conocimientos de informática/internet, así como sus hábitos de uso de la red.

**Resultados:** Todos los servicios aportados por la página web se valoraron positivamente: más del 60% de los alumnos otorgaron una puntuación de 4 o 5 a cada uno de ellos (escala de 1 a 5), siendo la “descarga” de material didáctico lo más valorado y utilizado. En cuanto al nivel de conocimientos y uso de la red, en general, el perfil parece adecuarse a un usuario básico y en algunos casos muy poco preparado lo que dificultó el uso de ciertos servicios como la consulta de dudas o la obtención de material.

**Discusión:** Los datos obtenidos demuestran que la integración de un entorno virtual en la docencia habitual puede ser muy positiva y plantean la necesidad de preparar a los alumnos si queremos obtener un rendimiento óptimo de estos nuevos recursos.



Ekainak 24 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 04**

**REPENSANDO SOBRE LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS**

**Martinez de Albeniz, M., Ruiz de Alegria B., Basurto S., Fz. de Gamboa M.I., Zanza, M.J. y Lorenzo E.**

**Introducción.** Estamos ante una profesión, la Enfermería, eminentemente práctica, compleja, y multifuncional, que abarca diferentes ámbitos con relación al sistema social y sanitario permanentemente en cambio. El ser docente dentro de esta disciplina implica problematizar la práctica educativa y del cuidado. De este proceso comunicativo emerge la necesidad de plantearnos el por qué y el para qué de nuestra actividad educativa, considerando prioritario repensar sobre las competencias profesionales enfermeras, su proceso y operativización.

**Método:** En este momento dialógico abierto, dinámico, democrático que ha contado con todos los agentes implicados en la educación enfermera: instituciones socio-sanitarias, alumnos, tutores, profesores y asesores externos. Ya que entendemos, que la elaboración de las competencias del alumno de enfermería, se construye con las aportaciones de todos.

**Resultados:** La operativización de las competencias acerca al alumno a la comprensión de la singularidad del proceso del cuidado en una realidad compleja, articulando teoría y práctica, desarrollándose como sujeto activo en su propio aprendizaje, además de agente social para el cambio le permite también la toma de conciencia del desarrollo y progresión en su aprendizaje emancipador, asumiendo la responsabilidad sobre sí mismo, implicándose en los cambios sociales para la mejora continua. Por otro lado, favorece en los docentes la unificación del lenguaje, y también permite visualizar la progresión del aprendizaje y desvelar los significados incrustados en la práctica docente., incitando al replanteamiento de la metodología y métodos educativos, llevando a personalización de la tutorización del alumno. A nivel institucional, el proceso dialógico de alumnos, profesores y tutores impregna cambios en la práctica del cuidado.

Ekainak 24 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 05**

**Euskal lerroaren egoera osasun zientzietan**

**Bidaurrezaga A., Callado LF., Garro A., Gutierrez-Argandoña E., García Del Caño G. eta Ugarte E.**

*Euskal Herriko Unibertsitatea*

**Sarrera:** EHUko araudian xehetasun osoz agertzen dira hizkuntza-eskubideak. Hala ere, eskubide hauek urratuak dira behin eta berriro. Lan honetan osasun zientzien euskal lerroaren azken 15 urtetako bilakaeraren emaitzak aztertu nahi ditugu arlo ezberdinetan: eskaintza, ikasleria, irakasleria, testugintza, eta kudeaketan. Egoeraren kontu emateaz gain arlo bakoitzeko hobekuntzarako proposamenak eman nahi ditugu eta azken ondorio orokorrak.

**Emaitzak:** Gaur egun, batz besterik, osasun zientzien arloan Euskal Herrian ematen den euskarazko eskaintza EHUk kokatuta dago eta eman daitezkeen kredituetatik %50,5 besterik ez da euskaraz ematen. Osasun zientzietako euskal lerroaren ikasle kopurua handitzen doa etengabe eta gaur egun ikasle guztien %24 dela esan dezakegu. Alderantziz, irakasle elebidunen kopuruaren bilakaera askoz motelagoa izan da, eta oraindik ere bere portzentaia urria da erdarazko irakasleekin konparatuz, %12,8 alegia. Hau dela eta irakasle elebidunen irakaskuntz-betebeharra handiagoa da. Beraz ikasle guztien %12,8 izanez, kreditu guztien %33,5 ematen dituzte. Testugintzan egoera larria da. Hiru oinarrizko testu ezik, ez dago arlo honetan eskaintza egokiturik.

**Ondorioak:** Ikasleen euskal lerroko eskaria igotzen ari da urtez urte. Irakasle berriak beharrezkoak dira normalizazio egoera batera heltzeko, LOUren arazoak gainditu eta Unibertsitateko euskal legea kontutan hartuz. Testugintzan zeregin asko dago testu liburu eta terminologia finkatzeko. Kalitatezko hezkuntzaren beharra dago Unibertsitateko kudeaketa eta egituran. Boloniako prozesuaren aldaketak hezkuntza plangintzan arautu behar dira. Osasungintza euskalduntzea loturik dago Osasun zientzietako normalizazio plangintzarekin. Ospitale kliniko unibertsitario bat beharrezkoa da.

**Ekainak 24 de Junio arratsaldea/tarde**

**SEMDE 06**

**LOS RESULTADOS EN LA PRUEBA MIR (2002-2004) DE LOS MÉDICOS LICENCIADOS EN LA UPV/EHU Y SU RELACIÓN CON EL EXPEDIENTE ACADÉMICO**

**Meana JJ., Ugedo L. y Aretxaga B.**

*Facultad de Medicina y Odontología. UPV/EHU*

La prueba MIR representa una oportunidad para contrastar mediante evaluación externa algunos aspectos de la formación de los estudiantes de Medicina.

Con objeto de conocer los resultados alcanzados por los licenciados de la Facultad de Medicina de la UPV/EHU, se analizó la puntuación obtenida en el examen MIR de los años 2002 (n=180), 2003 (n=147) y 2004 (n=177), el orden de plaza alcanzado y su relación con el expediente académico.

Las puntuaciones medias en el examen (escala: +3 puntos por acierto, -1 punto por error) fueron de 379,63, 350,07 y 382,98 en los años 2002, 2003 y 2004, respectivamente. Los porcentajes de licenciados que obtuvieron plaza remunerada fueron 76%, 80% y 84%, respectivamente.

Los valores medios (SD) del expediente académico global (escala 0-10) fueron 7,59 (0,75), 7,60 (0,80) y 7,49 (0,76), respectivamente.

En las tres poblaciones pudo observarse una relación entre la calificación del expediente y la puntuación del examen con coeficientes de correlación lineal próximos a 0.71 ( $p < 0,0001$ ).

Los resultados demuestran un similar comportamiento entre las tres promociones analizadas. Existe una importante relación entre el expediente académico previo y la puntuación obtenida en el examen MIR de tal forma que aproximadamente el 50% de la calificación del examen puede explicarse por el expediente. Hasta ahora, no existen datos públicos que permitan comparaciones con otras Facultades de Medicina respecto a los mismos parámetros.

Ekainak 24 de Junio arratsaldea/tarde

**SEMDE 07**

**EL TUTOR DE MÉDICOS RESIDENTES EN LOS HOSPITALES: SITUACIÓN ACTUAL Y NECESIDADES**

**Morán JM., Pijoán JI. y Urkaregi A.\***

*Unidad de Investigación y Docencia. Hospital de Cruces. Baracaldo*

*\*Departamento de Matemática Aplicada, estadística e investigación operacional.*

*Universidad del País Vasco*

**Objetivo:** Conocer la situación de los Tutores hospitalarios de Médicos Residentes y las necesidades para el ejercicio de sus funciones (gestión de programas de formación especializada)

**Métodos:** Administración de un cuestionario de 41 preguntas a tutores de 15 hospitales del Sistema Nacional de Salud (5 del País Vasco). Escala de 0 a 5. Análisis de resultados: Estadística descriptiva y Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM).

**Resultados:** 135 encuestas respondidas (menos del 30% de la muestra). 1) Sobre el ejercicio actual de la Tutoría: 80% ven necesaria la existencia del Tutor, 70% conoce las funciones y 50% las cumplen. 2) Respecto a la organización de su trabajo en el servicio: 70 % no tienen organizado su trabajo en función de la tutoría, 60% no disponen de tiempo ni de apoyo administrativo. 3) Necesidades percibidas: 96% reclaman tiempo protegido, 97% colaboración del resto de la plantilla, 95% formación metodológica, 95% exigen respeto en sus decisiones, 90% organización adecuada de sus tareas y el 75% creen que la tutoría exige una especialización docente. 4) Compensaciones: 91% carrera profesional, 93% en forma de ayudas a la formación, 72% económica. 5) Desarrollo y aplicación de los programas docentes: Sólo 36% afirman que pueden llevar a cabo una correcta supervisión activa y continuada de los programas. El ACM informa que las preguntas sobre: colaboración del servicio, influencia de la organización del servicio, organización del trabajo del tutor, tiempo y colaboración del jefe de servicio, son las que más contribuyen a la formación del plano evaluativo.

**Conclusiones:** 1. El tutor es necesario como gestor de programas docentes. 2. La integración de la actividad del tutor en la organización asistencial del servicio es fundamental para el desempeño eficaz de la tutoría. 3. La mayoría reclaman especialización docente y formación metodológica. 4. La compensación en carrera profesional está por encima de la económica.

Ekainak 24 de Junio arratsaldea/tarde

**SEMDE 08**

**EVALUACION POR LOS MEDICOS RESIDENTES DE LA FORMACION RECIBIDA EN LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL**

**Morán JM., Pijoán JI. y Urkaregi A.\***

*Unidad de Investigación y Docencia. Hospital de Cruces. Barakaldo*

*\*Departamento de Matemática Aplicada, estadística e investigación operacional. Universidad del País Vasco*

**Objetivo:** Conocer la formación que reciben los Médicos Residentes (MIR) en los servicios hospitalarios. Presentar un modelo de encuesta de fácil cumplimentación, válida y fiable.

**Métodos:** Administración anual de un cuestionario de 13 preguntas a los MIR del Hospital de Cruces. Comparación de resultados año 2003 (evaluación de todos los servicios por donde ha pasado el MIR en un año), con el conjunto de los años 1994-96-97-98\* (evaluación de su propio servicio). Análisis de resultados mediante Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) y métodos de Clasificación Automática (CA).

**Resultados:** Año 2003: 253 respuestas. El ACM apoyó la validez de la encuesta como instrumento evaluativo y permite identificar las siguientes variables ilustrativas asociadas a una mejor valoración del servicio por el MIR: 1) Conocimiento del Tutor, 2) Participación en actividades investigadoras, 3) Conocimiento y adecuación del programa docente con la actividad asistencial, 4) Año de residencia: Mejor valoración del MIR de últimos años y 5) Tiempo de permanencia en el servicio: Mejor valoración si la permanencia es de más de tres meses. La CA establece cinco grupos según la valoración global de la formación recibida: I): Excelente (15%), relacionado con: formación asistencial, docente, investigadora, ética, mayor frecuencia de sesiones clínicas y satisfacción con el tutor, II) Adecuada (41%), III) Deficiente (26%), IV) Muy deficiente (3,6%), relacionado con: Formación asistencial, docente, ética, tutorización e inexistencia de sesiones clínicas, V) (13,4%), grupo no definido. La comparación con los años 1994 al 98 (388 encuestas) revela una influencia negativa de los MIR de 1º y 2º año en la encuesta del 2003. Conclusiones: 1) La encuesta proporciona información útil para la monitorización de los programas de formación médica postgraduada en los servicios. 2) El ACM sirve como herramienta para discriminar servicios. 3) Los MIR dan gran importancia al Tutor, a la actividad investigadora y a la realización de sesiones clínicas en los servicios.

*\*Gac Sanit 2001; 15 (5): 432-440*

**Ekainak 24 de Junio arratsaldea/tarde**

**SEMDE 09**

**ENCUESTA DE OPINIÓN AL ALUMNADO SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN UTILIZADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE LA UPV/EHU.**

**Palomares T., Martín J., Salcines B., Luis I., Arbizu F. y Sarría R.**

*Facultad de Medicina y Odontología. Servicio de Asesoramiento Educativo. UPV/EHU*

**Introducción:** la recepción, procesado y distribución de la información al alumno es uno de los quehaceres diarios realizados en las Facultades. Objetivo: conocer el grado de satisfacción de los alumnos con el proceso utilizado por la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU, para emitir la información a su alumnado.

**Grupo de trabajo:** se establece un equipo para la mejora de la calidad de dicho proceso, compuesto por profesores, alumnos y personal de administración y servicios de la Facultad, y un facilitador externo.

**Metodología:** se llevó a cabo una encuesta cuya población de estudio fue los alumnos de todos los cursos (exceptuando los de primero) de las Licenciaturas en Medicina y en Odontología. Se analizaron un total de 170 encuestas, estructuradas en dos apartados de preguntas para valorar: a) el grado de conocimiento de los tipos de información y vehículos utilizados para su transmisión, y b) la pertinencia de la información emitida y no emitida, y de los medios utilizados para su difusión.

**Resultados:** se constata un buen grado de satisfacción del alumnado por la información académica recibida, demandando, sin embargo, más información relativa a las salidas profesionales, siendo ambos tipos de información los que les resulta más relevantes. Además, consideran pertinente recibir información referente a becas, movilidad, investigación, asociaciones científicas, cursos y congresos. En relación a los medios de transmisión, los alumnos muestran su preferencia por el CD entregado al inicio del curso, la página web y, en particular, el contacto personal ofrecido desde la Secretaría de la Facultad. Finalmente, consideran de utilidad recibir una información actualizada periódica.

**Conclusión:** la opinión del alumnado, como cliente del proceso, permite visualizar las debilidades y fortalezas del sistema que servirán para la mejora del proceso de información.

Ekainak 24 de Junio arratsaldea/tarde

**SEMDE 10**

**LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN (TIC's) COMO ELEMENTOS FACILITADORES MOTIVACIONALES Y DE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ALUMNO**

**Palomares T., González-Velasco J., Bilbao P. Grupo de trabajo nº 19/2004**

*Departamento de Cirugía y Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina y Odontología. UPV/EHU*

**Introducción:** la participación activa y la motivación son dos elementos fundamentales para el aprendizaje significativo del alumno. Las nuevas tecnologías de la comunicación y la información (TIC's) ofrecen nuevas oportunidades para estimular dichos elementos en un nuevo proceso educativo. **Objetivo:** Valorar la influencia de las TIC's sobre la motivación y la participación activa del alumno. **Grupo de trabajo:** se formó un grupo de trabajo interfacultativo y multidepartamental de la UPV/EHU para analizar dicho objetivo en diferentes Licenciaturas. **Metodología:** la población de estudio que aquí se presenta corresponde a alumnos de 2º curso de la Licenciatura en Odontología, aplicándose la utilización de las TIC's en la asignatura de Radiología General y Medicina Física. Las TIC's utilizadas han sido páginas web, pertinentes a cada tema de la asignatura, y el correo electrónico como elemento de comunicación alumno – profesor. A través del correo, se envían a los alumnos, de forma secuencial y coordinada con la docencia presencial, diferentes herramientas educativas facilitadoras del aprendizaje, como guiones docentes, artículos, páginas web, trabajos prácticos y bibliografía. La evaluación de esta estrategia educativa se realizó mediante valoraciones cuantitativas del profesor referente al grado de asistencia e intervenciones del alumno en clase, grado de cumplimentación de tareas y número de solicitudes de tutorización asíncrona, y mediante encuestas a los alumnos. Se realizaron 48 sendas encuestas al inicio y al final de la asignatura para conocer la opinión del alumno sobre su actitud hacia la asignatura antes y después de implementar la estrategia educativa.

**Resultados:** se constató un alto grado de asistencia a la docencia presencial y elevada participación activa de los alumnos. El 56% de los alumnos señala que las TIC's aumentó su motivación hacia la asignatura, y el 83% que facilitaron el aprendizaje de la asignatura; el 90% considera que, asimismo, facilitó la participación activa y la comunicación alumno – profesor, y el 69% considera al correo electrónico una herramienta útil para la tutoría. **Conclusión:** las TIC's son herramientas educativas que pueden facilitar el aprendizaje del alumno y ser un buen medio de comunicación alumno – profesor.

*(trabajo desarrollado por el Grupo de Trabajo compuesto por los Profesores P. Bilbao, Y. Chica, M.J. Chomón, K. Fernández, J. González, J.I. Modroño, F.J. Sáez, A. Torres y T. Palomares, y financiado por la Universidad del País Vasco/EHU, proyecto nº 19/2004).*

Ekainak 25 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 11**

**EDUCACIÓN NEONATAL CONTINUADA EN EL POSTGRADO: UNA ESTRATEGIA DE “E-LEARNING” CON UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES REALES**

**Adolf Valls i Soler, Kepa Latorre, y Yolanda de Carlos.**

*Departamento de Pediatría, U.P.V./E.H.U., Unidad Neonatal, Unidad Docente del hospital de Cruces, Osakidetza./S.V.S., Barakaldo, Bizkaia.*

**Antecedentes:** El aprendizaje médico formativo del postgrado o la formación continuada están en un proceso de renovación, para mejorar su eficiencia, eficacia y accesibilidad. Las nuevas tecnologías de la comunicación basadas en Internet, pueden facilitar este proceso y evitar discriminaciones por el lugar de residencia o los medios económicos disponibles o discapacidades.

**Objetivo:** Desarrollar una estrategia de aprendizaje autónomo, virtual y en tiempo real (“E-learning”) para la formación médica postgrado y continuada, basada en la exploración dirigida o autónoma de una base de datos con casos reales.

**Metodología:** Se emplean los siguientes recursos: 1) Base de datos con más de 100 ítem de factores de riesgo, intervenciones y resultados estandarizados, de un amplio colectivo de neonatos prematuros de muy bajo peso (<1.500 gr.), asistidos en las unidades neonatales participantes en la iniciativa EuroNeoNet; y 2) Web interactiva creada con una ayuda del programa de acción formativa “Leonardo da Vinci” de la CE. La web es un entorno virtual con contenidos educativos multimedia y “chats” de comunicación entre docentes y discentes. Se ha diseñado un acceso a los datos por itinerarios predeterminados o de exploración libre, para testar en datos clínicos reales asociaciones conocidas o conclusiones de la medicina basada en la evidencia.

**Resultados:** En este soporte, se pretende facilitar el acceso a la base de datos de la iniciativa EuroNeoNet, que contiene más de 5.000 conjuntos de datos de pacientes reales, asistidos en más de 30 unidades de 10 países europeos.

**Conclusiones:** La creación de este entorno virtual de aprendizaje podrá reforzar con contenidos extraídos de la realidad clínica, los supuestos extraídos de estudios prospectivos y desarrollar la capacidad crítica e investigadora al permitir testar hipótesis asociativas.

*Estudio parcialmente financiado por becas de la Consejería Sanidad del GV nº 200211017 y ayuda del la UE Leonardo da Vinci UK/03/B/P/PP-162-045-*



Ekainak 25 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 12**

**PROCESSO DE AUTO-AVALIAÇÃO NA ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE (ESTSP): UM DESAFIO ENQUADRADO NO ESPÍRITO DA DECLARAÇÃO DE BOLOGNA**

**Fonte R.,<sup>1,2</sup> & Prudêncio C.**

*1-Gabinete de Educação em Tecnologias da Saúde e Centro de Investigação em Saúde e Ambiente/Departamento de Ciências Biomédicas da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (Porto, Portugal); 2-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Porto, Portugal).*

Atendendo ao espírito da Declaração de Bologna, a livre circulação que determina a mobilidade de pessoas e a decorrente possibilidade de emprego nos países da U.E., pressupõe que sejam tomados em consideração conhecimentos, capacidades e competências, através do reconhecimento e validação dos diplomas obtidos nos países de origem. Para que tal aconteça é necessário que a qualidade dos diplomas seja garantida pelas Instituições de Ensino Superior (IES) através da Auto-Avaliação e pela Entidade que, a nível nacional, é responsável pelo sistema de qualidade, através da Avaliação externa (Andrade, 2003). A almejada harmonização e comparabilidade, proporcionada através dos processo de Avaliação, permite o reconhecimento de cursos e diplomas, bem como de competências a nível europeu. Assim, a comparabilidade apresenta-se como possível, satisfazendo uma condição sine qua non do Processo de Bologna. O crescimento das preocupações com a qualidade e a sua melhoria, a par com a necessidade premente de prestar contas à sociedade, determinou a exigência da existência do processo de Avaliação das IES, bem como o consequente processo de endogeneização da cultura da qualidade. O processo de Avaliação das IES iniciou-se há cerca de 10 anos em Portugal. A ESTSP encontra-se neste ano lectivo de 2003/2004 a realizar pela 1ª vez o processo de Auto-Avaliação, o qual está definido em enquadramento legal como obrigatório a todas as IES em Portugal. O processo poderá apresentar implicações ao nível do financiamento e consequente continuidade ou interrupção de actividades associadas a determinados cursos ou instituições (Lei n.º 38/94, Lei n.º 37/2003 e Portaria n.º 1174/2003). A Avaliação pode causar sentimentos contraditórios, contudo é pacífico afirmar que é um momento de autognose privilegiado que potencia a consciência institucional da

**Ekainak 25 de Junio goiza/mañana**

importância da continuidade, investimento e empenho associados a este processo (Simão, 2003).

Parecem existir princípios, ferramentas e processos que serão suficientemente pertinentes para merecer ser equacionada a sua aplicação no contexto das IES Portuguesas, se estas quiserem de facto enfrentar com sucesso os desafios que se avizinham neste dealbar do século XXI.

Torna-se premente conhecer os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, pois os esforços de caminhar em direcção a uma cultura de qualidade, sem uma Avaliação prévia da realidade, seriam meramente acidentais.

Pretende-se com esta comunicação partilhar quatro ideias estruturantes:

- Avaliação do Ensino Superior em Portugal: razões para a sua existência;
- Enquadramento no espírito da Declaração de Bologna;
- Legislação Portuguesa;
- Processo de Auto-Avaliação na ESTSP.

**Bibliografia:**

Andrade, V. Pinto (2003). Sinopse do Processo de Auto-Avaliação. Portugal: ADISPOR.  
Simão, J. Veiga (2003). Modernização do Ensino Superior: da Ruptura à Excelência. Fundação das Universidades Portuguesas: Portugal

**Palavras-chave:** Avaliação; Declaração de Bologna; Mobilidade/Comparabilidade; Qualidade; ESTSP.

Ekainak 25 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 13**

**ENSEÑANZA DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE CRUCES: ADQUISICIÓN DE DESTREZAS Y HABILIDADES A TRAVÉS DE UN LABORATORIO INTEGRADO MULTIMEDIA.**

**Losada J. Fernández Val JF, Iturriaga JM, Pinedo R, Múgica F, Zaldúa N.\***

*Hospital de Cruces. Facultad de Medicina. \*CIDIR/UPV/EHU.*

**Introducción:** La enseñanza de la cirugía en el hospital de Cruces abarca las especialidades de cirugía general y del aparato digestivo, cardiovascular, neurocirugía, traumatología y urología. En ocasiones los quirófanos no reúnen las condiciones necesarias para impartir docencia (espacio reducido, existencia de aparataje sofisticado...). Por otra parte la asistencia del alumnado a los quirófanos plantea problemas en relación a la prevalencia de infección nosocomial.

**Objetivo:** Presentar nuestra experiencia con la implantación de un laboratorio integrado docente que permite la adquisición de destrezas y habilidades en cirugía utilizando como base las tecnologías de la información y de la comunicación.

**Material y método:** El laboratorio se compone de un sistema multipuesto interactivo de 5 ordenadores en red con una unidad "master" de control para el profesor y una unidad Classnet Board para la comunicación interactiva. Un enlace audiovisual permite la comunicación con los quirófanos y la recepción de las intervenciones quirúrgicas en el laboratorio. Asimismo esta dotado de software multimedia para la simulación de intervenciones quirúrgicas y un simulador para cirugía laparoscopia.

Se complementa el sistema con un sistema de videoconferencia Viewstation FX con cuatro líneas RDSI e interfaz QuadBRI de reciente adquisición.

**Conclusión:** La implantación de este laboratorio integrado ha sido una herramienta de enseñanza y aprendizaje para todos los participantes en el proceso educativo: profesores y estudiantes; complementa el sistema tradicional de enseñanza quirúrgica, facilita la adquisición de destrezas y habilidades en el área quirúrgica y ayuda a la evaluación de los alumnos.

Ekainak 25 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 14**

**¿ESTÁN FORMANDO NUESTRAS FACULTADES DE MEDICINA EN  
COMPETENCIAS?**

**Arana Arri E.,<sup>1</sup> Fonseca M.,<sup>1</sup> Ruiz de Gauna P.<sup>2</sup> Gutierrez-Ibarluzea I.<sup>3</sup>**

**UPV/EHU.**

*1 Dpto de Neurociencias. Fac. de Medicina y Odontología. 2 Dpto de Teoría e Historia de la Educación. Fac. de Pedagogía. 3 Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco*

Partimos de la idea y conocimiento de que la formación médica difiere de unas facultades a otras. Sin embargo, el objetivo final de los diferentes proyectos curriculares es obtener profesionales que dominen unas competencias comunes.

**Objetivo:** Conocer qué competencias se trabajan en las Facultades de Medicina del estado español y en qué contextos.

**Metodología:** se consideró necesario elaborar un cuestionario semiestructurado que recogiera la visión institucional y la percepción que se tiene acerca de la formación basada en competencias en cada centro. Para ello se realizó una revisión para elaborar el constructo de la encuesta. El cuestionario finalmente recogió tres áreas relacionadas con la formación en competencias y 21 criterios. Las dos primeras se presentaban como interrogantes abiertos (1-3) y se analizó de forma cualitativa. La tercera identificaba las competencias profesionales consideradas genéricas o transversales y los contextos educativos en los que se trabajaban. Este área se concretó en 18 criterios (4 a 21), enmarcados dentro de lo que hemos considerado como competencias técnicas o instrumentales y competencias sociales y se analizaron empleando una escala Lickert (0-4). Se completaron tres envíos dobles a los responsables de las Facultades (Decanos y vicedecanos de ordenación) y se aseguró su recepción mediante retorno albarán. Se creó finalmente una base de datos (SPSS) para el análisis descriptivo y de concordancias.

**Resultados:** De las 27 Facultades de Medicina consultadas: 12 Facultades de Medicina respondieron la encuesta (45%), de ellas 9 Facultades completaron la encuesta (33%) y 3 Facultades no se sentían con capacidad para completarla, Las competencias comúnmente trabajadas eran las conceptuales (conocer), se reconocía y reflejaba un déficit en las competencias técnicas y sociales. El hospital y las clases prácticas parecen reconocerse como los entornos más favorables para el desarrollo de cualquier competencia.

**Conclusiones:** Se detecta un desconocimiento de estos conceptos y una falta de planificación para definir y desarrollar qué competencias han de trabajarse y en qué contextos.

Ekainak 25 de Junio goiza/mañana

**SEMDE 15**

**FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. DE CASTILLA LA MANCHA (UCLM): DISEÑO DE UN CURRÍCULUM PARA LA FORMACIÓN MEDICA BASADA EN COMPETENCIAS.**

**Alfonso-Roca MT.,<sup>1</sup> Fonseca M.<sup>2</sup> y Feroso J.<sup>3</sup>**

*1 Facultad de Medicina de la UCLM. 2 Facultad de Medicina de la UPV-EHU.*

*3. Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca*

La Facultad de Medicina de la UCLM, es un centro de nueva creación, que nace con el compromiso, por parte de órganos directivos de la Universidad de profesores y personal de la facultad, de desarrollar un programa innovador que capacite a los nuevos profesionales de la medicina para dar respuesta a las necesidades de salud de la sociedad. El plan de estudios de la licenciatura de Medicina de la UCLM se desarrolla en un Modelo mixto basado en la integración de las materias, en el aprendizaje por Módulos de objetivos y en el aprendizaje por problemas, concediendo gran relevancia a la práctica. El número de créditos de la Licenciatura es de 500, distribuidos en 6 años lectivos.

**Objetivos:** desarrollar un Modelo de aprendizaje no repetitivo a los existentes en el resto de facultades de Medicina del estado, sustituyendo el sistema de enseñanza tradicional por un modelo de aprendizaje integrado, basado en el establecimiento de las competencias profesionales y que capacite al futuro médico para responder a las necesidades de salud que plantea la sociedad del siglo XXI.

**Descripción del modelo de aprendizaje:** El número de alumnos admitido por curso es de 80. Actualmente la facultad cuenta con 500 alumnos matriculados entre 1º y 6º curso. Los alumnos se distribuyen en grupos de 20 para el aprendizaje de las asignaturas básicas y en grupos de 6 para el aprendizaje de las asignaturas clínicas. Por tanto para primer y segundo curso contamos con 8 grupos de alumnos y a partir de tercero hasta 6 curso, son 13 grupos por curso. Fundamentalmente este programa presenta las siguientes características: Un aprendizaje centrado en las necesidades educativas del estudiante. El alumno participa activamente en el proceso de aprendizaje consiguiéndose así un mayor desarrollo de sus capacidades de razonamiento, de autoaprendizaje y de evaluación. Un aprendizaje basado en la práctica, que permite al estudiante la adquisición de las competencias clínicas y sociales que requiere el ejercicio de la profesión Médica. Un aprendizaje multidisciplinar, que integra las ciencias básicas, clínicas y psicosociales.

Ekainak 24-25 de Junio

**SEMDE 16**

## **RELAÇÃO ENTRE OS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS PELOS ALUNOS E AS METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS POR ELES UTILIZADAS PARA O ESTUDO DA BIOQUÍMICA**

**Cristina Prudêncio<sup>1,2</sup>, Rosália Fonte<sup>2,3</sup> e Ricardo Ferraz<sup>1</sup>**

*1-Departamento de Ciências Biomédicas e Centro de Investigação em Saúde e Ambiente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto; 2- Gabinete de Educação em Tecnologias da Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto; 3- Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar*

**Introdução:** Num contexto de reestruturação da formação em Ciências da Saúde baseada em competências, torna-se necessário avaliar como e quais as competências realmente adquiridas pelos alunos, logo desde o primeiro ano. O conhecimento e o saber são a primeira etapa para a prática<sup>1</sup>, constituindo, aqueles que são realmente adquiridos, um pilar fundamental para um eficaz desenvolvimento de competências.

No presente trabalho apresenta-se um estudo preliminar que pretende avaliar os conhecimentos adquiridos na disciplina de Bioquímica do 1º ano de diferentes cursos de Tecnologias da Saúde, quer de carácter laboratorial (Análises Clínicas e Saúde Pública; Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Farmácia), quer de carácter não laboratorial (Cardiopneumologia; Medicina Nuclear; Neurofisiologia; Radiologia, Radioterapia). Adicionalmente, pretende-se estudar as metodologias e estratégias utilizadas pelos alunos para o estudo da disciplina, enquadrada numa metodologia de ensino tradicional com 3h teóricas/semana (para os cursos laboratoriais adicionalmente com 2h práticas/semana), avaliando uma potencial relação entre os conhecimentos adquiridos e a sua forma de estudo.

**Metodologia:** Os alunos (n=224) foram avaliados através de um teste com perguntas de escolha múltipla (que abrangem toda a matéria) no início e no final da disciplina. Neste último momento de avaliação os alunos preencheram também um inquérito por questionário sobre as estratégias e metodologias utilizadas para o estudo da disciplina, adaptado com base em trabalhos disponíveis na bibliografia<sup>2</sup>.

**Resultados:** Os conhecimentos adquiridos parecem diferir por curso, nomeadamente entre os que são de natureza laboratorial e os que não são. Estes resultados poderão estar relacionados com a existência de aulas laboratoriais que permitam a melhor

## Ekainak 24-25 de Junio

consolidação e reforço da aplicação prática dos conteúdos teóricos, facilitando a sua memorização. Adicionalmente, a existência de disciplinas afins com conteúdos complementares nestes cursos laboratoriais também poderá contribuir para estes resultados. Parece haver uma relação entre a metodologia e estratégia de estudo e a aquisição de conhecimentos.

**Conclusão:** Os conhecimentos adquiridos pelos alunos parecem estar relacionados com a existência ou não de práticas laboratoriais e de disciplinas afins, bem como, com a metodologia e estratégia de estudo. Na sua globalidade os resultados reforçam a necessidade de fomentar a integração de conteúdos de disciplinas afins e de práticas laboratoriais e, adicionalmente, de intensificar o estudo activo pelos alunos reforçando assim novas abordagens à aprendizagem no sentido de potenciar competências nesta área.

1- Martinez-Carretero, JM e Blay-Pueyo C. 1998. Evaluando la Competência de los Profesionales sanitários:dudas, fundamentos y experiencias. Educación Médica 1 (1):13-16.

2- Matorras, R. e Rodriguez-Escudero, FJ. 1991. Metodologias de estudio de los alumnos y sus actitudes ante la evaluación. Resultados de una encuesta sobre la obstetricia y la ginecología. Toco-Gin. Pract. 50 (3) 141-146.

**Palavras-chave:** Tecnologias da Saúde (Análises Clínicas e Saúde Pública; Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Farmácia; Cardiopneumologia; Medicina Nuclear; Neurofisiologia; Radiologia, Radioterapia); Conhecimentos adquiridos/retidos; Metodologias e estratégias de estudo.

Ekainak 24-25 de Junio

**SEMDE 17**

**PERTINENCIA DE LA DISECCIÓN HUMANA EN LA FORMACIÓN MÉDICA.  
VALORACIÓN BASADA EN LA EXPERIENCIA DE DOS CURSOS ACADÉMICOS.**

**AUTORES**

**Pérez Cerdá F. y Pérez Samartín A.**

*Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco (UPV/ EHU), 48940-Leioa (Bizkaia).*

**Introducción:** Esporádicamente aparecen opiniones encontradas sobre la pertinencia de la enseñanza de la Anatomía utilizando cadáveres (p.ej. Medical Education, 38, 418-424, 2004). En este trabajo se presenta un programa de Disección Humana, no de prosección, orientado a alumnado que ya ha cursado la materia de Anatomía. El objetivo del trabajo es valorar dicho programa y su impartición, basándose en la experiencia realizada durante dos cursos académicos, como un índice de la idoneidad de la Disección Humana en la formación de pregrado en Medicina.

**Material y métodos:** Alumnos/as (n=26) de cursos intermedios (3º-5º) de la Licenciatura de Medicina en grupos de 3-5 personas, realizan de forma voluntaria (curricula de libre elección) la disección del cuerpo humano en sesiones de 3 horas bajo la tutorización de un profesor y tras un breve recuerdo acerca de las estructuras a “descubrir”. La valoración del programa y de su impartición se ha basado en los informes remitidos por el Servicio de Evaluación Docente de la UPV/EHU, en las reflexiones de los profesores, y en las opiniones compartidas por el alumnado.

**Resultados:** La disección detallada del aparato locomotor y de los vasos y nervios relacionados con el mismo, es factible realizarla en 17 sesiones; la disección del tronco en 8 sesiones; y la de Sentidos y Sistema Nervioso Central en otras 8. Los alumnos han mostrado gran motivación y dedicación, manifestando su satisfacción por lo aprendido y fundamentalmente por la forma en que el aprendizaje ha tenido lugar (puntuación promedio =  $4,59 \pm 0,1$ ; en una escala de 1 a 5). El programa ha sido percibido como de calidad (puntuación promedio =  $4,58 \pm 0,1$ ) y de utilidad (actualización de sus conocimientos y habilidades no explorada cuantitativamente).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos sugieren que la Disección Humana, continúa siendo una eficaz herramienta didáctica al menos para grupos seleccionados de alumnos/as.



Ekainak 24-25 de Junio

**SEMDE 18**

**LA FORMACIÓN CONTINUA DEL TÉCNICO DE LABORATORIO. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DOCENTE 1986-2003.**

**Cobos Fraile S., Arana Arri E., Salinas Goyangos L. y Barredo Martínez G.**

*Hospital de Cruces.. Osakidetza. Plaza de Cruces s.n. 48903- Barakaldo*

La actividad diaria a todos los niveles profesionales sanitarios requiere de esfuerzo y un requerimiento continuo de formación. Esta dedicación a la formación se inscribe, por tanto, en todos los ámbitos de la profesión y define una serie de necesidades específicas para cada ámbito. Desde la formación de la Asociación de técnicos de Laboratorio del País Vasco (ATELPV), donde se incluyen tanto los Técnicos especialistas de laboratorio (TEL) como los Técnicos especialistas en anatomía patológica, se ha pretendido adecuar la formación de los técnicos a las necesidades que determinaban sus tareas en cada periodo de tiempo y adelantarse a las nuevas necesidades definidas por el avance técnico-científico.

**Objetivo:** En el presente resumen se pretende analizar la labor de formación en el periodo 1986-2003.

**Material y métodos:** Se analizó la base de datos de cursos organizados por ATELPV en el periodo de estudio, recogiendo las variables de número de cursos, características, acreditación, asistencia y personal docente.

**Resultados:** En dicho periodo se impartieron 203 cursos y seminarios en 26 centros colaboradores del ámbito hospitalario y la formación profesional. Todos los cursos contaban con acreditación, definida por el sistema de acreditación del Sistema Nacional de Salud. Anterior a la orden de 2003 que regulaba las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias, las actividades estaban reconocidas y acreditadas por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. La impartición de los cursos ha recaído, preferentemente, en profesionales de la medicina y la biología y por TEL en el caso de cursos prácticos.

**Conclusiones:** Los cursos y seminarios eran de temática variada con la característica común de acercamiento del técnico a la tarea profesional y humana que los TEL deben desempeñar. Es de destacar que todos ellos contaban con acreditación y con amplia acogida y grado de satisfacción de los profesionales asistentes.

## **INDICE DE AUTORES**

<b>Autores</b>	<b>Nº Comunicaciones</b>	<b>Pág</b>
Alfonso-Roca MT.	SEMDE 15	43
Arana Arri E.	SEMDE 14, SEMDE 18	42, 47
Arbizu F.	SEMDE 01, SEMDE 02, SEMDE 9	28, 29, 36
Aretxaga B.	SEMDE 06	33
Barredo Martínez G.	SEMDE 18	47
Basurto S.	SEMDE 04	24, 31
Bidaurreazaga A.	SEMDE 05	32
Bianchi R.	PONENCIA	17
Bilbao P.	SEMDE 10	37
Boelen Ch.	PONENCIA	7
Callado LF.	SEMDE 05	32
Campos M	PONENCIA	23
Cobos Fraile S.	SEMDE 18	47
de Carlos Y.	SEMDE 11	38
Fermoso J.	SEMDE 15	23, 43
Fernández B.	PONENCIA	13
Fernández del Val JF.	SEMDE 13	41
Ferraz R.	SEMDE 16	44
Fonseca M.	SEMDE 14, SEMDE 15, PONENCIA	22, 23, 42, 43
Fonte R.	SEMDE 12, SEMDE 16	39, 44
Fz. De Gamboa MI.	SEMDE 04	31
García de Galdeano A.	SEMDE 03	30
García Del Caño G.	SEMDE 05	32
Gargiulo PA.	PONENCIA	17
Garro A.	SEMDE 05	32
González Velasco J.	SEMDE 10	37
Gutierrez-Argandoña E.	SEMDE 05	32
Gutierrez-Ibarluzea I.	SEMDE 14, PONENCIA	15, 42
Iturriaga JM.	SEMDE 13	41
Latorre K.	SEMDE 11	38
Lafuente JV	PONENCIA, PONENCIA	17
Lorenzo E.	SEMDE 04	24, 31
Losada J.	SEMDE 13	41
Luis I.	SEMDE 01, SEMDE 02, SEMDE 09	28, 29
Marco P	PONENCIA	
Martín J.	SEMDE 01, SEMDE 02, SEMDE 09	28, 29, 36
Martinez de Albeniz M.	SEMDE 04, PONENCIA	24, 31
Meana JJ.	SEMDE 06	33

**I Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi  
Euskadiko Medikuntza Hezkuntza Erakundearen I. Kongresua**

<b>Miranda T.</b>	PONENCIA	
<b>Morán J.M.</b>	SEMDE 07, SEMDE 08, PONENCIA	25, 34, 35
<b>Múgica F.</b>	SEMDE 13	41
<b>Neto I.</b>	PONENCIA	23
<b>Parada A.</b>	PONENCIA	16
<b>Palés J.</b>	PONENCIA	18
<b>Palomares T.</b>	SEMDE 01, SEMDE 02, SEMDE 09, SEMDE 10	28, 29, 36, 37
<b>Pereira de Almeida JM.</b>	PONENCIA	23, 26
<b>Pérez Cerdá F.</b>	SEMDE 17	46
<b>Pérez Samartín A.</b>	SEMDE 17	46
<b>Pijoán J.I.</b>	SEMDE 07, SEMDE 08	34, 35
<b>Pinedo R.</b>	SEMDE 13	41
<b>Prudêncio C</b>	SEMDE 12, SEMDE 16	39, 44
<b>Reta AM</b>	PONENCIA	17
<b>Ruiz de Alegria B.</b>	SEMDE 04	24, 31
<b>Ruiz de Gauna P.</b>	SEMDE 14, PONENCIA	9, 22, 42
<b>Salcines B.</b>	SEMDE 01, SEMDE 02, SEMDE 09	28, 29, 36
<b>Salinas L.</b>	SEMDE 18	47
<b>Sanemeterio E.</b>	PONENCIA	
<b>Sarría R.</b>	SEMDE 01, SEMDE 02, SEMDE 09	28, 29, 36
<b>Solano D.</b>	PONENCIA	
<b>Sotelo I.</b>	PONENCIA, PONENCIA	
<b>Ugarte E.</b>	SEMDE 05	32
<b>Ugedo L.</b>	SEMDE 06, PONENCIA	33
<b>Uriarte T.</b>	PONENCIA	
<b>Urkaregi A.</b>	SEMDE 07, SEMDE 08	34, 35
<b>Valls i Soler A.</b>	SEMDE 11	38
<b>Zabala I.</b>	PONENCIA	
<b>Zaldúa N.</b>	SEMDE 13	41
<b>Zanza MJ.</b>	SEMDE 04	31
<b>Zuazagoita J.</b>	PONENCIA	10

## PATROCINADORES



• • • • •



REUNIÓN RECONOCIDA DE INTERÉS SANITARIO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD  
Y EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO