

**Aprendre a ser metge:  
responsabilitat social  
compartida**

***Learning to  
become a doctor:  
Shared social  
responsibility***

**Desembre  
December 2012**



Fundación  
Educación Médica

## Entitats auspiciadores / Under the auspices of



Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears



Association for Medical Education in Europe



Col·legi Oficial de Metges de Barcelona



Consell de Col·legis de Metges de Catalunya



Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina



Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina



Escola de Salut Pública de Menorca



Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas



Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina



Fundació Cercle per al Coneixement



Organización Médica Colegial de España



Sociedad Española de Educación Médica



Unió Catalana d'Hospitals



Universitat de Barcelona



World Federation for Medical Education

# Aprendre a ser metge: responsabilitat social compartida

*Learning to  
become a doctor:  
Shared social  
responsibility*

Desembre  
*December 2012*



Fundación  
Educación Médica

© 2012, d'aquesta edició: Fundació Educació Mèdica

© 2012, *of this edition: Fundación Educación Médica*

Il·lustracions / *Graphics*: Néstor Macià

Fotografia de la coberta / *Front cover photography*: Hospital Clínic

D.L.: B-5.679-2013

ISBN: 978-84-92931-28-6

PVP / *Price*: 50 €

---

## Índex

---

Autors	V
Authors	V
Sota els auspicis de	V
Under the auspices	V
Patrocinadors	V
Sponsors	V
Agraïments	VII
Acknowledgements	VII
Presentació	XI
Foreword	XI

### **APRENDRE A SER METGE: RESPONSABILITAT SOCIAL COMPARTIDA** **LEARNING TO BECOME A DOCTOR: SHARED SOCIAL RESPONSIBILITY**

1. Responsabilitat social de les institucions en l'aprenentatge i la competència dels metges	1
1. Social responsibility of the Institutions with regard to doctors' education and competencies	75
2. Responsabilitat social. De què estem parlant?	9
2. Social responsibility. What are we talking about?	83
3. Aprenentatge/formació dels metges	15
3. The education-training of doctors	89
4. Canvi d'era, canvi de paradigmes	19
4. Change of era, change of paradigms	93
5. L'aprenentatge d'un metge es desenvolupa en un <i>contínuum</i>	23
5. A doctor's education takes place on a continuum	97
6. Etapes en l'aprenentatge dels metges	27
6. Stages in the education of doctors	101





7. Objectius i competències curriculars: un procés dinàmic per a la millor qualitat assistencial	31
7. Curricular goals and competencies: a dynamic process for improving the quality of healthcare	105
8. Més enllà dels continguts i les competències curriculars tradicionals	35
8. Beyond the traditional curricular contents and competencies	109
9. El Sistema Nacional de Salut (SNS) i la formació dels metges	39
9. The Spanish Health System (SNS) and the training of doctors	113
10. Planificació/avaluació de l'aprenentatge dels metges	43
10. Planning/Assessment of doctors' education	117
11. De la teoria a l'acció	49
11. From theory to action	123
<b>ANNEX ACCIONS PER A LA MILLORA DE LA FORMACIÓ I LA COMPETÈNCIA DELS METGES</b>	<b>57</b>
<b>ANNEX ACTIONS FOR THE IMPROVEMENT OF THE COMPETENCE OF DOCTORS</b>	<b>131</b>
Introducció	58
Introduction	132
1. Institucions del sistema educatiu	59
1. Educational System	133
2. Institucions del sistema sanitari	64
2. Healthcare System	138
3. Organitzacions professionals mèdiques i biomèdiques	67
3. Professional Organisations	141
4. Organitzacions industrials, comercials i intermediadores	69
4. Industrial, Commercial and Intermediary Organisations	143
5. Organitzacions de la ciutadania	71
5. Citizens' Organisations	145
<b>Referències / References</b>	<b>147</b>
<b>Crèdits / Credits</b>	<b>151</b>



---

## **Autors / Authors**

- Arcadi Gual Sala
- Fundació Educació Mèdica, FEM

---

## **Sota els auspicis de / Under the auspices of**

ACMCB	Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears
AMEE	Association for Medical Education in Europe
CCMC	Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
CEEM	Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina
CNDME	Conferencia Nacional de Decanos de Medicina Españoles
COMB	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
ESPM	Escola de Salut Pública de Menorca
FACME	Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas
FEPAFEM-PAFAMS	Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina
OMC-CGCOM	Organización Médica Colegial-Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
SEDEM	Sociedad Española de Educación Médica
UCH	Unió Catalana d'Hospitals
UB	Universitat de Barcelona
WFME	World Federation for Medical Education

Les institucions auspiciadores reconeixen el rigor i la utilitat del document sense que això vulgui dir que comparteixin totalment o parcial les opinions que s'hi expressen.

*The patron institutions recognise the rigour and value of this document, although they do not necessarily agree, either fully or partially, with the opinions expressed herein.*

---

## **Patrocinadors / Sponsors**

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB  
Laboratoris Almirall, SA  
Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM







## AGRAÏMENTS

**E**l document que es presenta no és un document de consens i no representa més que l'opinió de l'autor i de la Fundació Educació Mèdica (FEM), que el fa seu. Les institucions que l'avalen en qualitat d'auspiciadores reconeixen el rigor del document i la seva utilitat sense que això vulgui dir que comparteixin les opinions que s'hi expressen.

Cal fer referència a les diferents etapes que s'han seguit per a la redacció del treball en les quals s'han consultat diferents experts que han aportat valuoses consideracions i aportacions. El punt de partida va ser un qüestionari de 40 preguntes obertes distribuïdes en 7 apartats que van respondre 25 professionals amb un perfil sociolaboral variat encara que majoritàriament són professionals que realitzen activitat assistencial clínica. Les seves opinions van permetre captar l'estat d'opinió i la sensibilitat de la nostra societat i d'alguna manera orientar la redacció d'un primer esborrany. La segona fase, amb un document ja molt elaborat, va consistir en una *task force* d'experts que van discutir el document i va aportar suggeriments i crítiques. Aquesta activitat es va desenvolupar de manera presencial dins el marc de l'Escola de Salut Pública de Menorca el setembre del 2011. La tercera i última fase, amb una versió ja depurada del treball, va consistir fonamentalment a polir aspectes concrets del document i contrastar-lo

## ACKNOWLEDGEMENTS

**T**his document is not a consensus document and only offers the opinion of the author and the *Fundación Educación Médica* (FEM), which endorses it. The institutions that give their auspices to it acknowledge the rigour of the document and its value, although this does not mean that they necessarily share the opinions expressed herein.

To start with, we should begin by mentioning the different phases that were followed in the drafting and preparation of this document, which included consultation with a number of different experts who each provided valuable insights and contributions. The starting point consisted of a questionnaire made up of 40 open-ended questions set out in seven sections, which was answered by 25 specialists from a variety of social-occupational backgrounds, although most of them were professionals working in a clinical healthcare-related activity. Their replies allowed us to capture the state of opinion and our society's awareness on the issue. To a certain extent they also guided the process of drawing up an initial draft. The second phase consisted in presenting a document that was already in an advanced stage of development to a task force of experts for them to discuss it and offer suggestions and criticism. This was carried out in a face-to-face setting at the Menorca Public Health School in September 2011.





Participants in the Trobada “Responsabilitat de les institucions en la formació dels metges” celebrat en el marc de l’Escola de Salut Pública de Menorca, 2011.

Participants in the meeting “Responsibility of institutions in the training of doctors” held as part of the School of Public Health Menorca, 2011.

Antorio Otero (1), president del Colegio de Médicos de Valladolid; Juan José Rodríguez Sendín (2), president de la Organización Médica Colegial (OMC); Juanjo Cabanillas (3), Senior Manager Patients Advocacy and Ally Development, AMGEN; Francesc Cardellac (4), degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona; Lucas de Toca (5), expresident de CEEM; Ignasi Martí (6), Director de Relacions Internacionals, Almirall; Andreu Segura (7), director de l’Àrea de Salut Pública de l’Institut d’Estudis de Salut de la Generalitat de Catalunya; Jordi Palés (8), Fundació Educació Mèdica, FEM; María Nolla (9), Fundació Educació Mèdica, FEM; Charles Boelen (10), Co-Chair, Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools; Mireia Sans (11), vocal del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB; Lola Ruiz Iglesias (12), Responsable Health Care Strategy, Hewlett-Packard; Jordi Domínguez (13), cap de Relacions Institucional, Almirall; Isabel Amo (14), gerent de Màrketng Institucional, Almirall; Arcadi Gual (15), Fundació Educació Mèdica, FEM; Albert Oriol Bosch (16), Fundació Educació Mèdica, FEM; Enrique Domínguez (17), Director General a Espanya, Almirall; Thomas Kellner (no en la fotografia), Managing Partner, AXDEV Group Inc.



amb l'opinió individual d'experts en àrees específiques. És un deure agrair i reconèixer les valuoses aportacions dels participants en cada una de les tres fases citades en el desenvolupament d'aquest document: qüestionari obert, *task force* i valoració individual d'experts; per aquest motiu, és una grata obligació incloure els seus noms en els crèdits del document.

El Col·legi de Metges de Barcelona i la Sociedad Española de Educación Médica sempre han estat sensibles a les propostes de la FEM, la qual cosa cal explicitar i agrair.

També s'ha de reconèixer públicament i explícita l'interès dels Laboratoris Almirall, no només com a patrocinador, sinó per la implicació i estímul permanent mostrat pel treball realitzat per la Fundació Educació Mèdica, tot i que es manté sempre al marge de les opinions dels experts. La seva col·laboració s'ha d'entendre com a un bon exemple de compromís social.

The third and last phase, now with a very refined version of the work, involved applying the finishing touches to some very specific aspects of the document by comparing it with the individual opinion of experts in specialised areas. We would like to express our gratitude for the valuable contributions made by the participants in each of the three phases in the development of this document, namely, the open-ended questionnaire, the task force and the experts' individual evaluations. It is therefore a pleasure for us to be able to include their names in the credits for the document.

The College of Physicians of Barcelona and the Spanish Society of Medical Education has always been sensitive to the FEM proposals, which must be made explicit and thank.

We should also acknowledge both publicly and explicitly the interest shown by *Laboratorios Almirall*, not only in their role as a sponsor but also for the on-going interest and encouragement shown in the work carried out by the *Fundación Educación Médica*. Their collaboration should be seen as a good example of social commitment.

*Nota.* En tot el document, la paraula 'metge/s' fa referència a tots els professionals de la medicina; és a dir, inclou les dones i els homes que desenvolupen aquesta professió.





## PRESENTACIÓ

## FOREWORD



**Dr. Charles Boelen**

*Co-Chair, Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools  
International consultant in health systems and personnel  
Former coordinator of the WHO Headquarters program of human  
resources for health*

**E**l món està canviant dramàticament com a conseqüència d'una combinació de factors demogràfics, epidemiològics, econòmics i polítics sense precedents que exerceixen una gran influència sobre la salut de la població. Hem d'entendre el que realment està en joc i com ens podem adaptar per preservar el nivell de salut més alt possible per a tots els ciutadans de la nostra societat. Cal definir clarament les necessitats de salut de la societat i els principis de responsabilitat social per garantir que es prenen accions rellevants i eficients sigui quin sigui el sistema, l'organització o la institució en què treballem. Si es considera que la salut és, en efecte, un estat de complet benestar físic, mental i social, llavors, hem d'actuar de forma imperativa sobre tot l'ampli ventall de determinants polítics, socials, econòmics i ambientals que influeixen en la salut. Si s'entén que la societat inclou totes les persones vinculades per valors comuns i normes des d'una comunitat local fins a una nació sencera, llavors els principals agents implicats haurien de treballar per aconseguir els valors cardinals de qualitat, equitat, rellevància i cost-efectivi-

**T**he world is changing dramatically as a combination of unprecedented demographic, epidemiological, economic and political factors has a major influence on people's health. We need to understand what is really at stake and how we can adapt to preserve the highest possible level of health for all citizens in our society. It is essential that societal health needs and social accountability principles be clearly defined to ensure relevant and efficient action is taken in whatever system, organization, institution we work in. If health is indeed the focus as a complete state of physical, mental and social wellbeing, then acting on the spectrum of political, economic, cultural, environmental determinants of health is imperative. If society is meant to include all people bound by common values and rules from a local community to an entire nation, then major stakeholders in the health sector should work towards the attainment of cardinal values of quality, equity, relevance and cost-effectiveness in health care. It is in reference to those core values that new roles and strategies for institutions, professionals and civil society should be designed.



tat en l'atenció a la salut. Els nous rols i estratègies de les institucions, dels professionals i de la societat civil s'han de dissenyar d'acord amb aquests valors nuclears.

Òbviament, s'han d'implicar de manera activa un conjunt d'agents com les autoritats polítiques i reguladores, les organitzacions professionals, els serveis de salut, les asseguradores sanitàries, les institucions acadèmiques, la indústria i la societat civil. Però per sobre de tot cal estimular els agents abans esmentats per tal que iniciïn un procés permanent de consulta amb la finalitat de contribuir de forma important a la millora del rendiment del sistema de salut. Per exemple, la indústria farmacèutica hauria de diversificar la seva agenda per treballar a la recerca de solucions per als problemes més importants de salut pública. Els sistemes d'assegurances haurien de donar prioritat als serveis d'atenció primària de salut dins l'àmplia gamma de les seves intervencions. Les associacions professionals haurien de considerar una distribució més adequada de les funcions i de les tasques dels diferents professionals de la salut. Les organitzacions sanitàries haurien d'estimular un procés ininterromput des de la primera línia d'atenció sanitària fins a la més sofisticada i la interacció entre elles. A més, la societat civil i els ciutadans haurien de compartir les noves responsabilitats en l'atenció de la seva pròpia salut i ser més conscients de la importància dels seus estils de vida sobretot en temps de restriccions econòmiques.

Obviously a variety of health stakeholders, such as policy making bodies, professional associations, health service organizations, health insurance companies, academic institutions, industry and civil society, must be actively involved. Most importantly, a momentum must be created by which all above-mentioned stakeholders enter into a permanent consultative process to make a greater contribution to the overall performance of the health system. For instance, the pharmaceutical industry would diversify its agenda to work on solutions to important public health problems. Insurance schemes should privilege covering primary health care services within the wide range of their interventions. Professional associations should consider a more appropriate distribution of roles and tasks among the broad spectrum of health workers. Health organizations should encourage a seamless continuum and interaction from the first line of care onwards to the most sophisticated one. Also, civil society and citizens should share new responsibilities in protecting their own health by being made more aware of the importance of their lifestyles particularly in times of financial constraints.

Among those stakeholders, health professionals and academic institutions seem to be privileged partners to undertake a system approach for health reforms. The range of competences of health professionals needs revisiting by an in-depth analysis of current and anticipated health needs and





Entre aquests agents, els professionals de la salut i les institucions acadèmiques semblen ser els més adequats per iniciar un procés de reformes en l'àmbit de la salut. Cal revisar les competències dels professionals de la salut a través d'una anàlisi en profunditat de les necessitats actuals de salut i les previsible en el futur i dels reptes socials així com de les expectatives dels pacients i ciutadans: per exemple, un abordatge més centrat en la persona requereix serveis coordinats per atendre les necessitats integrals d'un individu, sobretot en moments en què les malalties cròniques i múltiples problemes afecten les poblacions envellides. La facultat de medicina té un paper clau en l'adaptació de les seves funcions educatives, de recerca i de prestació de serveis de salut als reptes del sector sanitari. Caldrà una transformació important per a la qual poden ser útils els principis i estratègies de responsabilitat social exemplificats en el *Consens global per a la responsabilitat social de les facultats de medicina*, [www.healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org).

En el context de crisi econòmica i d'incertesa política, les expectatives dels ciutadans només es podrien assolir si cada agent de salut esdevé més conscient i més responsable de les conseqüències de les seves pròpies accions. El punt de vista ecològic, que consisteix a pensar que el comportament de qualsevol persona contribueix, en part, de forma positiva o negativa al benestar de la Terra, també s'aplica a cada actor de la salut en relació amb la salut de la societat.

challenges in society as well as expectations of patients and citizens: for instance, a more person centered approach requires coordinated services to cater for comprehensive needs of an individual, particularly at times when chronic diseases and multiple discomfort affect aging populations. The medical school is also a key player by the adaptation of its education, research and health care delivery functions to prevailing challenges in the health sector. It will require important transformation which principles and strategies of social accountability will assist achieving, as exemplified by the *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools*, [www.healthsocialaccountability.org](http://www.healthsocialaccountability.org).

In the context of economic crisis and political uncertainty, citizens' expectations can only be met if each health actor becomes more aware and accountable for the consequences of its specific deeds. The ecological viewpoint consisting to think that anyone's behavior contributes in part positively or negatively to the earth's wellbeing also applies to each health actor regarding society's health. This ethical paradigm is of utmost important for human development in the future, ethics being understood as the quality relationship with others, being individuals or entire society, and eventually the planet. Recognition of excellence should be awarded to institutions able to demonstrate their direct and indirect impact on health of the public. At national level, new norms and procedures for evaluation and accreditation



Aquest paradigma ètic és el més important per al desenvolupament humà, i s'ha d'entendre l'ètica com la qualitat de les relacions amb altres, siguin els individus o la societat en el seu conjunt o eventualment el planeta. El reconeixement de l'excel·lència s'ha d'atorgar a les institucions que siguin capaces de demostrar el seu impacte directe i indirecte sobre la salut de la població. A escala nacional, s'han de dissenyar noves normes i procediments per a l'avaluació i l'acreditació així com per al seu adequat reconeixement. La globalització exemplificada per la ràpida disseminació d'idees i fets, l'aspiració a una transparència més gran i la cerca dels millors serveis possibles de forma comparativa i competitiva és un repte i una oportunitat per tal que els agents de salut reexaminin de forma crítica la seva posició i trobin noves vies cap a l'excel·lència en el context d'un desenvolupament sostenible de salut.

should be designed and rewards provided accordingly. Globalization, exemplified by the rapid dissemination of ideas and facts, the aspiration for greater transparency and the search for best possible services by comparison and competition, is a challenge and an opportunity for health actors to critically reexamine their position and find new pathways to excel in sustainable health development.



**RESPONSABILITAT  
SOCIAL DE LES  
INSTITUCIONS EN  
L'APRENTATGE  
I LA COMPETÈNCIA  
DELS METGES**

**L**a primera dècada del segon mil·lenni ha estat sens dubte la porta d'una nova era. Superada la societat industrial, hem entrat en la societat del coneixement que, al pas de les tecnologies de la informació i la comunicació, han globalitzat el planeta. Però encara que puguem acceptar que el cos de coneixement està globalitzat, l'atenció a la salut no ho està i coexisteixen

**Els ciutadans espanyols esperem del Govern i dels professionals, conjuntament, la continuïtat i millora d'una sanitat com la que gaudim**

diferents models amb diferents garanties per als ciutadans. Encara que al planeta hi ha diferents realitats respecte a la salut, els europeus en general i els espanyols en particular esperem del Govern i dels professionals, conjuntament, la continuïtat i millora permanent d'una sanitat com la que gaudim, que és valorada com a d'alta qualitat. Però aquestes expectatives que uns i altres considerem situ-

**Només podem disposar d'allò que puguem pagar**

ades a l'escenari de la normalitat no es corresponen amb les perspectives que ofereix la situació real. En els països que van assumir els principis de la democràcia social establerts el segle passat, existeix la percepció generalitzada del dret a una atenció sanitària il·limitada, possiblement perquè així es va decidir lliurement en algun moment d'extrema necessitat o d'eufòria econòmica irreflexiva. Amb tot, aquests governs que volen oferir una sanitat del màxim nivell possible només poden oferir un sistema sanitari sostenible o, dit amb altres paraules, un sistema sanitari d'acord amb el sistema tributari. Podem disposar d'allò que puguem pagar. De la mateixa manera, els metges i altres professionals de la salut no poden oferir al ciutadà la salut il·limitada, simplement perquè no està a les seves mans. El metge només pot oferir un acte professional competent, amb el compromís d'anteposar els interessos del pacient als seus propis interessos, punt bàsic de la confiança que el pacient diposita en el metge. En conjunt, el sistema sanitari i els metges poden oferir i han d'oferir la millor atenció sanitària possible en cada moment i en cada lloc; això és tot el que es pot oferir i el valor d'aquest oferiment és del màxim nivell.

En aquest moment en què la crisi creix i la societat exigeix més que mai, només podem buscar solucions en els nous valors, en els dominants de la nova era, en el coneixement. El coneixement que hi ha en els llibres, en la universitat o en les institucions només esdevé coneixement útil si s'ha incorporat i les persones l'utilitzen. El màxim valor de què avui,



en plena crisi econòmica i de valors, disposa el sistema sanitari es troba en els professionals, en els metges capaços de sustentar i transmetre els valors del sistema que es formulen en tres principis bàsics: el principi de primacia del benestar del pacient, el principi d'autonomia del pacient i el principi de justícia social [1,2]. Si alguna cosa és ara més rellevant que mai és disposar de metges, de professionals de la sanitat, capaços d'oferir l'acte mèdic més competent i compromès possible. Disposar d'aquests metges està a les mans de tots els responsables de la seva formació.

Fa 100 anys la publicació de l'informe Flexner [3] va revolucionar l'educació mèdica a Nord-amèrica i la va orientar durant tot el segle passat. El seu informe va condicionar la conversió de totes les escoles de medicina nord-americanes en facultats universitàries. Va establir que els sabers de la medicina es construïen sobre les bases del coneixement científic, cosa que comportava el desenvolupament d'una ment inquisitiva i una actitud mental similar a la de l'investigador. Va establir que aquests sabers necessitaven, a més, l'experiència clínica. A causa del gran i perllongat impacte que ha tingut l'informe Flexner no és estrany que, coincidint amb el centenari de la seva publicació, la Fundació Carnegie hagi presentat un nou informe sobre l'estat de la qüestió i les necessitats actuals de reforma [4]. Les reflexions que es fan en el nou informe de la Fundació Carnegie arriben a Europa quan estem immersos en el procés de Bolonya, que, en abastar el conjunt de la universitat, no exclou els estudis de me-

**El coneixement només esdevé en coneixement útil si s'ha incorporat i les persones l'utilitzen**

dicina. Cooke et al [4] consideren que, malgrat els múltiples avenços assolits durant el segle passat, el sistema educatiu nord-americà presenta alguns punts crítics: ser massa inflexible i de durada excessiva, no estar centrat en qui aprèn, desconexió entre l'aprenentatge del coneixement formal i de l'experiencial clínic, algunes llacunes en els seus continguts (salut poblacional, sistemes de salut, rols no clínics dels metges, valors de la professió), falta de longitudinalitat de les experiències clíniques fruit del context hospitalari en què es produeixen i altres punts crítics que no són gens aliens a la formació de metges en el nostre país. Cooke et al [4] prioritzen en el seu informe quatre objectius com a urgències educatives:

- L'estandardització dels objectius d'aprenentatge (*outcomes*) al costat de la individualització dels processos educatius.
- La integració de l'adquisició del coneixement formal amb l'adquisició de l'experiència clínica.
- El desenvolupament dels hàbits mentals inquisitius i de la motivació innovadora.
- La formació de la identitat professional.



Però, a més, és obligat fer una referència als fins de la medicina, ja que han estat moltes les veus, majoritàriament desoïdes per les institucions educatives, que han proposat la reorientació del fi o fins que la medicina ha de perseguir. Així, l'informe Hastings (2001) [5], paradigma d'aquesta reflexió, parteix de la premissa que el que està en joc no són només els mitjans de la medicina (tecnològics, econòmics i polítics, entre d'altres) sinó els seus fins, que concreta en quatre:

## Ser metge és alguna cosa més que atendre pacients de manera efectiva

- La prevenció de malalties i lesions i la promoció i la conservació de la salut.
- L'alleujament del dolor i el sofriment causats per mals.
- L'atenció i guariment dels malalts i l'atenció als incurables.
- L'evitació de la mort prematura i la recerca d'una mort tranquil·la.

Amb seguretat, l'informe Hastings no aporta conceptualment res que no estigués inclòs en els valors del professionalisme mèdic, però es fa rellevant quan constata la conducta despersonalitzada actual de l'atenció mèdica a la comunitat i subratlla que ser metge és més que atendre pacients de manera efectiva.

Considerar els fins de la medicina des d'un punt de vista diferent modifica l'ordre de les prioritats futures tant de la recerca biomèdica com del disseny dels sistemes sanitaris, i molt especialment de la formació del personal assistencial en general i dels metges en particular. Ara com ara, la medicina continua centrant-se en la malaltia, de manera que el metge sap molt més de malaltia que de salut. I quant a la malaltia, sabem més sobre les patologies que interessen al món desenvolupat que sobre les que causen més morbiditat en la població mundial, en una relació que va ser definida pel Global Forum for Health Research [6] com del 10/90. I, encara més, d'aquest 10% de malalties prevalents que afecten els països desenvolupats, gestionem millor les agudes que els processos crònics. Totes elles són raons suficients per replantejar prioritats tant en la investigació com en el disseny dels sistemes sanitaris, sense oblidar, a més, la selecció [7] i formació del personal sanitari. En aquest sentit, ja s'ha assenyalat la importància que ha de tenir per als aspirants a metges entendre i captar les característiques socials, ambientals i personals dels pacients, els complexos sistemes d'atenció sanitària que també es troben en fase de replantejament i els processos biològics bàsics [7].

La comissió de 20 experts liderats per J. Frenk [8] el 2010 descriu excel·lentment la situació actual en què moltes de les deficiències detectades haurien trobat solucions si no fos pel tribalisme de les professions (tendència de les diverses professions a ac-



tuar aïlladament o fins i tot en franca competència amb les altres) i fa èmfasi en la necessitat de redissenar les estratègies institucionals de formació dels professionals de la salut si es vol aconseguir un efecte positiu en els indicadors de salut. En aquest treball, Frenk resumeix amb gran precisió la discordança entre els nous reptes que la formació de professionals de la salut té plantejats i l'ancoratge del sistema educatiu tradicional, encara que no tot és responsabilitat d'aquest últim, ja que el tribalisme professional s'ha convertit en un fre per assolir els objectius de salut de la població.

Ja el 1942 Beveridge [9] assenyalava, en l'informe que va obrir pas al concepte de seguretat social, que la malaltia és només un dels cinc dimonis que cal eradicar<sup>a</sup>. Cal tenir present que salut i benestar són estats complexos que en qualsevol cas no són l'oposat a malaltia. De cap manera, la medicina s'ha d'apropiar, i encara menys manipular, els conceptes de salut i benestar que són propis del ciutadà i sobre els quals aquest té total responsabilitat.

El coneixement, com tot, es pot utilitzar bé o malament. Decidir en cada situació o

**Ara com ara, la medicina continua centrant-se en la malaltia, de manera que el metge sap molt més de malaltia que de salut**

moment si s'utilitza bé o malament, emetre un judici o procedir a avaluar-lo requereix un patró o sistema de comparació. L'actuació dels metges, i més pròpiament la seva conducta, s'emmarca en un sistema de valors propi de les professions. No obstant això, el marc del dret anglosaxó, basat en la *common law*, no és el mateix que el continental, basat en el codi napoleònic<sup>b</sup>. Espanya i altres països de cultura llatina se senten còmodes amb la llei, amb la norma i la normativització, i en l'àmbit mèdic la normativització es concreta en el codi deontològic. Però la cultura anglosaxona, cada vegada més dominant en l'àmbit biosanitari, oberta a conjugar el binomi llibertat individual i responsabilitat social, ha generat múltiples missatges que

<sup>a</sup> Segons l'informe Beveridge, els cinc dimonis que cal eradicar en una societat que aspira a una justícia social són *Want, Disease, Ignorance, Squalor and Idleness* (necessitat, malaltia, ignorància, pobresa i atur).

<sup>b</sup> El dret al continent europeu es basa en un codi (el napoleònic, 1804), mentre que en els territoris anglosaxons des de l'època medieval el dret es basa en la jurisprudència.

En el dret continental, la llei és la màxima emanació normativa, es basa en el principi de legalitat i el jutge és l'executor de la llei i no pot apartar-se d'ella. En el dret anglosaxó, la llei és un dels components que formen la *common law* (tradicció, dret natural i llei), es basa en la *rule of law* (*rule of law not of men*) i és el jutge qui interpreta la *common law*.



**Els membres de la societat democràtica actual no en tenen prou amb ser subjectes passius, subjectes a la norma, i estan capacitats per exercir les seves responsabilitats**

han anat calant i transformant proposicions que fins fa molt poc eren impensables en el nostre entorn cultural, no només en el metge sinó en el de tota la societat. Com que els membres de la societat democràtica actual no en tenen prou amb ser subjectes passius, subjectes a la norma, i estan capacitats per exercir les seves responsabilitats, els codis

**Les institucions implicades en el binomi aprenentatge/formació dels professionals sanitaris continuaran sent útils en la mesura que siguin capaces d'introduir, assumint-los, els canvis que al seu nivell els correspongui**

de conducta dels metges hauran d'incorporar el concepte de responsabilitat social, que naturalment va molt més enllà de l'àmbit sanitari.

El fet que hàgim entrat en una nova era implica que tot s'ha de revisar i, a més, s'ha de fer incorporant el principi de l'estalvi, o almenys de la relació cost/efectivitat, atès que la conjuntura socioeconòmica ens persuadeix a ser conscients de l'escassetat dels recursos o, encara millor, de la seva limitació. Les institucions implicades en el binomi aprenentatge/formació dels professionals sanitaris i consolidades avui dia –universitats, institucions sanitàries, centres de formació, col·legis professionals, societats científiques i acadèmies, administracions sanitàries– continuaran sent útils en la mesura que siguin capaces d'introduir, assumint-los, els canvis i modificacions que al seu nivell els correspongui. Hi ha ocasions en les quals valdria la pena limitar-se a observar i adaptar el que fan altres institucions en altres latituds. Un exemple concret és el document denominat *Tomorrow's Doctors* [10] que va elaborar el General Medical Council del Regne Unit el 1993. Aquest document va establir els coneixements, habilitats i conductes que els estudiants de medicina han d'aprendre i demostrar per graduar-se en les facultats de medicina del Regne Unit. Des de la seva primera publicació, el *Tomorrow's Doctors* ha estat revisat ja en dues ocasions i l'última modificació és del 2009. Aquesta versió s'ha adaptat als canvis del país i ha introduït modificacions im-





portants que, per a les facultats i els estudiants, han entrat en vigor el curs 2011-2012.

Aquest document aprofita l'oportunitat de la crisi de valors per donar valor a una reflexió que possiblement molts s'han plantejat: considerar si totes i cadascuna de les institucions, que d'alguna manera i en algun moment tenen responsabilitats en l'aprenentatge, formació i manteniment de la competència dels metges, han incorporat en les seves missions i en la seva pràctica el concepte de responsabilitat social o senzillament si actualitzen, al ritme dels canvis socials, la seva missió institucional i els processos per assolir els seus objectius. Sembla adequat precisar que el binomi aprendre/ensenyar, sens dubte indissociable, té dos clars components que poden visualitzar-se des de dues perspectives, la de qui aprèn i la de qui ensenya. Davant aquesta disjuntiva, més acadèmica que real, s'ha pres partit per la primera amb la intenció de posar en el centre del procés l'alumne en lloc del mestre. Per això, al llarg del treball s'utilitza preferentment el terme aprendre en lloc d'ensenyar o processos d'aprenentatge en lloc de processos de formació. Hem d'entendre que el concepte de responsabilitat social en la societat espanyola és relativament nou i és probable que els líders de les diferents institucions implicats en la formació mèdica no ho tinguin com a guia en el disseny dels

seus plans operatius. Per això, en el marc del professionalisme, caldrà esmerçar-se a iniciar la formació de la responsabilitat social tant en el grau<sup>c</sup> com en la formació especialitzada i el desenvolupament professional continu (DPC).

En l'annex del document, es tracten una sèrie d'accions concretes, possiblement urgents, que afecten les diferents organitzacions implicades a l'hora de facilitar l'aprenentatge dels metges. Nos són recomanacions que cal seguir sinó accions sobre les quals cada institució hauria de considerar, si no ho ha fet ja, si el seu compromís amb la responsabilitat social les converteix en prioritàries en aquest moment. Totes les institucions implicades i responsables de l'aprenentatge i la competència dels metges tenen capacitat per analitzar en profunditat les accions i els canvis que han d'adoptar. Si és el cas, l'aportació més interessant d'aquest document és haver considerat a tots els agents en la seva globalitat i haver-los vinculat a través d'una xarxa, que sens dubte s'ha de qualificar de xarxa de coneixement.

---

<sup>c</sup> A Espanya, després de la reforma de Bolonya, l'antic nivell universitari de llicenciatura (sis anys) s'ha transformat inicialment en el nivell de grau i, actualment, en l'equivalent a grau i màster simultani.





**RESPONSABILITAT  
SOCIAL. DE QUÈ  
ESTEM PARLANT?**

**F**a 17 anys, Boelen i Heck [11] van publicar sota els auspicis de l'OMS un document titulat *Defining and Measuring the Social accountability of Medical Schools*. Es pot assegurar, doncs, que parlar de responsabilitat social en la formació dels metges és un tema actual i d'interès però no particularment nou. En aquest treball, es constata que en aquell moment la societat de l'àrea d'influència anglosaxona buscava amb insistència com donar més valor a la inversió en l'atenció sanitària i, com a conseqüència, es deduïa

**Parlar de responsabilitat social en la formació dels metges és un tema actual i d'interès però no particularment nou**

que les institucions haurien de demostrar el seu progrés a l'hora d'abordar qüestions de responsabilitat social. Com que les facultats de medicina, a qui es dirigia el treball, condicionen el sistema sanitari tant com el sistema sanitari les condiona a elles, s'insistia que havien d'estar preparades i disposar dels instruments per avaluar objectivament el seu progrés en la responsabilitat social. Amb aquesta finalitat, el treball proposava un instrument pràctic per mesurar el balanç entre els objectius de

les facultats i els objectius del sistema sanitari, basant-se en objectivar l'equilibri entre la pertinència, la qualitat, el cost-efectivitat i l'equitat.

Al nostre país, i en l'entorn de formació que ens incumbeix, no va calar l'esperit d'aquest treball [11] ni d'altres que el van succeir [12,13] i no ha estat fins fa poc temps que s'han posat sobre la taula de la formació mèdica conceptes com *accountability*, compromís social i governança de les institucions [14-16], conceptes importats d'altres sectors industrials i productius. La publicació l'any 2010 de la norma internacional ISO 26000 [17] sobre responsabilitat social permet fixar uns paràmetres i estàndards que, sens dubte, en establir un marc de referència, són d'utilitat en el camp de la formació dels metges.

Segons la norma internacional ISO 26000, la responsabilitat social és la responsabilitat d'una organització o institució davant els impactes que les seves decisions i activitats ocasionen en el seu entorn, la societat i el medi ambient, mitjançant un comportament ètic i transparent que:

- i. Contribueixi al desenvolupament sostenible, incloent-hi la salut i el benestar de la societat.
- ii. Prengui en consideració les expectatives de les parts interessades.
- iii. Compleixi la legislació aplicable i sigui coherent amb la normativa internacional de comportament.



iv. Estigui integrada en tota l'organització i es porti a la pràctica en les seves relacions.

No hem d'oblidar que, entre d'altres, són característiques essencials de la responsabilitat social la voluntat que la institució incorpori consideracions socials i ambientals en la seva presa de decisions, així com retre comptes pels impactes de les seves decisions i activitats en la societat. També suposa que la responsabilitat social estigui integrada en tota la institució, s'expressi en les seves activitats i tingui en compte els interessos de les parts implicades. No oblidem que la responsabilitat social és dinàmica i reflecteix l'evolució de les inquietuds socials, ambientals i econòmiques, i per tant és més que probable que en el futur sorgeixin o es prioritzin nous aspectes que interessin a la societat o que desapareguin d'altres que avui s'entenen com a prioritaris.

Responsabilitat social implica no tan sols respecte i acatament a la legalitat i el compliment de les obligacions vinculants, sinó que també suposa en moltes ocasions anar més enllà del compliment estricte de la legislació, així com el reconeixement d'obligacions no legalment vinculants. La responsabilitat social d'una corporació va més enllà del concepte de qualitat, a la qual per descomptat no renunciem en el nostre intent de disposar de bons metges. Responsabilitat social implica, a més de qualitat, compromís amb la societat, amb el malalt, amb la professió, amb la institució i

l'empresari, amb l'equip de treball i amb un mateix.

**La responsabilitat social és dinàmica i reflecteix l'evolució de les inquietuds socials, ambientals i econòmiques**

Una organització que aborda les seves activitats exercint la responsabilitat social maximitza la seva contribució al desenvolupament sostenible. La taula 1 mostra la relació de principis bàsics que, segons la norma ISO 26000, les organitzacions han de respectar en el marc del seu compromís social.

En la formació dels metges, hi participen diferents organitzacions, públiques i privades, en les quals l'aplicació d'aquests principis bàsics és clarament pertinent. Però si ja és difícil consensuar els principis bàsics de la responsabilitat social, encara és més com-

**La responsabilitat social d'una corporació va més enllà del concepte de qualitat**



**TAULA 1. Principis bàsics de responsabilitat social segons la norma ISO 26000 (2010)**

1. Rendició de comptes
2. Transparència
3. Comportament ètic
4. Respecte als interessos de les parts interessades
5. Respecte al principi de legalitat
6. Respecte a la normativa internacional de comportament
7. Respecte als drets humans

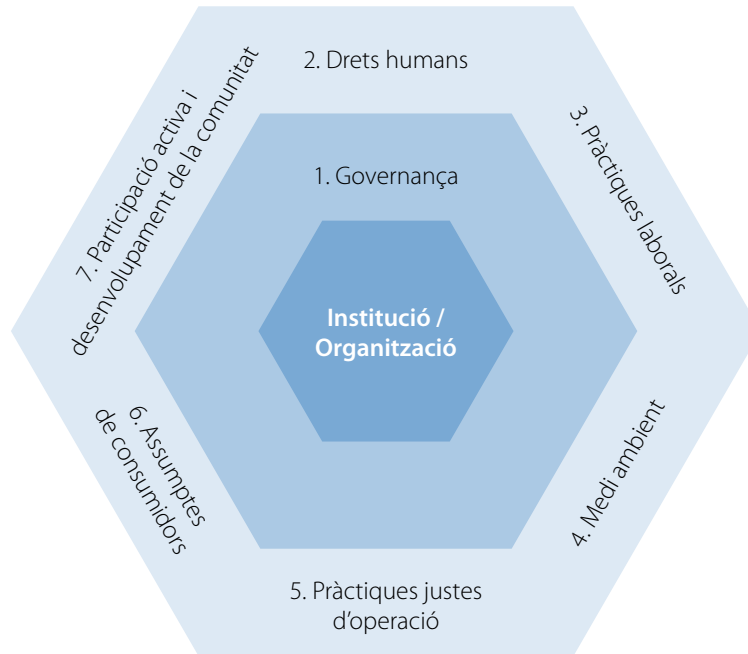
**La governança és el factor més important per fer que una organització es responsabilitzi de l'impacte de les seves decisions i activitats i, per tant, és el factor clau per integrar la responsabilitat social en l'organització**

plex plasmar aquests principis en accions concretes, accions mesurables o quantificables, que es corresponguin amb actuacions pràctiques de les diferents institucions involucrades en la formació dels metges. Un cop més, la ISO 26000 ens proposa un marc de referència que agrupa set matèries fonamentals (Figura 1). Aquestes matèries no són més que aspectes operatius aplicables amb més o menys pertinència per les diferents institucions en la formació dels metges. Les accions sobre aquestes matèries s'han de relacionar amb les pràctiques pròpies que l'organització identifiqui. Entre aquestes matèries, i pel seu caràcter central respecte a les altres, cal destacar la governança, entesa com el sistema pel qual una organització pren i implementa decisions per assolir els seus objectius. La governança és sens dubte el factor més important per aconseguir que una organització es responsabilitzi de l'impacte de les seves decisions i activitats i, per tant, és el factor clau per integrar la responsabilitat social en l'organització. Tal com mostra la figura 1, aquestes matèries són interdepenents, de manera que les hem d'entendre com a un tot, amb un caràcter holístic, representat per l'hexàgon que les inclou totes. L'abordatge holístic de les matèries pot implicar cedir en uns aspectes respecte a d'altres, encara que les millores concretes en un assumpte específic no han de comprometre negativament d'altres ni modificar la cadena de valor.

Cal que els responsables de la formació dels metges siguin com més a prop millor



**FIGURA 1. Àrees o camps de la responsabilitat social d'una institució/organització; cadascuna de les set inclou diferents aspectes o subàrees. Modificat de la ISO 26000 (2010).**



del producte final, els metges, i, en sentit ampli, de la ciutadania en general i coneguin les necessitats de l'exercici professional en els detalls més operatius i particulars, que són els que primer percep el ciutadà. Si això no és així, el metge estarà allunyat dels requeri-

ments socials i possiblement més proper a interessos corporatius amb futur molt incert. Per tot això, els principis de responsabilitat social haurien d'estar incorporats en les competències i aquestes haurien de ser formulades o reformulades en conseqüència.





A large, light blue, stylized number '3' is positioned on the left side of the page, partially overlapping the text. The background is a solid, medium blue color.

# APRENTATGE/ FORMACIÓ DELS METGES

**D**es del moment que algú decideix fer-se metge hauria de saber que el principal responsable de la seva formació és ell mateix. Qui vulgui ser metge ha d'aprendre la professió de metge i, per fer-ho, disposa de diferents institucions que li facilitaran en els diferents períodes de la seva vida professional els coneixements i els processos, els instruments i les tècniques i les actituds i els valors que li permetran ser un professional competent. Però aquesta responsabilitat individual en l'apre-

Aquest document se centra en l'aprenentatge dels metges i més concretament en els companys de viatge responsables de facilitar-los l'aprenentatge de la seva professió i per tant d'enfortir la qualitat de la formació mèdica. L'anàlisi de l'aprenentatge, la formació i la competència dels professionals de la salut no pot considerar-se en abstracte, ja que s'ha de contextualitzar en relació amb l'estructura concreta de cada sistema sanitari. Tot i tenir present aquesta dificultat es provaran d'eludir les bondats o defectes de cada sistema sanitari, intentant centrar el problema en un element essencial i comú a tots: la competència del professional [18]. La competència, derivada d'un permanent procés d'aprenentatge/avaluació, permet reformular la qüestió des de l'òptica dels *outcomes* [19] –resultats obtinguts–, sens dubte més senzilla i de gran actualitat en l'àrea de l'educació mèdica.

## Qui i com garanteix a la ciutadania l'adequada competència dels seus metges?

mentatge, que ha de ser promoguda permanentment, té uns companys de viatge que assumeixen al llarg del desenvolupament professional del metge diferents protagonismes. Són coresponsables de l'aprenentatge dels metges tots aquells que en algun grau ajuden a l'adquisició i al desenvolupament de la competència professional dels metges i que, com a conseqüència, permeten al ciutadà disposar del professional mèdic més competent possible en un context i moment determinats.

Assegurar la qualitat permanent del desenvolupament formatiu requereix sobretot que els processos d'avaluació/acreditació es realitzin periòdicament i permetin introduir amb regularitat millores en el sistema. Així, donant per descomptat que qualsevol sistema sanitari té establerts mecanismes i garanties de qualitat, la pregunta concreta que cal plantejar-se és: qui i com garanteix a la ciutadania l'adequada competència dels seus metges? És evident que els actors són diversos i que al llarg del contínuum educatiu les responsabilitats estan repartides. Cada institució ha d'assumir les seves i molt especialment ho ha de fer per la seva res-



ponsabilitat amb la societat. Per aquesta responsabilitat social, cada institució garant de la qualitat de l'acte mèdic ha d'actuar sense esperar possibles normatives o regulacions. És més, si cada institució complís

amb les seves responsabilitats no només no caldria que l'Administració regulés sobre la qüestió, sinó que es podrien arbitrar desregulacions que disminuïssin solapaments i burocràcia.







**CANVI D'ERA,  
CANVI DE  
PARADIGMES**

**A** bans de fer qualsevol anàlisi sobre quins són els responsables i quines són les seves responsabilitats en l'aprenentatge i competència dels metges, cal considerar una sèrie de canvis socials i econòmics que han dibuixat un nou horitzó que, amb la globalització, és més ampli que mai (Taula 2).

## Els canvis que la societat demanda sobre la medicina afecten la formació dels metges

**TAULA 2. Canvis socioeconòmics condicionants de les competències exigibles als metges.**

- en els fins de la medicina
- demogràfics
- epidemiològics
- organitzatius
- tecnològics
- en la gestió dels recursos (*limitats*)

Hem de ser conscients que els plantejaments teòrics i la nostra capacitat d'anàlisi no són suficients per anticipar-nos als canvis socioeconòmics i als problemes que generen, i que no tenim capacitat operativa real per resoldre'ls. Independentment de barreres geogràfiques o polítiques, la medicina del segle XXI mira la malaltia amb altres ulls i aspira a evolucionar ampliant l'horitzó dels seus fins. Els canvis que la societat demanda sobre la medicina afecten, com ja s'ha reconegut, el seu ensenyament [20]. La medicina ha de ser moderada i prudent, assequible i econòmicament sostenible, justa i equitativa. La medicina se centrarà abans en el pacient que en la malaltia i respectarà les opcions i la dignitat de les persones.

Si volem facilitar la formació de metges útils a la societat, caldrà tenir en compte els canvis demogràfics generals de la població (augment total de població, canvis en la distribució geogràfica, augment d'edat de la piràmide poblacional), així com els canvis en la demografia sanitària (feminització, aparició de noves professions sanitàries). La transformació de la infermeria, professió que ha emergit com a tal en el segle XX, i la seva recent incorporació al nivell acadèmic de grau<sup>d</sup> són motiu de reflexió especialment pel que fa a la formació dels metges. Les no-

<sup>d</sup> L'adaptació de la universitat espanyola a Bolonya ha comportat, entre altres canvis, la transformació de diferents estudis; així, l'antiga Diplomatura d'Infermeria (tres anys) s'ha transformat en Grau d'Infermeria (quatre anys).



ves competències del grau permetran a la infermeria compartir àrees assistencials que fins ara eren pròpies de la professió mèdica. Aquesta qüestió és rellevant, ja que els metges tenen l'ocasió de formar-se, de fer-se competents, en disciplines verges i així exercir en nous espais professionals en lloc de sentir i discutir la cessió a la infermeria d'espais que fins ara els eren propis.

Es poden observar altres canvis importants en relació amb l'epidemiologia, amb l'aparició de noves malalties i la desaparició d'altres, o la irrupció de nous abordatges terapèutics, no només per l'aparició de nous fàrmacs sinó també per l'existència de noves tècniques o estratègies (cirurgia mínimament invasiva, teràpia molecular, genètica molecular). Com a conseqüència dels canvis demogràfics i terapèutics, arriba amb nom propi la primacia de les malalties cròniques [21] i ja s'ha plantejat que aquestes requereixen una revisió de la formació clínica [22].

Els canvis organitzatius, causats en part pels avenços tècnics com les tecnologies de la informació i comunicació (TIC), han permès disminuir en temps i en cost l'accés a la informació i han accelerat la globalització. La medicina de família s'ha de considerar com un element fonamental en els canvis organitzatius de les estructures sanitàries, en convertir-se no només en porta d'entrada i possible derivació del pacient sinó per ser l'enllaç natural del pacient amb el sistema sanitari.

**Infermeria compartirà àrees competencials que fins ara eren pròpies dels metges, cosa que permetrà als metges desenvolupar noves competències**

No són menys rellevants els canvis en la relació metge-pacient, de manera que ara el maneig de la malaltia és un acte compartit. El pacient està més ben informat i teòricament ha d'estar en millors condicions d'acceptar la seva responsabilitat en el compliment de les instruccions terapèutiques. No obstant això, són molts els estudis que posen en evidència les dificultats dels ciutadans/pacients d'entendre el que hi ha en el

**Una competència del metge és ser gestor dels recursos recordant dos principis: i) el sac té fons, i ii) el que es gasta per a una cosa impedeix gastar-ho en una altra**



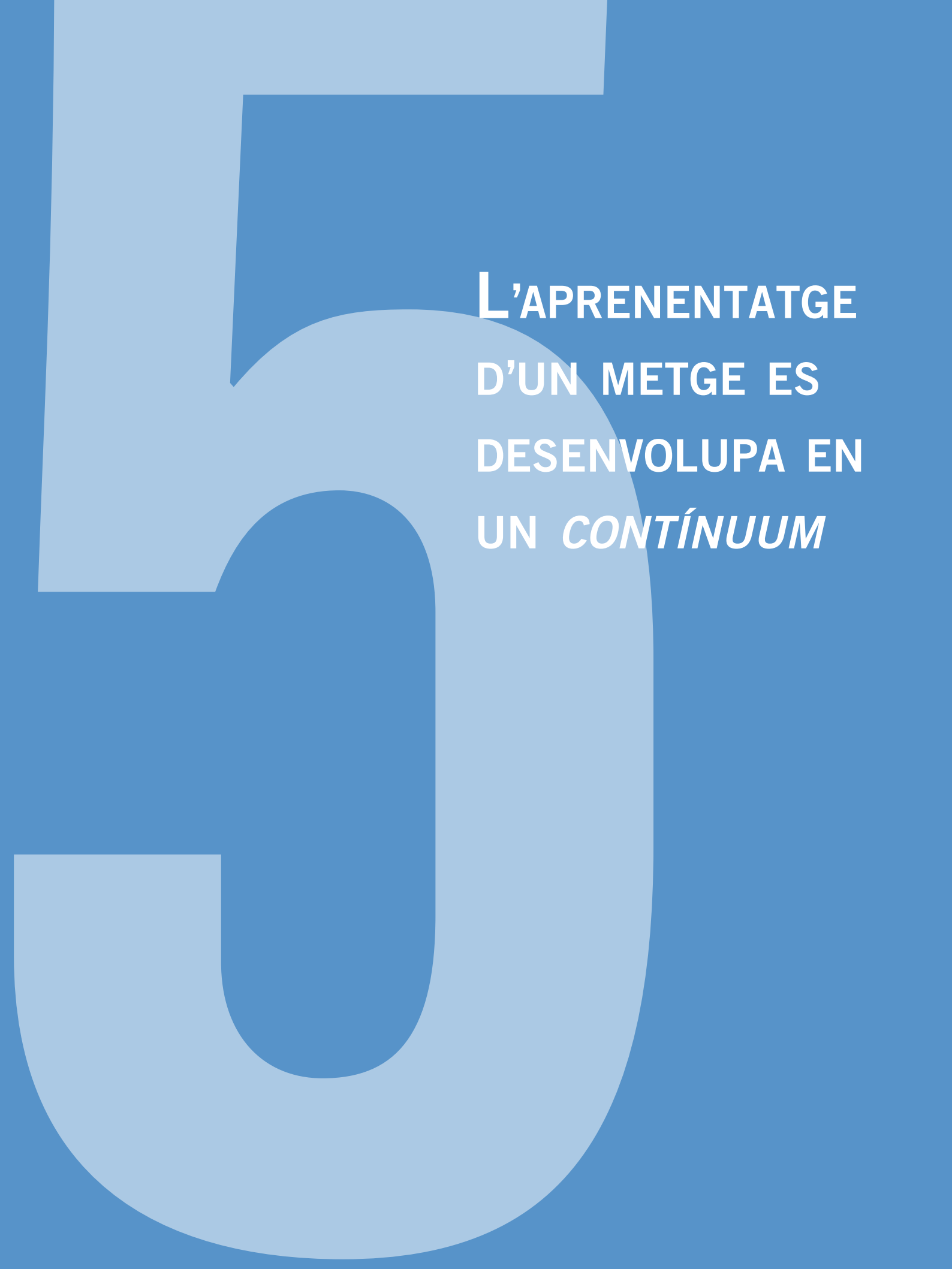


seu entorn per prendre bones decisions referents a la seva salut, el que es coneix com a alfabetització en salut o *health literacy* [23]. En aquest sentit han pres protagonisme, i hauran d'exercir-lo encara més, les associacions de pacients un cop han emergit com a actor rellevant en la gestió de les polítiques de salut.

També s'han produït avenços tecnològics que canvien el tipus d'atenció mèdica, com ara la cirurgia major ambulatoria. Finalment hem de considerar amb gran atenció una de les competències professionals dels metges,

la gestió clínica. Les circumstàncies han posat de manifest que una de les competències del metge és ser gestor dels recursos i que aquests, tant en temps de bonança econòmica com ara en temps de crisi, són limitats. Els dos principis són molt senzills, *i)* el sac té fons, *ii)* el que es gasta per a una cosa impedeix gastar-ho en una altra. Per al metge és un acte professional rellevant saber prioritzar els recursos i pressupostos de què disposa i que, en general, realitza amb escassos o nuls coneixements per a una gestió eficient dels mateixos. Per això, aquests aspectes han de formar part de la seva formació.



A large, light blue number '5' is positioned on the left side of the page, serving as a background element. The text is white and positioned to the right of the number.

**L'APRENTATGE  
D'UN METGE ES  
DESENVOLUPA EN  
UN *CONTÍNUUM***

**R**evisar la formació acadèmica universitària dels metges per obtenir el grau no és l'objecte únic ni principal d'aquest document. Aquesta etapa educativa no és sinó una part del temps d'aprenentatge, només sis anys, encara que sens dubte molt rellevant no només per establir la base de futurs aprenentatges sinó per les fissures o mancances que poden condicionar les pròximes etapes. L'aprenentatge del

cultats de medicina (Taula 3), contribueixen en diferents graus de participació i de responsabilitat en l'aprenentatge dels metges.

Paradoxalment aquest contínuum, que no és discutible i que en cap moment ha estat discutit, està lluny de ser una realitat. Si revisem el que s'ha esdevingut en els últims cinc anys, trobarem un bon nombre d'institucions, experts, taules rodones i altres activitats que han reclamat la importància del contínuum educatiu de la formació mèdica o el que hauria de ser el desenvolupament professional. No obstant això, l'aprenentatge dels metges està estructurat en tres segments, grau, formació especialitzada i DPC i la formació continuada (FC), que estableixen pocs llaços d'interconnexió, per no dir que en múltiples ocasions són veritables compartiments estancs. A més, cada un d'aquests tres compartiments s'identifiquen amb noms propis que els proporcionen una pseudopertinença: el grau és propietat en exclusiva de la universitat, la formació especialitzada ho és de les institucions sanitàries acreditades per a la docència i el DPC i l'FC són propietat d'una caixa negra d'amo incert. S'apunta com a principal responsable d'aquesta incomunicació a l'Administració a causa de la seva lenta capacitat normativa i legislativa. Però assenyalar l'Administració com a únic responsable és una manera fàcil i enganyosa d'amagar la realitat. Ningú no impedeix establir programes i objectius conjunts a institucions implicades en segments consecutius de la formació mèdica, que, de fer-ho, podrien desenvolupar la

**El grau-màster és propietat de la universitat, la formació d'especialistes ho és de les institucions sanitàries acreditades per a la docència i el DPC i l'FC són propietat d'una caixa negra d'amo incert**

metge clínic es fa en un contínuum que comença a la facultat de medicina i no té fi. Ja s'ha assenyalat la importància conceptual que el primer responsable de l'aprenentatge sigui el propi metge, però al llarg dels diferents períodes del seu desenvolupament professional es trobarà acompanyat per diverses institucions entre les missions de les quals està facilitar l'aprenentatge dels professionals. Aquestes institucions, encapçalades per les universitats amb les seves fa-



**TAULA 3. Institucions/organitzacions espanyoles implicades en la formació mèdica.**

<b>1. Institucions del sistema educatiu</b>
1.1. Formació de grau-màster, doctorat i postgrau (universitats i administracions d'educació i de sanitat <sup>e</sup> )
1.2. Formació d'especialistes (institucions assistencials, administracions, CNECS, unitats docents, caps d'estudi, tutors i d'altres)
1.3. Formació per al DPC i l'FC (proveïdors, gestors i intermediaris)
<b>2. Institucions del sistema sanitari</b>
2.1. Empresaris/patronals proveïdores de serveis assistencials
2.2. Òrgans finançadors i reguladors de la formació mèdica (administracions central i autonòmiques i entitats de dret públic)
<b>3. Organitzacions professionals mèdiques i biomèdiques</b>
3.1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), col·legis oficials de metges i altres col·legis
3.2. Societats/institucions científiques
<b>4. Organitzacions industrials, comercials i intermediadores</b>
4.1. Indústria farmacèutica, biotecnològica, d'equipaments tecnològics i les TIC
4.2. Organitzacions comercials/intermediadores (MEC) <sup>f</sup>
<b>5. Organitzacions de la ciutadania</b>
5.1. Associacions de ciutadans i pacients
5.2. Xarxes socials

<sup>e</sup> Encara que diferents administracions sanitàries han preferit ostentar el terme 'salut' en lloc del terme 'sanitat', en aquest treball s'utilitza el segon per evitar demagògies.

<sup>f</sup> El terme MEC o MECs és l'acrònim de *medical education companies* i agrupa tot tipus d'organitzacions comercials o industrials relacionades amb la provisió de formació mèdica. Als Estats Units, estan reconegudes i sotmeses a processos d'acreditació per l'ACCME si volen donar crèdits per a la recertificació professional, mentre que a Europa actualment les MEC estan sent objecte de discussió.



**TAULA 4. Marc de competències necessàries per a la pràctica mèdica segons el CanMEDS.**

▪ expert
▪ comunicador
▪ col·laborador
▪ gestor
▪ defensor de la salut ( <i>health advocate</i> )
▪ acadèmic ( <i>scholar</i> )
▪ professional

El CanMEDS es refereix a l'expert com aquell que és competent en la clínica o, dit d'una altra manera, una competència *sine qua non* del bon metge és ser clínicament competent. Però per ser un clínic competent ha de posseir les altres sis competències.

seva activitat gairebé sense solució de continuïtat.

Però el *contínuum* no és una quimera. Disposem de nombrosos exemples a diferents països. Entre d'altres, destaca com un model de planificació estructurada del *contínuum* formatiu del metge el programa canadenc sota l'auspici del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada conegut amb el nom de CanMEDS [24]. Aquest programa defineix el marc de competències necessàries per a la pràctica mèdica (Taula 4) i, basant-se en aquestes competències, s'articula la formació necessària per a la millora de l'assistència.

El programa CanMEDS s'ha desenvolupat durant més de vint anys a partir de les experiències i necessitats dels ciutadans i pacients. Els rols bàsics definits pel CanMEDS s'han convertit, tant al Canadà com internacionalment, en estàndards de l'art de la medicina i són un marc de referència per al desenvolupament professional, l'FC i la seva avaluació.



A large, light blue, stylized number '6' is positioned in the background, partially overlapping the text. The number has a rounded top and a vertical stem with a rounded bottom. The text is white and positioned to the right of the number's stem.

**ETAPES EN  
L'APRENTATGE  
DELS METGES**

És clàssica, però continua sent útil, la divisió de l'aprenentatge dels metges en tres períodes, el grau, la formació especialitzada i el DPC, període en el qual l'FC representa un element rellevant (Taula 5).

No obstant això, com ja s'ha assenyalat en parlar del contínuum, un dels problemes notoris en la formació dels metges és la manca de ponts entre aquests tres compartiments ancorats cada un en estructures de governança molt diferents. Entre l'organit-

**TAULA 5. Períodes en l'aprenentatge dels metges a Espanya.<sup>g</sup>**

<p><b>1. Formació acadèmica</b></p> <hr/> <p>a. grau-màster</p> <hr/> <p>b. doctorat</p> <hr/> <p>c. altres graus o mestratges</p> <hr/> <p>d. altres diplomes acadèmics (activitats de postgrau)</p> <hr/>	<p><b>3. Desenvolupament professional continu (DPC)/formació continuada (FC)</b></p> <hr/> <p>a. diplomes de formació reglada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diplomes d'acreditació</li> <li>• diplomes d'acreditació avançada</li> </ul> <hr/> <p>b. reconeixement d'altres activitats formatives</p> <hr/> <p>c. reacreditacions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recol·legiació<sup>h</sup> (valors professionals, competències genèriques)</li> <li>• recertificació (competències específiques i DPC)</li> </ul> <hr/>
<p><b>2. Formació especialitzada</b></p> <hr/> <p>a. especialitat mèdica oficial</p> <hr/> <p>b. àrees de capacitació específica (ACE)</p> <hr/>	

<sup>g</sup> La nomenclatura utilitzada a Espanya pot induir a confusió en altres països o latituds. Així hem d'entendre que, 1. A Espanya el títol de grau en medicina és l'equivalent al de metge, llicenciat en medicina o graduat en medicina (MD) d'altres països o continents. 2. El grau de mestratge és equivalent a un postgrau universitari (a l'Amèrica Llatina) o estudis diferents a l'activitat mèdica (com ara salut pública, administració d'empreses, investigació clínica). 3. El criteri per atorgar diplomes o certificats varia en els diferents països. 4. En general, s'ha d'entendre que els professionals se certifiquen, mentre que les institucions, els programes o els centres de recerca s'acrediten. 5. De la mateixa manera, els professionals es recertifiquen. 6. El concepte de validació vol dir que una qualificació professional obtinguda en un país/regió és acceptada (validada) com a tal en una altra.

<sup>h</sup> A Espanya, el Consell General de Col·legis Oficials de Metges (CGCOM) ha desenvolupat un procés voluntari de recol·legiació denominat validació periòdica de la col·legiació (VPC).



zació de les estructures sanitàries la cultura anglosaxona ens brinda diversos exemples del que ells denominen *joint committees*<sup>i</sup> (comissions o comitès conjunts o mixtos). El seu funcionament i fruits són lloables i la seva missió és precisament enllaçar diferents institucions o organismes relacionats amb els metges, amb la seva formació o amb la seva competència. Establir diferents comitès o comissions conjuntes (per exemple universitat-col·legis, col·legis-societats científiques, CNECS-CNDFM) no només no és una càrrega de gran cost sinó que no requereix cap formulació oficial en els butlletins oficials de l'Estat o de les comunitats autònomes.

La credibilitat i acceptació d'aquest tipus d'estructura, comitè conjunt o comissió mix-

<sup>i</sup> Comissió mixta, o conjunta, és el terme que defineix un comitè amb membres de més d'una organització.

**Els comitès conjunts implicats en la formació mèdica tenen com a missió enllaçar diferents institucions i organismes i s'han de guanyar la credibilitat mitjançant el seu compromís i agilitat**

ta, no ha d'arribar via administrativa a través d'una nova regulació, sinó pel compromís explícit de les institucions implicades per adaptar-se, permanentment, a una gestió impecable, amb un funcionament ètic i amb responsabilitat social.







**OBJECTIUS  
I COMPETÈNCIES  
CURRICULARS:  
UN PROCÉS  
DINÀMIC PER  
A LA MILLOR  
QUALITAT  
ASSISTENCIAL**

Diverses institucions de prestigi internacional han definit objectius i estàndards de l'aprenentatge/formació dels metges. El 2002 ho va fer l'IIME [25] de Nova York i el 2003 es va publicar la trilogia de la WFME [26-28], que abasta les tres etapes, el grau, l'especialitat mèdica i l'FC encara que no especifiquen les competències professionals. Als Estats Units (EUA), diferents institucions<sup>j</sup> han definit les competències que s'han de mostrar al final de cada etapa i són utilitzades com a marc de referència per a la certificació i recertifica-

obstant això, és oportú introduir per a la seva discussió certs elements generals relacionats directament amb els objectius i les competències curriculars, vàlids per a qualsevol de les tres etapes d'aprenentatge/formació o fins i tot, millor, per al *continuum* formatiu.

Des d'una visió històrica de l'aprenentatge de la medicina es podria dir que durant molt de temps les ciències morfològiques han estat la porta d'entrada al seu estudi. Però ni les ciències morfològiques són avui la primera porta de la medicina ni la porta actual ho serà demà. Aquesta consideració introdueix el concepte que tant els objectius que pretén cobrir la formació mèdica com les competències que s'han de mostrar al final de cada etapa no són immutables sinó que han d'estar adaptats a les necessitats finals que no són altres que la millor qualitat de l'assistència prestada als pacients.

En els últims anys, hem intensificat l'interès per les competències transversals o genèriques sense que això hagi estat en perjudici de les competències específiques. Les habilitats de comunicació, la informàtica, els idiomes, l'empatia professional, el pensament crític, el maneig de la incertesa i moltes altres competències genèriques o transversals ens serviren d'exemple per posar de relleu la seva transcendència creixent. Van der Vleuten [29] ha posat de manifest que, com qualsevol altra competència, les competències genèriques o transversals, a efectes d'avaluació, també són específiques de con-

En els últims anys, hem intensificat l'interès per les competències transversals o genèriques sense que això hagi estat en perjudici de les competències específiques

ció dels seus respectius professionals. En qualsevol cas, aquest treball ni pretén ni ha de revisar els continguts i les competències de l'aprenentatge/formació dels metges. No

<sup>j</sup> Vegeu les competències definides per l'Association of American Medical Colleges (AAMC), l'American Board of Medical Specialties (ABMS) i el Liaison Committee for Graduate Medical Education (LCGME).



text, i a més ha mostrat que quan apareixen problemes en la pràctica clínica són precisament aquestes competències les que estan joc. En un altre treball, Meng [30] mostra com l'èxit en el mercat laboral està més determinat per les competències genèriques que per les específiques i per això és un deure inexcusable potenciar el desenvolupament i l'aprenentatge de les competències genèriques. Totes les competències genèriques es poden aprendre o millorar. Ni el saber patinar ni l'empatia professional no són dons. Cadascuna d'elles és una habilitat sobre la qual es pot tenir més o menys capacitat d'execució però que en qualsevol cas es pot aprendre i sens dubte es pot millorar.

No podem discutir la importància de les diferents competències genèriques, el que sens dubte mereixeria un estudi detallat. No obstant això, val la pena que s'exposi la transcendència d'alguna d'elles a tall d'exemple. Per això, ens pot servir un treball recent de The King's Fund [31] on s'exposa la capacitat de lideratge com a competència clau per a la millora de l'atenció mèdica. En el capítol 1.3 (vegeu el taula 1), s'han esmentat les diferents transformacions socials que ens han portat a un canvi de paradigma en l'atenció sanitària, en com els pacients volen ser atesos i en com els metges han d'atendre els seus pacients. Pot el sistema sanitari assumir aquests canvis sense els líders necessaris per dirigir els processos de canvi? Pretendre que els diferents professionals implicats en la sanitat, competents en les seves respectives àrees de co-

neixement, inclosos els metges, puguin assumir els canvis que requereixen els nous paradigmes sense cap formació específica i molt especialment sense formació en lideratge no és més que una quimera. En aquest sentit l'esmentat treball de The King's Fund proposa unes recomanacions al National Health Service (NHS) del Regne Unit, que probablement són generalitzables en la seva majoria. En la seva opinió, l'NHS hauria d'activar amb urgència accions de formació en:

- habilitats bàsiques de gestió (gestió de projectes, coneixement financer i millora de processos);
- habilitats bàsiques de lideratge (capacitat d'incidir, involucrar, prendre decisions, informar l'equip, executar una tasca, donar *feedback*, crear xarxes);
- la millor comprensió de tot el sistema/organització per apreciar no només el propi treball (del metge) sinó com funciona la globalitat del procés assistencial; i
- la gestió dels actes professionals bàsics i la identificació de talents.

**La capacitat de lideratge és una competència clau per a la millora de l'atenció mèdica**



No ens hem d'estranyar si als EUA i alguns països europeus trobem aquesta competència, la capacitat de lideratge, inclosa en els programes de diferents especialitats i societats científiques. No obstant això, la realitat actual en les institucions educatives espanyoles que ens trobem al llarg del *contínuum* no incideix prou en aquesta competència ni en moltes altres competències genèriques.

Quant a les competències específiques, també estan sotmeses als mateixos processos de canvi en funció de les necessitats. La diferència amb les competències genèriques és que la necessitat de canvi o d'actualització és més evident i per tant la inclusió o exclusió d'objectius i competències és fàcilment acceptada tant per docents com per discents.





**MÉS ENLLÀ  
DELS CONTINGUTS I  
LES COMPETÈNCIES  
CURRICULARS  
TRADICIONALS**

L'apartat anterior exposa la necessitat d'una permanent actualització tant dels objectius curriculars com de les competències que cal adquirir o mantenir en cada etapa professional, però cal una reflexió que vagi més enllà de l'actualització permanent dels continguts i les competències del metge. Es tracta de visualitzar quins altres camps de formació necessitarà el metge del futur. Caldrà assumir el risc de

**Caldrà assumir el risc de predir quines àrees de coneixement, que encara no han estat prioritzades fins ara, seran imprescindibles per a l'exercici professional del metge del futur**

predir quines àrees de coneixement, que no han estat prioritzades fins ara o que ho han estat molt superficialment, seran imprescindibles per a l'exercici professional del metge del futur. Les institucions/organitzacions que faciliten/proveeixen la formació dels metges han d'aprofundir en aquesta reflexió i expandir els continguts i competències dels metges cap a altres fronteres, altres camps i altres àrees de coneixement més enllà de les tradicionals. Per reflexionar-hi ens

valdran dos exemples molt diferents, l'alfabetització en salut (*health literacy*) i el de l'àrea de les ciències cognitives. Són dos exemples de fàcil comprensió i acceptació atès que veus autoritzades han alertat de la seva necessitat i han mostrat la seva manca en la formació dels metges. Aquests dos exemples han de despertar l'alerta que els continguts curriculars tradicionals no són suficients per al metge del futur i ens han d'estimular en la recerca prospectiva d'altres àrees que cal incorporar a la formació mèdica.

L'alfabetització en salut s'ha definit com la capacitat dels pacients per processar i entendre tota la informació de salut que se'ls proporciona per tal que puguin prendre les decisions més apropiades per a la seva salut [23]. L'alfabetització en salut és un concepte dinàmic, una interacció entre dos elements, el sistema i el ciutadà/pacient. El que s'ha de considerar en aquest treball és el paper del metge, com a element rellevant del sistema, en l'alfabetització en salut. Les institucions responsables de la formació mèdica hauran de considerar quina formació, quines habilitats i actituds del metge faciliten i milloren la interacció entre les parts. La Harvard School of Public Health ha desenvolupat un departament<sup>k</sup> pensat per als professionals de la salut i de l'educació interessats en la *health literacy* o alfabetització en salut.

<sup>k</sup> Pàgina web de The Harvard School of Public Health: Health Literacy Studies, disponible a <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>. Data d'accés: 23 d'agost de 2012.



L'àrea de les ciències cognitives permet plantejar dues qüestions: saben els metges com pensen els metges? i coneixen els metges quins errors cometen els seus processos cognitius? La transcendència d'aquestes dues preguntes és clara: com més bé es coneguin els processos del raonament (clínic), millor serà el diagnòstic i es cometran menys errors.

Un tipus d'aprenentatge fonamental en el procés d'esdevenir metge és l'aprenentatge a partir de l'experiència. Per tal que aquest es produeixi l'experiència per si sola no és suficient. Aquest tipus d'aprenentatge es produeix si després de l'experiència existeix reflexió [32]. De fet, la capacitat reflexiva i el raonament en la resolució de problemes clínics representen el nucli fonamental de la competència clínica. La reflexió s'està identificant cada vegada més com a un component clau del professionalisme mèdic [33]. És un procés que capacita els metges per determinar les seves accions, revisar críticament aquestes accions i actuar a partir dels resultats per al millor interès del client o pacient. La reflexió és un procés metacognitiu que crea una comprensió més gran tant d'un mateix com de la situació de manera que les accions futures poden basar-se en aquesta comprensió [34]. Aquest és un procés nuclear en el desenvolupament professional. Atès que els estudiants no adopten hàbits d'aprenentatge reflexiu de forma espontània, és clarament rellevant incorporar aquestes pràctiques en tots els nivells educatius.

## Saben els metges com pensen els metges?

La preparació del metge en les ciències cognitives és, si més no, molt superficial, per la qual cosa cal incorporar-les amb més extensió i profunditat en la seva formació [35]. Aquest exemple de l'àrea de les ciències cognitives permet, des d'un punt de vista pragmàtic, considerar dues vessants. La primera són els avantatges que el domini dels mecanismes fisiològics de com es processa el pensament i de com s'usa la memòria poden reportar al metge en la seva activitat clínica i en especial al diagnòstic clínic. D'altra banda, recordem que el raonament de l'expert no és igual que el de l'aprenent pel que hem d'inferir que el raonament clínic pateix modificacions des que l'estudiant inicia els estudis de medicina fins a la seva activitat com a professional sènior expert. El professional novell utilitza fonamentalment, com a procés de raonament davant d'un problema, un diagnòstic, el mètode hipoteticoductiu. No obstant això, l'expert és capaç de curtcircuitar mitjançant dreceres (*shortcuts*) el mètode hipoteticoductiu i utilitzar altres processos de raonament com el reconeixement de patrons. Aquestes alternatives permeten accelerar la solució del problema, el diagnòstic, i alliberar espai neuronal per a la percepció i maneig d'un





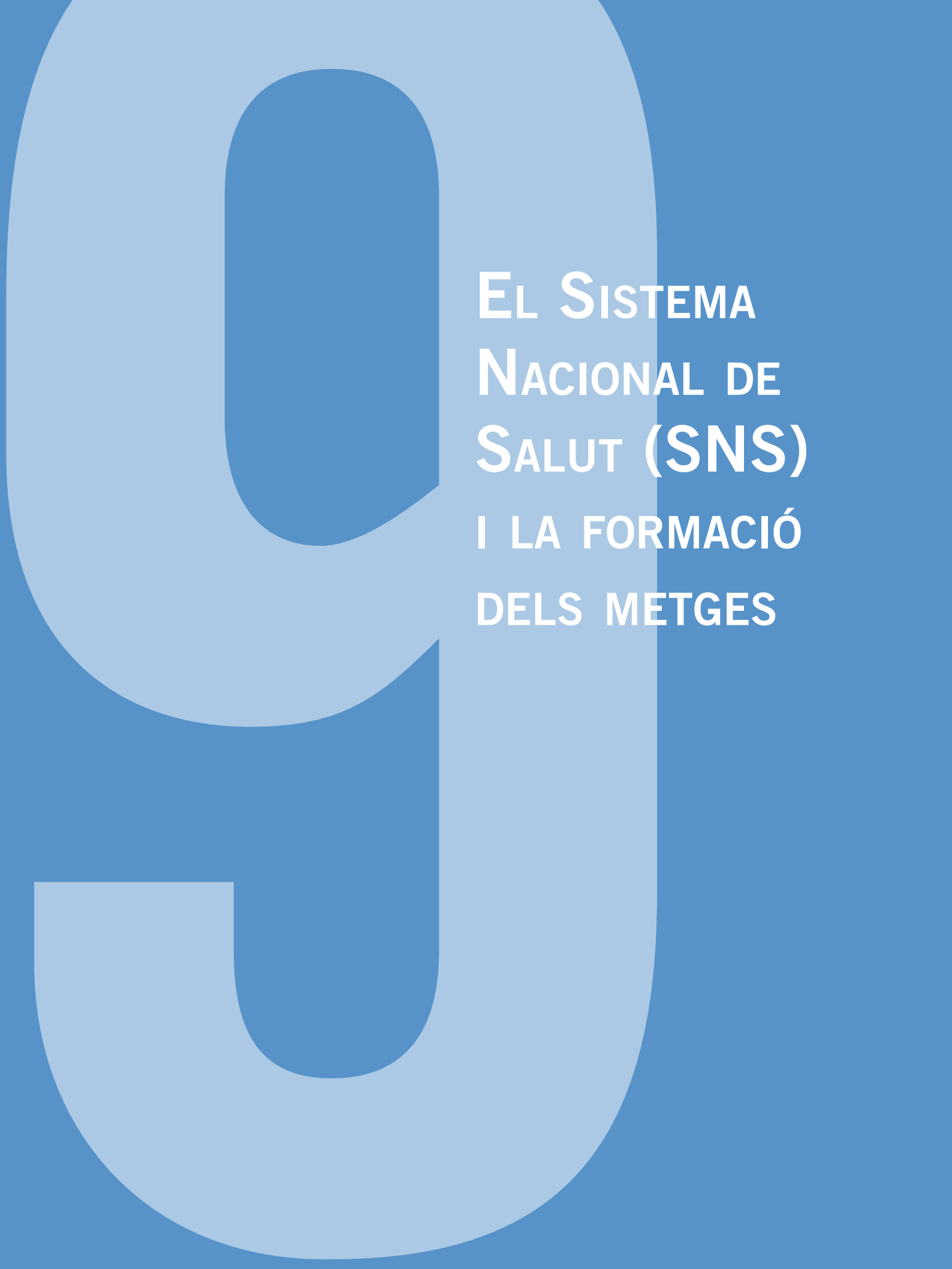
nombre més gran d'elements, fet que caracteritza els experts [36-38].

No obstant això i en contraposició als *shortcuts*, ens trobem amb la segona qüestió

**Cal fer competents els metges en àrees de coneixement no tradicionals o habituals en els continguts curriculars**

que cal considerar i que és l'aparició dels biaixos cognitius i les rutines, el desconeixement dels quals pot, sovint, ser una font d'errors mèdics. Donem per sabut que l'error mèdic és multifactorial i el raonament clínic és només un d'aquests factors. Però el que estem introduint en aquest apartat i amb aquest exemple és la necessitat de fer competents els metges en àrees de coneixement no tradicionals o habituals en els continguts curriculars. Com que es disposa d'àmplia informació sobre els biaixos cognitius [39-40], es pot deduir que una preparació més gran en els processos de raonament evitaria o disminuiria biaixos propis del clínic expert.



A large, light blue, stylized number '9' is positioned on the left side of the page, serving as a background element. The rest of the page has a solid medium blue background.

**EL SISTEMA  
NACIONAL DE  
SALUT (SNS)  
I LA FORMACIÓ  
DELS METGES**

Com que el sistema sanitari és un element inspirador i definidor del tipus de metge que es requereix, és forçós tenir-lo present tot i haver assenyalat abans que aquesta dificultat s'evitaria en la mesura del possible centrant el problema en les competències. Diverses preguntes ens poden il·lustrar la problemàtica que genera l'estructura de l'SNS i que condiona la formació dels metges. Com és l'estructura funcional, la real, del nostre SNS? Són equiparables les institucions proveïdores de l'atenció sanitària a les diferents comunitats

autònomes? Les estructures d'atenció primària i d'atenció hospitalària són equilibrades? Es dona suport al sistema més en la primera que en la segona o viceversa? Si es parla de les estructures de primària i de les estructures terciàries, es pressuposa que existeixen estructures secundàries o intermèdies? Ha d'haver-hi aquest tipus d'atenció secundària o intermèdia? Els recursos humans de l'atenció primària, a més d'altres professionals no mèdics, estan constituïts pels metges de família i els pediatres, però ha d'haver-hi altres especialistes en l'atenció primària? Al marge del metge de família i del pediatre, és irremeiable que la resta d'especialistes siguin, des del moment en què obtenen l'especialitat, metges assistencials propis de les estructures terciàries? I la salut pública, ha d'estar més present en les estructures assistencials? S'ha de considerar que és una especialitat clínica?

**TAULA 6. Nivells funcionals del Sistema Nacional de Salut (SNS) espanyol.**

1. Atenció primària
2. Atenció hospitalària
3. Salut mental
4. Sistemes intermedis
a. de primària/extrahospitalaris
b. d'hospital (no terciari)
5. Salut pública
6. Atenció sociosanitària
7. Altres nivells assistencials

Amb un plantejament pragmàtic, l'estructura de l'SNS (Taula 6) mostra disfuncions entre les tasques que l'SNS demanda i la capacitat dels professionals. Un dels punts més complexos ve representat per la intersecció entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària. En la pràctica, en algunes tasques, no està ben definit ni molt menys resolt, el límit competencial del metge especialista en medicina familiar i comunitària o del pediatre amb la competència d'altres especialistes. Una altra formulació del mateix problema és si, a més del metge de família i el pediatre, ha d'haver-hi o no especialistes la responsabilitat i activitat laboral dels



quals es trobi fonamentalment en l'atenció primària i, per tant, el seu lloc natural d'exercici no sigui l'hospital. En la pràctica, el nivell intermedi entre l'atenció primària i la terciària ha estat ocupat en unes ocasions pel metge de família, en d'altres per l'atenció hospitalària i en un bon nombre de casos per un reforç laboral contractat *ad hoc*, que no pertany a cap dels dos col·lectius però que sobretot no sent com a seu el pacient al qual assisteix i sobre el qual informa. Segurament el problema organitzatiu es pot resoldre de diferents maneres, però sigui quina sigui la solució en aquest punt, hi ha un problema previ relacionat amb la definició de competències i amb l'estructura de formació dels metges: com i per a què se'ls forma.

Tal com es comentarà en l'apartat sobre planificació de la formació dels metges, un procés correcte de planificació ha d'anar des del que es persegueix, cobrir les necessitats de salut de la població, fins als continguts formatius més bàsics, el contingut curricular. No és d'estranyar, doncs, que la formació especialitzada condicioni la formació de grau; en tot cas, el que sorprèn és que els responsables del grau es queixin d'això. I què o qui condiona la formació especialitzada i el desenvolupament professional? No ens enganyem, el mercat laboral defineix el producte que requereix i en definir-lo no només el condiona sinó que considera lícit intervenir directament en la formació del professional. En aquest sentit, sovint la influència de l'ocupador s'ha de qualificar

d'excessivament intervencionista, ja que genera una perversió en el sistema tant més greu com que en la majoria de les ocasions l'ocupador és la mateixa Administració. No és una acusació gratuïta, sinó la constatació que en l'última dècada l'Administració, a més d'ocupador, exerceix en moltes ocasions de formador i sempre de regulador. Per això, i per evitar ser jutge i part s'han d'establir mecanismes transparents i separats per

**En moltes ocasions,  
l'Administració exerceix  
d'empresari i de formador, però  
sempre exerceix de regulador.  
Per evitar ser jutge  
i part s'han d'establir  
mecanismes transparents  
i separats per a cadascuna  
de les funcions**

a cadascuna de les funcions, i delegar en organismes tècnics tot allò la gestió del qual es pugui exercir fora de l'Administració. Als països amb cultura democràtica, ningú no hauria de qüestionar estructures tècniques amb capacitat d'adaptar solucions al possibilisme, simultàniament a captar l'acceptació



tant social com professional. L'Administració té la *potestas*<sup>1</sup> del dret romà a la qual no ha de renunciar, però ha d'utilitzar per al bon govern l'*auctoritas*<sup>m</sup> allà on es trobi.

<sup>1</sup> En el dret romà s'entén per *potestas* el poder socialment reconegut. Ostenta la *potestas* aquella autoritat, en el sentit modern de la paraula, que té capacitat legal per fer complir la seva decisió. El concepte es contraposa a l'*auctoritas* o saber socialment reconegut.

<sup>m</sup> Ostenta l'*auctoritas* aquella personalitat o institució que té capacitat moral per emetre una opinió qualificada sobre una decisió. Si bé aquesta decisió no és vinculant legalment, ni pot ser imposada, té un valor d'índole moral molt fort. El terme és en realitat intraduïble, i la paraula catalana 'autoritat' a penes és una ombra del veritable significat de la paraula llatina. El concepte es contraposa al de *potestas* o poder socialment reconegut.

El corol·lari que es desprèn d'aquest apartat, que com s'ha dit no pretén analitzar les bondats dels sistemes sanitaris, no és altre que suscitar la necessitat d'actualitzar d'una banda el sistema sanitari amb nous eixos de centralitat (el pacient, la malaltia crònica o d'altres) i, d'altra banda, la formació dels professionals que han de treballar en aquest sistema. En altres paraules, una reorganització del sistema sanitari comporta la necessitat de formar professionals amb noves competències. Els professionals que tenim avui dia poden ser i han de ser útils en un nou escenari, però per a això han d'aprendre el nou paper que hauran d'interpretar.



# 10

**PLANIFICACIÓ/  
AVALUACIÓ DE  
L'APRENENTATGE  
DELS METGES**

La planificació té dues vessants, la qualitativa i la quantitativa. En el nostre cas, la planificació dels metges consisteix a saber el què, les característiques necessàries dels metges per cobrir les necessitats, i el quant, el nombre de metges que es requereixen per fer-ho. Als EUA, s'ha avançat a definir els perfils professionals que es

## El procés de planificar és inseparable del d'avaluar

volen o calen, és a dir, les competències, a través d'un acte col·laboratiu amb les associacions professionals, les quals estan en millor condició de definir els aspectes no cognitius. No obstant això, a Espanya els avenços que s'han de qualificar de positius han estat molt teòrics amb insuficient repercussió en els programes formatius. En un altre lloc que no aquest, s'hauria d'abordar l'altra qüestió, la quantitativa, amb criteris de planificació nacional i no de constriccions presupostàries o polítiques quan no oportunistes. Finalment cal recordar que el procés de planificar és inseparable del d'avaluar. L'avaluació no s'improvisa *a posteriori* sinó que ha d'estar prevista per endavant.

Així doncs, com qualsevol altre procés, la formació dels metges ha d'estar planificada i avaluada per un elemental control de qua-

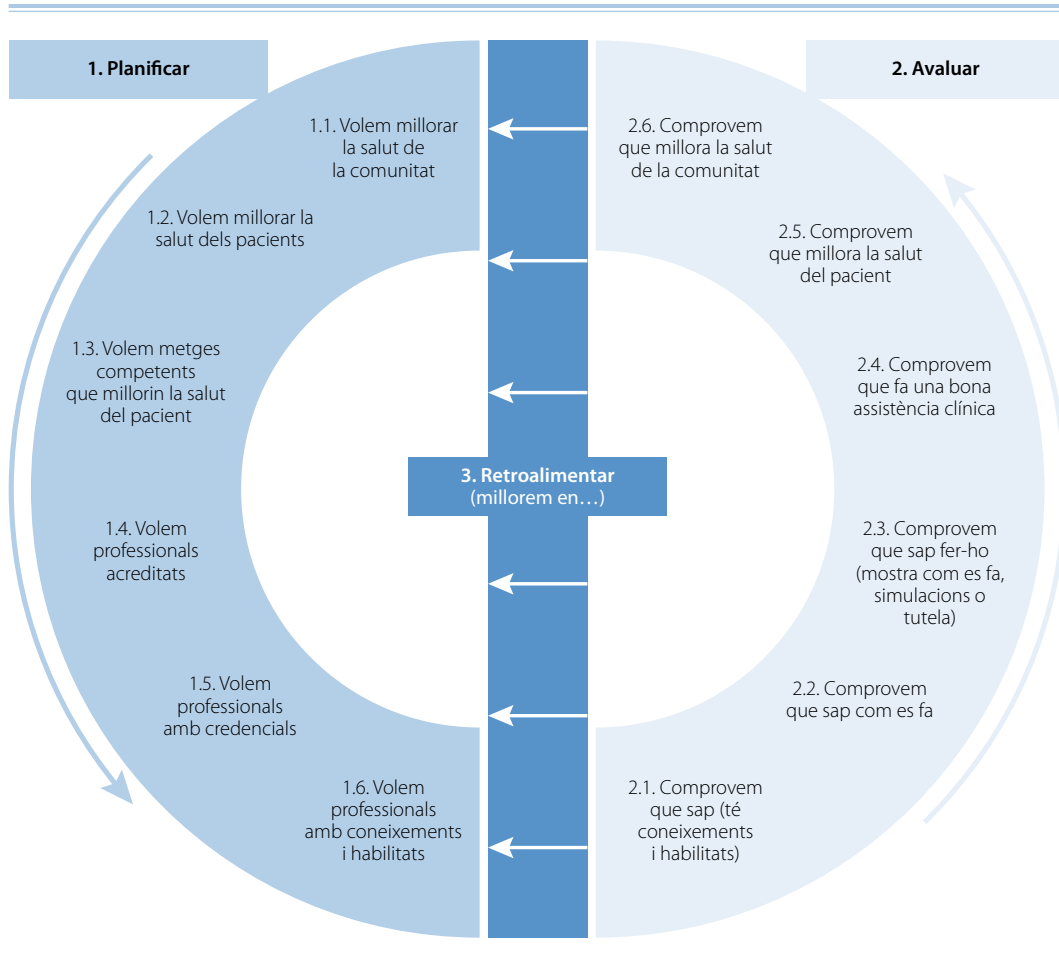
litat. Aquests dos processos, el de planificar la tipologia de metges que fan falta i el d'avaluar el producte resultant, segueixen una estructura paral·lela i molt similar, representada al cercle PAR de la Figura 2. No obstant això, planificar i avaluar mostren característiques pròpies que no sempre es tenen en compte. La primera diferència és que la planificació és un procés previ al de l'avaluació. La segona característica diferencial, també substancial, es refereix al fet que la planificació discorre del general al particular, de la ciutadania a l'aprenent, mentre que els processos d'avaluació discorren en sentit invers, és a dir, del particular al general, de l'aprenent a la ciutadania. Finalment, hi ha una tercera qüestió rellevant que és el *feedback* o informació que proporciona l'avaluació. Aquesta informació és l'element clau per, si fos el cas, modificar o introduir millores en la planificació. Malauradament el *feedback* no sempre s'utilitza de forma adequada, ja que s'infravalora la seva capacitat de millora quan no es menyspreen les seves possibilitats.

Avaluar<sup>n</sup> és un constructe de diferents components dels quals destacaríem tres: *i*) recollir informació (mesurar), *ii*) formular un judici de valor en relació amb estàndards prèviament definits, i *iii*) prendre decisions de cara a la millora. Si no es donen aquests requisits no estem avaluant. Així doncs, si pretenem avaluar la formació dels metges a

<sup>n</sup> Hi ha una extensa bibliografia al respecte: R. Tyler (1950), Cronbach (1963), Tenbrink (1981) i De la Orden (1987).



**FIGURA 2. Cercle PAR (1. planificar, 2. avaluar i 3. retroalimentar) de la formació dels professionals de les ciències de la salut.**



través de la competència professional, cal mesurar l'acte mèdic, emetre el judici sobre si és o no l'adequat o pertinent en relació amb els estàndards definits i adoptar les mesures necessàries en el cas que el judici no sigui favorable. Aquestes mesures no han

de ser altres que activar la formació *ad hoc* per tal que el pròxim acte professional del metge s'ajusti a un judici favorable. La finalitat última de l'avaluació de la competència del metge no és altra que assegurar al ciutadà que rep l'atenció adequada.



## La planificació:

- i) és un procés previ al de l'avaluació,
- ii) discorre del general al particular mentre que l'avaluació discorre del particular al general

Se n'ha de deduir que l'avaluació de l'acte mèdic aporta una efectivitat doble. Primer és útil per al metge, ja que rep una informació que li indica on es troba el seu nivell competencial i, en funció d'aquest nivell, quin ha de ser el seu programa formatiu,

L'avaluació de l'acte mèdic aporta dues utilitats: per al metge, ja que li indica el seu nivell competencial i, per al pacient, ja que li garanteix una assistència de qualitat

el *remedial*,<sup>o</sup> que s'ha de realitzar a partir d'aquest moment. I, en segon lloc, per al pacient, ja que se li garanteix que l'assistència que rep té una qualitat contrastada. La qualitat de l'acte mèdic no és separable de l'avaluació de la competència, que ha de ser exigida tant pel ciutadà com pel metge. En un sistema sanitari complex com el nostre, el metge exerceix majoritàriament en una organització i en un lloc de treball per al qual s'exigeixen unes competències determinades. Aquesta exigència del lloc de treball, del perfil que requereix l'empresari, no només no s'ha d'interpretar com una tramba més per al professional, sinó com una guia per indicar el millor desenvolupament professional. Així, el professional i el ciutadà sabran quines competències té el professional i qui vetlla per elles (Taula 7).

El 1990, Miller [41] va formular l'esquema per avaluar la competència clínica en quatre nivells. Aquesta proposta es coneix com piràmide de Miller i ha assolit una merescuda popularitat. Al cercle PER de la figura 2 podem observar com els nivells 2.1, 2.2, 2.3 i 2.4 es corresponen amb els quatre nivells de la piràmide d'avaluació de Miller. No obstant això, el cercle PER és més complex ja que, a diferència de la piràmide de Miller, que incloïa només el verb avaluar, inclou tres verbs: planificar, avaluar i retroalimentar. El cercle PER s'ha d'entendre

<sup>o</sup> El Merriam-Webster defineix *remedial* com "concerned with the correction of faulty study habits and the raising of a pupil's general competence".



**TAULA 7. Credencials competencials reguladors (explícits i tàcits) i els seus gestors a Espanya.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Títols professionals</b></li> </ul>	Administracions ( <i>educació/sanitat</i> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• llicenciatura/grau/màster/doctorat</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• especialitat/àrees de capacitació específica (ACE)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diplomes d'acreditació (A) i diplomes d'acreditació avançada (DAA)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Codis professionals i estàndards competencials</b></li> </ul>	col·legis de metges/SSCC ( <i>nacionals/internacionals</i> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• codi deontològic</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• valors professionals (professionalisme)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• competències professionals</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Manteniment/renovació de competències</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• genèriques o transversals</li> </ul>	col·legis de metges/SSCC ( <i>processos de recol·legiació</i> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• específiques (d'especialitat)</li> </ul>	SSCC/col·legis de metges ( <i>processos de recertificació</i> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• perfil del lloc de treball</li> </ul>	ocupador

com un tot i és fonamental per a la seva comprensió tenir present, primer, que la planificació precedeix a l'avaluació i, segon, que la planificació comença a nivells superiors als quatre graons de la piràmide convencional de Miller.

Les credencials relacionades amb els metges i la professió mèdica són instruments

que permeten objectivar i donar fe d'uns coneixements o d'unes competències que capaciten per a un exercici concret. Els organismes responsables d'atorgar les credencials difereixen en els diferents països. La taula 7 mostra diferents credencials o codis relacionats amb els metges a Espanya i les institucions o organitzacions responsables.





The image features a solid blue background with two vertical bars of a lighter shade of blue. The bars are positioned on the left and right sides of the frame. The text is centered between these bars.

# DE LA TEORIA A L'ACCIÓ

**A**l'apartat “Canvi d'era, canvi de paradigmes” (vegeu l'apartat 1.4), s'ha abordat com –endinsats ja en el segle XXI i condicionats per diferents tipus de canvis, demogràfics, epidemiològics, organitzatius, tecnològics, de gestió i fins i tot dels propis fins de la medicina–, han aparegut nous paradigmes en diferents àrees. No són menors altres canvis socials (individu/família) o econòmics (abundància/man-

sanitària, i per aconseguir-ho també necessitem una nova formació dels metges, noves competències per desenvolupar, adequades als canvis. En la nova estructura, el metge serà un element rellevant de l'equip de salut que atindrà el ciutadà i, si s'ho proposa, continuarà sent el líder d'aquest equip. En el nou ordre de competències, els metges no han de retenir competències que històricament els han estat pròpies sinó que hauran de saber quines han de compartir amb altres professions sanitàries, especialment amb infermeria. Els metges hauran d'entendre que compartir no és perdre, ans al contrari, és recuperar espai per donar cabuda a noves competències sobre les quals ells tindran la principal responsabilitat.

**La societat, cada vegada més protagonista i informada, exigeix una nova forma d'entendre la salut, i cal formar metges amb noves competències adequades als canvis**

cança) que en poc temps han transformat un entorn que consideràvem segur en un de nou amb un horitzó ple d'incerteses. La societat, que està veient defallir l'estat del benestar, reclama una nova forma de vida que, a més, és cada vegada més llarga, i en la qual la salut adquireix una dimensió que va més enllà de la de no estar malalt. Perquè la societat, cada vegada més protagonista i informada, exigeix una nova forma de viure i d'entendre la salut, cal una nova estructura

En definitiva, ningú no pot oblidar que la confiança social és el ciment que manté la cohesió social [42] i que aquesta confiança es forja a través d'un complex diàleg social en què els diferents agents han d'estar alerta als canvis que apareixen en les expectatives d'uns agents socials sobre els altres. Els proveïdors sanitaris i els seus professionals gaudeixen d'una valoració elevada per part de la societat, més gran que la universitat i que altres institucions o col·lectius professionals [43]. Ens dirigim a una societat oberta en la qual retre comptes no només és una expectativa social sinó que també és una exigència, ja que caldrà reconèixer a temps els canvis d'expectatives i avançar-se en la presa de les mesures oportunes per mantenir o incrementar la confiança social que manté la cohesió social.



És un fet, que hauria d'estar fora de discussió, que la societat reclama un canvi de paradigma educatiu per a la formació dels metges –centrat fins ara en el coneixement científic de la malaltia abans que en el pacient i preocupat més d'ensenyar que d'aprendre–, per al qual l'Espai Europeu d'Educació Superior ha dissenyat un marc de referència [44-48]. La nostra creença absoluta, potser la podríem anomenar fe, en el progrés basat en la recerca experimental a l'ús no ens ha de fer perdre de vista l'avenç de les ciències cognitives. El sentit comú posa de manifest la necessitat de compaginar unes i altres si volem trobar el punt just. Però hi ha dues qüestions que requereixen una reflexió. Una és des d'on partim i on volem arribar; quin era el paradigma imperant i acceptat i quin ha de ser el nou. L'altra qüestió, més difícil de valorar, és si els canvis que ja s'han anat produint estan en el camí d'aquest nou paradigma al qual ens agradaria arribar o si ens n'allunyen.

Davant del canvi de paradigma educatiu hi ha hagut fets pels quals s'ha passat de puntetes i, en algunes ocasions concretes, es pot assegurar que han passat desapercebuts. Un fet insòlit ha estat la manca de reflexió de les administracions i de les mateixes universitats sobre la necessitat d'un professorat amb noves competències per abordar el nou enfocament educatiu. Bolonya necessita un nou tipus de professorat o, si es prefereix, un professorat actualitzat, preparat i format per afrontar nous reptes, noves metodologies i, sobretot, nous objectius educatius.

## La confiança social és el ciment que manté la cohesió social

Algunes universitats espanyoles han desenvolupat iniciatives dirigides a la formació de professorat fonamentalment a través dels instituts de ciències de l'educació (ICE) encara que molts d'aquests s'interessen més per la docència en els ensenyaments de primària i secundària que per la docència universitària. En qualsevol cas, no s'ha determinat l'impacte d'aquestes actuacions de formació del professorat i potser aquest professorat continuï ignorant els canvis que es requereixen. L'èmfasi que ha marcat Bolonya és aprendre més que ensenyar. El cost de fer les coses mal fetes és molt alt i, no obstant això, fa la sensació que hem estat més interessats a fer més coses que a fer-les millor. És més, ni tan sols ens hem interes-

## Bolonya ha demanat canvis però hem estat més interessats a fer moltes coses que a fer-les millor



sat per controlar de forma efectiva la qualitat dels nostres canvis.

Un altre fet també insòlit en el món de l'educació superior, en el qual es troba un col·lectiu molt qualificat i proper a l'excel·lència tècnica, és el manteniment dels usos i costums de la societat industrial, quan aquest mateix col·lectiu reconeix que ha arribat una nova era, la de la societat del coneixement. La màquina de vapor, com a paradigma de la Revolució Industrial, va permetre incrementar la producció, l'efectivitat i els beneficis, però va compartimentar

**Ens hem de plantejar superar el pensament fragmentat, dispers, desunit i compartimentat.**

**És impossible reorganitzar el coneixement si no fem convergir diferents disciplines**

l'espai de cada producte i també de cada ciutadà. Avui dia, les TIC, com a paradigma de la societat del coneixement, han superat la compartimentació i han creat una xarxa d'elements comunicats que ha conduït al que hem vingut a anomenar globalització.

Una vegada més hem de repetir que ja s'ha produït un canvi cultural i que raonablement s'han d'esperar transformacions socials noves i potser més dràstiques. La complexitat i la diversitat del món actual evidencien la caducitat dels models pensats fins ara. El text del nostre pensament s'ha d'adaptar al context actual [49]. Per això, ens hem de plantejar superar el pensament fragmentat, dispers, desunit i compartimentat. Avui és impossible reorganitzar el coneixement si no fem convergir diverses disciplines. La transdisciplinarietat ha de ser utilitzada com un instrument per unir diverses aproximacions, per fondre en un de nou els diversos discursos de pensament de cada disciplina i que el resultat doni lloc a alguna cosa més que la suma de les parts.

En paraules d'Edgard Morin [50], hem d'arribar al pensament sistèmic o complex, la qual cosa exigeix que la causalitat unilineal i unidireccional sigui reemplaçada per una causalitat multireferencial, que la lògica clàssica sigui corregida per la dialògica capaç de concebre nocions alhora complementàries i antagoniques. No es tracta tant d'una reforma programàtica com paradigmàtica. Una reforma del pensament que permeti no només separar per conèixer, sinó també unir el que està separat. Aquesta aproximació permet entendre el treball associatiu com una nova font de coneixement. Davant d'un canvi social constatat, davant d'un canvi de pensament àmpliament sustentat per la teoria i empíricament demostrat, davant tantes evidències, poden els



professionals de la docència quedar inactius, irreflexius i inoperants? Poden les institucions responsables de la formació dels metges continuar passivament el flux del corrent?

En contrast amb els professionals –i les institucions– que cultiven la seva perícia com a tècnics, la societat demandarà professionals cívics, professionals que treballin amb els ciutadans en lloc d'actuar sobre els ciutadans, senzillament que exerceixin el professionalisme cívic [51] com un instrument essencial de millora a favor del ciutadà. Per això, aquest concepte de professionalisme cívic s'ha de propiciar i ensenyar des de les estructures acadèmiques. El professorat, els estudiants i les institucions educatives, especialment la universitat, hauran d'afrontar importants canvis per sortir de l'aïllament científicotècnic en què s'embolcallen i es protegeixen. Els professionals de l'educació superior hauran de fer la seva feina més pública, amb metodologies més interactives, amb respecte al ciutadà, de manera més oberta, visible i col·laborativa, hauran d'impregnar i transmetre sòlids valors democràtics. El professorat, els estudiants i les institucions educatives s'hauran de comprometre amb la comunitat com a iguals per buscar solucions pràctiques als problemes de la comunitat. La universitat i els universitaris hauran d'utilitzar el seu exercici acadèmic habitual, el marc teòric, només com a guia de les activitats pràctiques en favor d'una societat democràtica. Els compartiments que fins ahir eren es-

tancs –ja siguin facultat, càtedra, professor, estudiant, institut, assignatura, servei, consulta o tants altres termes del sistema aprendre/ensenyar– han deixat de ser-ho per passar a formar part d'una xarxa on qualsevol acció o decisió és compartida i, per tant, ha de ser participada. Les xarxes socials (Facebook, Twitter, LinkedIn i d'altres) no són només una moda, són una realitat que mal utilitzada pot generar problemes, entre els quals destaca la barreja d'informació vàlida amb la dubtosa, però que en qualsevol cas ofereixen nombrosos aspectes positius davant els quals no hem de romandre indiferents. Participar en aquestes xarxes socials arribarà a ser una responsabilitat per, entre altres aspectes, assegurar i assegurar-se de la qualitat dels continguts que circulen per elles.

En funció del nou paradigma, els canvis bàsics del qual en els processos de formació es mostren a la taula 8, i de les conseqüències que comporta per a les institucions responsables de la formació dels metges, s'ha de considerar quins canvis d'estratègies, de processos educatius i, possiblement, d'objectius institucionals han de ser activats i, potser, accelerats amb urgència.

Moltes institucions implicades en la formació mèdica han començat reformes o adaptacions en la direcció que assenyalava la societat. Però cal un pla comú que dirigeixi el canvi que necessita aquesta societat globalitzada. Cal que aquest pla, aquesta planificació, sorgeixi d'una estructura manco-





**TAULA 8. Canvis bàsics en els processos de formació. Nou paradigma.**

1. De centrada en el professor	a	centrada en l'estudiant
2. D'ensenyar	a	aprendre
3. Del procés	a	resultats/competències
4. De coneixements i habilitats	a	actituds i conductes

munada en què tots els implicats estiguin representats i per tant una proposta unipersonal o uniinstitucional no és l'adequada. Però des del convenciment que ha arribat el moment de passar a l'acció es proposen en l'annex una sèrie d'accions per a cada institució o organització implicada en menor o major mesura en la formació dels metges.

Cada institució/organització hauria de considerar si les accions proposades mereixen o no la seva prioritització. Les accions que s'hi exposen no pretenen dogmatitzar

ni s'han de considerar exhaustives. Amb seguretat ni són totes les que estan ni estan totes les que són, i indubtablement cada institució pot formular i formularà altres accions que consideri necessàries i prioritàries en el seu àmbit. Les accions proposades pretenen tenir un punt en comú que és la urgència d'activar-les si es pretén romandre en el món del coneixement interrelacionat i intercomunicat. La formació dels metges d'una banda i mantenir i assegurar a la ciutadania la seva competència professional són dues qüestions absolutament relacionades que ja no es poden mantenir en compartiments estancs. No és ni èticament ni socialment justificable que, pel cost de les reformes necessàries ni molt menys per la comoditat o desídia d'alguns col·lectius, es mantingui la formació mèdica pròpia de l'anterior mil·lenni. Entre altres aspectes que cal revisar, l'avaluació destaca amb llum pròpia. Així, avaluació no és sinònim d'examen, l'avaluació s'ha de concebre com un element formatiu de l'aprenentatge i s'han de conèixer les diferents metodologies que

**En la formació dels metges, cal un pla comú de totes les institucions implicades que dirigeixi el canvi que necessita aquesta societat globalitzada**



permeten avaluar processos que van molt més enllà dels coneixements i la capacitat de recordar-los. L'anàlisi dels punts exposats anteriorment permet detectar diferents mancances o desencaixaments en les diferents institucions implicades en la formació dels metges i entre elles.

D'acord amb aquestes accions o desencaixaments s'han valorat algunes de les qüestions que afecten cadascuna de les diferents institucions responsables de la formació dels metges. Possiblement, la millor anàlisi de la problemàtica de cada institució la farà cadascuna d'elles i per això és desitjable que l'abordin, tant individualment com conjuntament, de manera prioritària. La necessitat d'adaptar-se als temps en què vivim i, en especial, a la globalització empeny les institucions cap a canvis en les seves estructures socials. No obstant això, moltes institucions, en lloc de ser proactives al canvi, i si és possible liderar-lo, es mantenen immòbils, incòmodes, inadaptades o fins i tot resistents a aquest canvi.

Les accions que es consideren en l'annex no s'han d'entendre com a exhaustives. Algunes qüestions, per òbvies, ja han estat canalitzades pels seus responsables o, en altres casos, s'han detectat problemes que les institucions o organismes responsables han abordat i estan en procés de resoldre o millorar. Les accions que es proposen no pretenen ser la solució sinó proposar la reflexió sobre algunes qüestions que en la complexa cruïlla socioeconòmica i en el període de

**No és ni èticament ni socialment justificable que es mantingui la formació mèdica pròpia de l'anterior mil·lenni**

canvis socials que estem vivint cal considerar prioritàries i que, per tant, han de ser abordades en un termini de temps curt si es pretén mantenir el pas de les necessitats del ciutadà i de la societat. La cultura que està impregnant el món del segle XXI genera transformacions irreversibles sobre les quals hem de reflexionar. Que ningú no pensi que els indignats de les nostres places en tornar

**En la nova cultura s'han esborrat els compartiments estancs, els hàbitats o castells personals o gremials, en què molts professionals s'havien instal·lat amb comoditat i en què alguns continuen irreflexivament instal·lats**



**L'Administració pública no només ha de fer les coses bé sinó que principalment ha d'assegurar que es faci bé el que cal fer per part de qui ho sàpiga fer**

a casa han deixat el món igual. En molts casos, aquesta cultura i aquestes transformacions no les sentim com a pròpies i molts professionals se senten incòmodes en un escenari que no reconeixen. En aquesta nova cultura, s'han esborrat els compartiments estancs, els hàbitats o castells personals o gremials, en què molts professionals s'havien instal·lat amb comoditat i en què alguns continuen irreflexivament instal·lats. Exemples sobre això, especialment quotidians, n'hi ha molts. Així, en aquesta nova cultura ja no és políticament correcte que un centre educatiu, una facultat per exem-

ple, decideixi el pla d'estudis sense contrastar-lo amb l'opinió d'altres instàncies (com ara el Consell Social o el col·legi professional), o que un col·legi decideixi per si mateix quins són els requisits per col·legiar, o que la CNECS o una societat científica decideixi quin tipus i quants especialistes són necessaris sense consensuar-ho amb altres institucions. Avui, una Administració de progrés sap que la seva primera responsabilitat no és tan sols la de fer les coses bé sinó que principalment ha d'assegurar que es faci bé el que cal fer per part de qui ho sàpiga fer. Hem de recordar i acceptar que estem en una xarxa de vasos comunicants en què el que cadascú coneix i fa està condicionat pel que fan els altres. La comunicació i les xarxes són elements consubstancials de la nova cultura. Treballar en xarxa requereix nous procediments, noves metodologies i nous objectius que cada institució haurà d'adquirir i adaptar. En un període de temps molt curt ha canviat el paradigma de la formació del metge i, encara que una institució s'esforci, ja no és possible que ho faci bé si pretén fer-ho aïllada de la xarxa en la qual, ho vulgui o no, es troba. Sembla que la sinergia és irrenunciable.



# ANNEX

*Accions per  
a la millora  
de la formació  
i la competència  
dels metges*

## INTRODUCCIÓ

Aquest annex exposa una proposta d'accions encaminades a construir un pla global de millora de la formació dels metges i s'ordena en cinc apartats que agrupen les diferents institucions o organitzacions implicades en la formació dels metges, taula 3.

S'ha d'emfatitzar, una vegada més, que la proposta és unilateral, no és exhaustiva i no pretén dogmatitzar. La seva intenció no va més enllà d'esperonar el debat i facilitar la reflexió de les institucions espanyoles implicades en la formació dels metges sobre la seva responsabilitat social en la formació d'aquests professionals.

Les accions de reflexió prioritària que es proposen s'ordenen seguint els mateixos cinc apartats de la taula 3:

- institucions del sistema educatiu.
- institucions del sistema sanitari.
- organitzacions professionals mèdiques i biomèdiques.
- organitzacions industrials, comercials i intermediadores.
- organitzacions de la ciutadania.



## 1. INSTITUCIONS DEL SISTEMA EDUCATIU

- 1.1. Formació de grau-màster, doctorat i postgrau (universitats i administracions d'educació i de sanitat)
- 1.2. Formació d'especialistes (institucions assistencials, administracions, CNECS, unitats docents, caps d'estudi, tutors i d'altres)
- 1.3. Formació per al DPC i l'FC (proveïdors, gestors i intermediaris)

### 1.1. *Formació de grau-màster, doctorat i postgrau (universitats i administracions d'educació i de sanitat)*

Les facultats de medicina, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Tindran en compte les prioritats sanitàries de l'entorn en què s'ubiquen, alhora que hauran de definir el producte final del seu procés formatiu i les estratègies educatives per aconseguir-lo.
2. Definiran, conjuntament amb els altres agents implicats, el producte formatiu final, definint els resultats, *outcomes*, o competències finals dels graduats considerant aquestes competències finals com a l'element vertebrador dels currículums.<sup>P</sup>
3. Facilitaran noves formes de govern de la institució, *governança*, en què participin els agents socials encarregats de marcar les línies d'actuació que han de desenvolupar els equips de gestió de les facultats (equips de deganat), donant cabuda de forma clara a la participació dels estudiants i de la ciutadania.
4. Prendran les decisions i les accions necessàries per crear el clima educatiu adequat per obtenir el millor producte final i de forma particular ho faran en els centres sanitaris acreditats per a la docència.
5. Prendran les decisions i desenvoluparan els processos necessaris per implementar el necessari desenvolupament professional (DP) dels docents i especialment capacitaran el professorat en les metodologies educatives i avaluatives que els nous processos d'aprenentatge requereixin.
6. Seran conscients permanentment de la importància educativa del *rol-modeling* que exerceixen els seus professionals, per la qual cosa garantirán el clima de treball adequat

---

<sup>P</sup> La importància d'obtenir el consens amb els altres ve donada per l'exigència de la ciutadania d'un metge amb unes competències que van més enllà de les purament acadèmiques i tècniques.



per a la consecució dels objectius definits i promouran els valors que la ciutadania reclama a la professió mèdica.

7. Es coordinaran i s'integraran, amb totes les institucions implicades en la formació dels metges, en una xarxa o matriu que ofereixi una formació d'un ordre superior a la suma de les parts, evitant compartiments estancs, com l'actual formació especialitzada (formació MIR), i possibilitant un veritable *continuum* educatiu en la formació dels metges.
8. Seran transparents en els seus objectius, la seva gestió i els seus balanços i retransmetran periòdicament tant de les seves decisions com de les seves activitats i els seus èxits davant el Consell Social o davant qui correspongui en cada cas.
9. Sotmetran l'estructura, la planificació i els resultats dels processos formatius a mecanismes de reconeixement i acreditació tant interns i externs com locals, nacionals i internacionals en conseqüència amb els principis de cerca de l'excel·lència, millora permanent i transparència social.
10. Facilitaran que els processos de reconeixement i acreditació siguin el més específics possible, propers a les particularitats de les ciències de la salut i a la medicina en particular.
11. Disminuiran les dificultats per al procés d'accés a les facultats de medicina, donant valor a l'objectiu de seleccionar persones idònies per aconseguir les competències que la ciutadania demanda als metges.
12. Introduiran en els currículums el concepte que a més de la tasca assistencial són funcions pròpies del metge ensenyar i investigar i, per tant, la formació en docència i en recerca seran matèries bàsiques del grau.<sup>9</sup>
13. Revisaran de manera permanent els currículums per adequar-los a les demandes de la societat.
14. Incorporaran periòdicament al currículum les competències, tant genèriques o transversals com les específiques, per mantenir-los en sintonia amb el pla docent de la formació especialitzada.
15. Donaran la rellevància que la societat demanda a les competències genèriques o transversals.<sup>r</sup>
16. Valoraran convenientment la necessària incorporació de les noves tecnologies (TIC) sense que es produeixi una bretxa digital que pogués perjudicar el pacient.

<sup>9</sup> Justificat per la necessitat d'incorporar els valors i transmetre les competències pròpies de la societat del coneixement. No s'ha de pretendre que un graduat en medicina sigui un gran investigador i un excel·lent docent. Es tracta que el seu raonament clínic tingui un rigor i un mètode científic. D'altra banda, sigui o no un docent professional, ha de complir un mínim de condicions docents per comunicar de manera eficaç la informació tant a altres professionals com al propi pacient.

<sup>r</sup> Entre d'altres destaquen el lideratge, l'empatia, la confiança, el pensament crític, la reflexió, els biaixos cognitius, el maneig de la complexitat i la incertesa, el professionalisme cívic i l'alfabetització en salut.



17. Seran conscients que el compliment de la legalitat, basat en el criteri de mínims, pot no correspondre's amb les expectatives socials, de manera que prevaldrà la seva responsabilitat social per aconseguir els èxits que la societat els demanda.

**1.2. Formació d'especialistes (institucions assistencials, administracions, CNECS, unitats docents, caps d'estudi, tutors i d'altres)**

Les institucions assistencials-docents responsables de la formació especialitzada, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Garantiran que el període de formació especialitzada finalitzi quan s'adquireixi un nivell satisfactori en les competències definides, el que haurà estat comprovat a través de les necessàries avaluacions formatives i sumatives programades.<sup>5</sup>
2. Sotmetran l'estructura, la planificació i els resultats dels processos formatius a mecanismes de reconeixement i acreditació tant interns i externs com locals, nacionals i internacionals en conseqüència amb els principis de cerca de l'excel·lència, millora permanent i transparència social.
3. Seran conscients permanentment de la importància educativa que el *rol-modeling* exerceix en els seus professionals, garantint el clima de treball adequat per a la consecució dels objectius definits i promovent els valors que la ciutadania reclama a la professió mèdica.
4. Es coordinaran i s'integraran amb totes les institucions implicades en la formació dels metges en una xarxa o matriu que ofereixi una formació d'ordre superior a la suma de les parts, evitant compartiments estancs, donant el *feedback* necessari tant als responsables de la formació de grau com als de l'FC i possibilitant un veritable *contínuum* educatiu en la formació dels metges.
5. Seran transparents en les seves responsabilitats docents i rendiran comptes a les instàncies que corresponguin.
6. Garantiran que el pla docent definit s'aplica en la seva institució, especificant el nivell d'autonomia i responsabilitat dels residents.
7. Revisaran permanentment els plans docents per adequar-los a les demandes de la societat.
8. Incorporaran periòdicament al pla docent les competències, tant genèriques o transversals com les específiques, per facilitar el DPC i l'FC.
9. Posaran en context totes les competències professionals donant especial valor a les competències genèriques o transversals com lideratge clínic, empatia, pensament crític i reflexió, així com gestió de la incertesa.

---

<sup>5</sup> El concepte formatiu subjacent és el realment rellevant, no és el període de temps que transcorre sinó els èxits assolits.





10. Fomentaran la formació encaminada a millorar la qualitat en els pacients, orientant l'autocura i protegint la vulnerabilitat del pacient en general i la de l'ancià en particular.
11. Promouran que totes les figures docents, especialment els tutors, desenvolupin i mostrin la seva competència en la seva activitat docent.

### ***1.3. Formació per al DPC i l'FC (proveïdors, gestors i intermediaris)***

Les institucions responsables del DPC i l'FC, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Promouran l'FC per constituir una part rellevant del DPC.<sup>†</sup>
2. Integran la pràctica clínica amb l'aprenentatge.<sup>‡</sup>
3. Es responsabilitzaran que l'FC i el DPC obeeixin a un reconeixement i acreditació tant interns i externs com locals, nacionals i internacionals, buscant les formes d'acreditació i re acreditació validades internacionalment pels organismes professionals més experimentats i prestigiosos, conseqüents amb els principis de cerca de l'excel·lència, millora permanent i transparència.
4. Promouran observatoris que permetin identificar tant les necessitats que demanda la societat com les mancances formatives (*gaps*) col·lectives o individuals dels professionals.
5. Definiran amb claredat el que és formació mèdica continuada (FMC) i la diferenciaran del que són altres processos de formació, especialment dels encaminats a donar noves capacitacions o títols als professionals.<sup>§</sup>

<sup>†</sup> A més de la importància intrínseca de l'FC, no deixa de ser una raó pragmàtica la seva valoració objectiva en crèdits de FC feta per diferents agències nacionals o internacionals.

<sup>‡</sup> Tindran present el principi d'aprendre fent formulat com a "es fa mentre s'aprèn i s'aprèn mentre es fa", de manera que aquest tipus fonamental d'aprenentatge es complementi amb la formació deslligada del treball diari, la formació continuada (FC), en què es poden desenvolupar múltiples tipus d'activitats com ara cursos, tallers, seminaris, estades, congressos, innovació o investigació.

<sup>§</sup> Segons el glossari europeu sobre FMC / DPC (Wolters Kluwer Health. Madrid, 2008), formació mèdica continuada és el conjunt d'activitats educatives orientades al manteniment o l'adquisició dels coneixements, habilitats i actituds que un metge necessita per a la seva pràctica quotidiana. Els continguts de les activitats de l'FMC es basen en el cos de coneixements i les habilitats usualment reconeguts per la professió mèdica, tant pel que fa a les ciències bàsiques com a les clíniques i a la provisió de l'assistència medicosanitària. A Espanya, la LOPS defineix la formació continuada com el procés d'ensenyament i aprenentatge actiu i permanent a què tenen dret i obligació els professionals sanitaris, que s'inicia en finalitzar els estudis de pregrau o d'especialització i que està destinat a actualitzar i millorar els coneixements, habilitats i actituds dels professionals sanitaris davant l'evolució científica i tecnològica i les demandes i necessitats, tant socials com del propi sistema sanitari. De manera genèrica, l'FMC se sol definir com el conjunt d'activitats educatives que du terme el metge un cop finalitzat el seu període de pregrau i d'especialització, per mantenir actualitzada la seva competència i que no comporten una titulació addicional (*N del T*).



6. Estimularan activitats dirigides a incorporar noves competències demandades pel sistema de salut i per la societat en general.
7. Fomentaran la formació encaminada a millorar la qualitat en els pacients, l'alfabetització en salut, orientant l'autocura i protegint la vulnerabilitat del pacient en general i la de l'ancià en particular.
8. Establiran amb claredat els límits dels proveïdors de l'FC per evitar des del seu origen els possibles conflictes d'interessos.



## 2. INSTITUCIONS DEL SISTEMA SANITARI

- 2.1. Empresaris/patronals proveïdors de serveis assistencials.
- 2.2. Òrgans finançadors i reguladors de la formació mèdica (administracions central i autonòmiques i entitats de dret públic).

### 2.1. Empresaris/patronals proveïdors de serveis assistencials

Les institucions i organitzacions proveïdors de serveis assistencials amb funcions docents, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Contribuiran ordenadament i en la mesura que els correspongui, en les tres fases del *continuum* educatiu/formatiu: formació de grau, especialitzada i continuada.
2. Es coordinaran amb la finalitat de formar una xarxa en la qual cada estructura tingui clarament assignades les seves responsabilitats, on a cadascuna se li assignin les tasques per a les quals està més capacitada i en què cap no assumeixi ni més ni menys del que li correspongui i tot això sobre la base del principi que ningú no pot fer-ho tot bé i que els resultats obtinguts per la suma de tots són superiors als de la suma de les parts.
3. Seran responsables de generar i mantenir el clima de treball més adequat als interessos del pacient, *person centred*,<sup>w</sup> davant dels interessos i conveniències de la mateixa institució o organització.
4. Afavoriran el lideratge clínic entenent que és una millora de la qualitat en l'atenció del pacient.
5. Afavoriran el professionalisme cívic com a millora de la qualitat del sistema de salut.
6. Estimularan la formació dels professionals per a la millora de l'alfabetització en salut de la societat.
7. Contractaran/ocuparan els professionals d'acord amb les seves capacitats i competències provades.
8. Identificaran i reconeixeran el DPC<sup>x</sup> assolit pels seus professionals, l'estimularan i l'incentivaran per mantenir, millorar i adequar les seves competències a la tasca que han

---

<sup>w</sup> En oposició a *disease oriented*.

<sup>x</sup> El desenvolupament professional continu (DPC) s'ha d'entendre des d'una perspectiva global i integradora d'elements de formació, de valoració de l'activitat assistencial, docent i investigadora, de la capacitat de resposta als canvis de l'entorn, de la capacitat de reflexió sobre la pròpia pràctica i la seva repercussió social i, en definitiva, del progrés competencial. Per això, la seva avaluació i reconeixement ha de ser dinàmic (el que fas i com ho fas) i no estàtic com el currículum (el que ets).



d'exercir i, si fos el cas, detectaran les mancances que es poden arreglar amb l'FC o qualsevol altre procés formatiu.

9. Assumiran, en conseqüència amb el punt anterior, la doble responsabilitat institucional de detectar i solucionar, amb les mesures oportunes, els problemes de competència professional dels seus metges.
10. Contribuiran al fet que els professionals desenvolupin l'activitat assistencial centrant-se en els processos i movent-se en estructures transversals en lloc de fer-ho en estructures verticals i centrats en la malaltia.
11. Disposaran dels mecanismes necessaris per mesurar resultats clínics com a elemental norma de qualitat interna i els facilitaran als responsables dels òrgans reguladors per a la millora dels processos de certificació (de professionals) i d'acreditació (centres i programes).
12. Actuaran amb transparència davant de la ciutadania i retransmetran comptes tant als seus òrgans jeràrquics superiors com als professionals de la seva institució/organització, ja que aquests aporten el coneixement i per tant donen valor a la institució/organització.

## 2.2. Òrgans finançadors i reguladors de la formació mèdica (administracions central i autonòmiques i entitats de dret públic)

Els òrgans finançadors/reguladors, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Garantiran la formació de metges competents.
2. Facilitaran l'actuació professional de qualsevol que tingui una competència certificada, flexibilitzant i desregulant, si cal, qualsevol normativa que no ofereixi un valor afegit al sistema.
3. Delegaran o, si s'escau, tornaran als diferents agents (*empowerment*) les tasques per a les quals estiguin capacitats, reservant-se la responsabilitat final i la supervisió de les actuacions delegades.
4. Promouran els processos periòdics de validació/certificació com a nivell bàsic per garantir la seguretat del pacient i com a mecanisme de detecció de mala praxi mèdica.
5. Asseguraran la implementació dels sistemes de certificació i recertificació professional sobre la base dels principis de cerca de l'excel·lència i millora permanent que els són propis, orientant aquests sistemes de certificació i recertificació cap als processos més reconeguts i homologables en l'àmbit internacional.
6. Utilitzaran els resultats clínics i els indicadors de salut com a elements indispensables de la qualitat dels professionals i conseqüentment en els processos de certificació i recertificació.



7. Avaluaran el cost real de la formació d'un metge en tot el continu educatiu així com el cost sanitari de la mala praxi o accions iatrogèniques.
8. Garantiran, tenint en compte que el finançament està limitat al que és possible,<sup>y</sup> la suficiència finançadora en les diferents etapes de formació dels metges.
9. Justificaran conjuntament amb els altres agents implicats els límits del finançament de la formació mèdica.<sup>z</sup>
10. Consensuaran amb els altres agents implicats les inversions relacionades amb la formació dels metges per finançar el que la ciutadania demani com a imprescindible.
11. Garantiran que els processos de formació dels metges tinguin l'estructura més flexible possible i en particular la formació d'especialistes.<sup>aa</sup>
12. Milloraran el procés d'accés tant al grau de medicina com a la formació especialitzada tenint present l'objectiu de seleccionar els metges idonis per a les competències que la ciutadania demanda als metges assistencials.
13. Crearan les condicions per a la participació i integració dels metges en la formació en les activitats generadores de coneixement i en particular en els projectes d'investigació que es desenvolupen en els centres, tant en el grau com en la formació especialitzada.
14. Facilitaran noves formes de govern, *governança*, en les institucions assistencials per tal que hi participin els agents socials encarregats de marcar les línies d'actuació que han de desenvolupar els equips de gestió de les institucions.
15. Optimitzaran els recursos humans existents i es responsabilitzaran de cobrir tant les activitats assistencials com les activitats de formació.

---

<sup>y</sup> El pressupost de l'Administració no és il·limitat sinó limitat i per tant invertir o gastar en una cosa limita la inversió o la despesa en una altra.

<sup>z</sup> La formació mèdica necessita tant recursos com infraestructures públiques, per la qual cosa són absolutament necessàries tant la transparència com la rendició de comptes en totes les etapes del procés.

<sup>aa</sup> Amb l'objectiu de facilitar tant als propis professionals com als gestors sanitaris l'assignació de tasques basant-se en competències, amb el benentès que no hi ha competències exclusives d'una especialitat mèdica i que una tasca la pot fer el metge especialista que tingui reconegut que la sap fer.



### 3. ORGANITZACIONS PROFESSIONALS MÈDIQUES I BIOMÈDIQUES

- 3.1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), col·legis oficials de metges i altres col·legis
- 3.2. Societats/institucions científiques

#### *3.1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), col·legis oficials de metges i altres col·legis*

El Consejo i els col·legis de metges, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Es comprometran, a través dels convenis oportuns, a posar a disposició de les estructures docents de la formació de grau, especialitzada i continuada el seu coneixement per tal que aquestes estructures defineixin adequadament els *outcomes* i competències finals.
2. Es comprometran a garantir a la ciutadania la promoció de la competència professional dels col·legiats registrats amb exercici mitjançant processos de certificació i recertificació reconeguts internacionalment.
3. En els processos de certificació i recertificació utilitzaran com a indicador rellevant l'activitat assistencial, els resultats clínics i els indicadors de salut.
4. Promouran entre els seus col·legiats la cultura de l'autoavaluació i l'aprenentatge permanent.
5. Disposaran les actuacions pertinents i mobilitzaran els recursos necessaris tant per a l'actualització permanent dels professionals com per als programes de mesures correctores (*remedial*) necessaris per als professionals l'avaluació dels quals evidencii mancances o deficiències.
6. Vetllaran per la competència professional en la seva totalitat, però focalitzaran l'interès en les competències genèriques o transversals, ja que altres institucions ho faran amb les competències específiques.
7. Promouran el lideratge clínic en totes les institucions assistencials i en el Sistema Nacional de Salut.
8. Promouran el professionalisme cívic per tal que es difongui extensament en tota la societat.
9. Vetllaran per la qualitat assistencial del sistema de salut de cada pacient i molt especialment dels pacients més vulnerables.
10. Actuaran com a advocats de la bona pràctica professional, vetllaran per ella i posaran en tot moment el seu lleial coneixement al servei de la ciutadania, supeditant a aques-



ta els seus interessos corporatius igual que el metge anteposa els interessos del pacient als propis.<sup>bb</sup>

### 3.2. Societats/institucions científiques

Les societats científiques, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Es comprometran a posar a disposició de les estructures docents de la formació de grau, especialitzada i continuada el seu coneixement per tal que aquestes estructures defineixin adequadament els *outcomes* i competències finals.
2. Seran garants de l'actualització del coneixement en una especialitat determinada (*state of the art*) difonent a través de tots els mitjans disponibles, com ara guies, protocols o les TIC, entre d'altres.
3. Es comprometran amb les organitzacions col·legials a desenvolupar els processos de certificació i recertificació dels professionals aportant el coneixement específic de les seves respectives especialitats.
4. En els processos de certificació i recertificació utilitzaran com a indicador rellevant l'activitat assistencial, els resultats clínics i els indicadors de salut.
5. Promouran el lideratge clínic en totes les institucions assistencials i en el Sistema Nacional de Salut.
6. Declararan els interessos que identifiquin com a propis i tindran cura i disposaran dels mecanismes adequats per evitar qualsevol conflicte d'interessos.
7. Es coordinaran amb els altres agents amb responsabilitats formatives per vetllar pel continu del procés formatiu i es responsabilitzaran de manera específica de l'FC.
8. Es responsabilitzaran de definir les competències específiques dels seus respectius àmbits i les adequaran a cadascuna de les etapes formatives, grau, especialitzada i continuada, estructurant, si fos el cas, programes docents per a determinades credencials.
9. Es comprometran en l'anàlisi i difusió de la pràctica basada en l'evidència, participant en els comitès o grups de treball de les seves respectives àrees de coneixement.
10. Es comprometran amb la definició d'estàndards per a la pràctica clínica participant en la seva definició i unificació i avalaran guies contrastades o altres mitjans encaminats a la bona pràctica.

---

<sup>bb</sup> El fet que el metge representat per les seves estructures corporatives anteposi els interessos del pacient/ciudadà als propis és la raó per la qual tant el metge com la professió guanyen davant la societat un respecte i un prestigi social que els és propi i els caracteritza i, com a conseqüència, s'ha d'entendre la bondat del corporativisme mèdic en què les responsabilitats assumides són més grans que els privilegis concedits.



#### 4. ORGANITZACIONS INDUSTRIALS, COMERCIALS I INTERMEDIADORES

- Indústria farmacèutica, biotecnològica, d'equipaments tecnològics i les TIC
- Organitzacions comercials/intermediadores (MEC)

Les organitzacions industrials, comercials i intermediadores, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. S'han de considerar agents amb responsabilitats en la formació dels professionals de la salut.
2. Incorporaran en els seus idearis la millora de l'atenció sanitària en el Sistema Nacional de Salut.
3. Com a parts de l'estructura sanitària del país es responsabilitzaran de guanyar i millorar la confiança de la societat tant en el sistema sanitari com en les seves pròpies institucions/organitzacions.
4. Disposaran d'un codi de bones pràctiques actualitzat, en l'elaboració i revisió periòdica del qual participaran els altres agents implicats per a la defensa dels interessos dels ciutadans.
5. Seran responsables de buscar noves formes de retorn a la societat de part de la seva activitat lucrativa.<sup>cc</sup>
6. Es responsabilitzaran de la millora de l'alfabetització en salut en totes les seves activitats i accions relacionades directament amb la ciutadania i la promocionaran en totes les activitats que patrocini.
7. Promocionaran activament el professionalisme cívic a tots els nivells i activitats i molt especialment en les professions sanitàries.
8. Implementaran procediments que permetin visualitzar la transparència de les activitats relacionades amb la formació de professionals.
9. Contribuiran al finançament de programes de formació mèdica, DPC i FC, des de l'àmbit del patrocini, garantint en tot moment la independència de l'entitat organitzadora i especialment de la direcció de l'activitat.

---

<sup>cc</sup> Actualment, hi ha diferents aproximacions entre les quals cal citar la del filòsof Thomas Pogge (professor de la Universitat de Yale) a favor d'establir el Fons d'Impacte sobre la Salut (*Health Impact Fund*). L'HIF és una nova proposta per estimular la recerca i el desenvolupament de fàrmacs molt útils per reduir la morbiditat de la població mundial canviant el sistema tradicional de patents dels nous fàrmacs.





10. Establiran amb claredat en tot moment la diferència entre:
  - a. activitats o programes de DPC i FC en què la seva vinculació estarà limitada al patrocini d'aquestes activitats, i
  - b. activitats d'informació i promoció de producte en què actuaran com a promotor i patrocinador.
11. Patrocinaran activitats de DPC i FC englobades en programes de formació d'institucions professionals o d'unitats docents d'organitzacions sanitàries i aquestes institucions i organitzacions seran les responsables d'aportar el coneixement científic i els recursos de gestió necessaris per a qualsevol procés de formació mèdica.
12. Seran responsables d'assegurar que les activitats de DPC i FC hagin rebut l'acreditació científica d'un ens acreditador reconegut internacionalment.
13. Com a patrocinadors i en col·laboració amb els promotors de l'activitat seran responsables de garantir la difusió i les condicions d'accés de les activitats o programes de formació mèdica a tots els professionals interessats.



## 5. ORGANITZACIONS DE LA CIUTADANIA

- Associacions de ciutadans i pacients
- Xarxes socials

Les organitzacions de la ciutadania, en l'exercici de la seva responsabilitat social,

1. Demandaran professionals cívics, professionals que treballin amb els ciutadans en lloc d'actuar sobre els ciutadans i instaran que l'acte mèdic estigui impregnat de sòlids valors democràtics
2. Demandaran, a través de ciutadans informats i compromesos, participar en els òrgans de govern de les diferents institucions o organitzacions relacionades amb la formació dels metges.
3. Acceptaran la representació en tots els òrgans participatius que estableixin les diferents institucions o organitzacions relacionades amb la formació dels metges.
4. Urgiran a la classe política, al Govern i a tota l'Administració que facilitin noves formes de govern de les institucions acadèmiques i assistencials amb responsabilitat en la formació dels metges, *governança*, en les quals participin els agents socials encarregats de marcar les línies d'actuació que han de desenvolupar els equips de direcció i les gerències respectives.
5. Oferiran la seva col·laboració en qualsevol fase de la formació mèdica, ja que el pacient és en si mateix una font d'informació i recurs formatiu.
6. Transmetran les demandes de la ciutadania, seran advocats dels pacients i en particular dels vulnerables i febles.
7. Posaran en evidència tots els problemes que l'alfabetització en salut origina.<sup>dd</sup>
8. Fomentaran la col·laboració de les organitzacions filantròpiques.

---

<sup>dd</sup>Entre altres exemples, hi ha la capacitat d'entendre les instruccions en els envasos de medicaments, els papers de cites, els fullons d'educació medicosanitària, els formularis de consentiment o la capacitat de negociar sistemes complexos d'atenció a la salut. Inclou, doncs, un complex grup de lectura, escolta, anàlisi i habilitats per prendre decisions i la capacitat d'aplicar aquests coneixements a les situacions de salut.





**REFERÈNCIES**

***REFERENCES***

1. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.
2. Proyecto de la Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM, Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 704-6.
3. Flexner A. Medical education in the United States. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation; 1910.
4. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical schools and residency. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
5. The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform, Hastings Center Studies in Ethics Series. In Hanson MJ, Callahan D, eds. Georgetown University Press, 1999. p. 239.
6. The 10/90 report on health research 2003-2004. In Davey S, ed. 2004. p. xxvi + 282.
7. Kaplan RM, Satterfield JM, Kington RS. Building a Better Physician — The Case for the New MCAT. *NEJM* 2012; 366: 1265-8.
8. Frenk J, Chen L, Bhutta AZ, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923-58.
9. Beveridge W. Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services. 1942.
10. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. London: GMC; 2009. URL: <http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors2009.pdf> 39260971.pdf.
11. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995. URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO\\_HRH\\_95.7\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7_fre.pdf). Versión castellana y catalana: Instituto de Estudios de la Salud, Generalitat de Cataluña, Centro Colaborador de la OMS para Educación Médica y Formación en Salud Pública, 1995.
12. Boelen C. Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva: World Health Organization; 2000.
13. Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 592-3.
14. Woollard B. Caring for a common future: medical schools social accountability. *Med Educ* 2006; 40: 301-11.
15. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
16. Boelen C. Responsabilidad social y excelencia. *Educ Med* 2009; 12: 199-205.
17. International Organization for Standarization. Guidance on Social Responsibility. ISO-26000. Geneva; 2010. URL: <http://www.iso.org/iso/iso catalogue/management standards/social responsibility.htm>.
18. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assesing Professional Competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35.



19. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Smith SR, Dollase R, Friedman Ben-David M, et al. Outcome-Based Education. AMEE Guides; 1999.
20. Boelen C, Woollard R. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. GCSA conference in East London, South Africa, October 10-13, 2010. Versión castellana: Consenso Global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina. *Educación Médica* 2011; 14: 1-14.
21. Venkat Narayan KM, Ali MK, Koplan JP. Global Noncommunicable Diseases-Where Worlds Meet. *N Engl J Med* 2010; 363: 1196-8.
22. Holman H. Chronic Disease—The Need for a New Clinical Education. *JAMA* 2004; 292: 1057-9.
23. Rudd RE, Keller DB. Health Literacy: New developments and research. *Journal of Communication in Healthcare* 2009; 2: 240-57.
24. Frank JR, ed. The CanMEDS physician competency framework: better physicians better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
25. IIME Core Committee. Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Medical Teacher* 2002; 24.
26. El proyecto de la WFME sobre estándares en Educación Médica Básica. *Educ Med* 2004; 7 (Supl. 2): S07-18.
27. El Proyecto de la WFME sobre Estándares en Educación Básica de Postgrado. *Educ Med* 2004; 7 (Supl. 2): S26-38.
28. Estándares globales de la WFME para la mejora de calidad. *Educ Med* 2004; 7 (Supl. 2): S39-52.
29. Van der Vleuten CPM, et al. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 703-19.
30. Meng C. Discipline-Specific or Academic?; Acquisition, Role and Value of Higher Education Competencies. ROA Dissertation Series Nr. 8. Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market; 2006.
31. Roebuck C. Developing effective leadership in the NHS to maximise the quality of patient care. The need for urgent action. The King's Fund; 2011. p. 23.
32. Schön DA. La formación de los profesionales reflexivos – Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Ed. Paidós; 1992.
33. Friedman Ben David et al. Portfolios as a method of student assessment. AMEE Medical Education Guide No. 24. *Medical Teacher* 2001; 23: 535-51.
34. Sandars J. The Use of Reflection in Medical Education. AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher* 2009; 31: 685-95.
35. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education* 2005; 39: 418–27.
36. Higgs J, Jones MJ. Clinical reasoning in the health professions. Butterworth-Heinemann. 2 ed. 2000. p. 336.
37. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education* 2004; 39: 98-106.
38. Mylopoulos M, Regehr G. Cognitive metaphors of expertise and knowledge: prospects and limitations for medical education. *Medical Education* 2007; 41: 1159-65.
39. Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ* 2009; 338: b1860.



40. Groopman J. *How Doctors Think*. New York: Houghton Mifflin; 2007. p. 307.
41. Miller GE. The assessment of clinical skills performance. *Acad Med* 1990; 65 (Suppl): S63-7.
42. Fukuyama F. *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. The Free Press 1996. p. 480.
43. Jovell A, Blendon RJ, Navarro MD, Fleischfresser C, Benson JM, DesRoches CM, et al. Public trust in the Spanish health-care system. *Health Expectations* 2007; 10: 350-7.
44. Karle H. International recognition of basic medical education programs. *Med Educ* 2008; 42: 12-7.
45. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. *Educ Med* 2010; 13: 127-35.
46. Prat-Corominas J, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educ Med* 2010; 13: 197-203.
47. Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (III): Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14: 73-81.
48. Prat-Corominas J, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educ Med* 2011; 14: 141-9.
49. Fundació Cercle per al Coneixement. [www.criteris-consideracions.cat](http://www.criteris-consideracions.cat). Quart criteri. Una eina per pensar els models. [http://www.fundaciocperc.net/criteris/assets/criteris\\_i\\_consideracions\\_completa.pdf](http://www.fundaciocperc.net/criteris/assets/criteris_i_consideracions_completa.pdf). [20.08.2012].
50. Morin E. *¿Hacia dónde va el mundo?* Paidós Ibérica; 2011.
51. Boyte HC, Fretz E. Civic Professionalism. *Journal of Higher Education Outreach and Engagement* 2010; 14: 67-90.



**CRÈDITS**

***CREDITS***



1. **Amo Mora, Isabel\***  
Gerent Màrketng Institucional, Almirall.
2. **Aranda Sánchez, Miquel**  
Hospital de Terrassa.
3. **Ayuso Colella, M. Carmen**  
Professora de la Facultat de Medicina  
de la Universitat de Barcelona.  
Hospital Clínic de Barcelona.
4. **Baños Díez, Josep E.**  
Professor de la Universitat Pompeu Fabra.
5. **Bertrán Soler, Josep M.**  
Expresident del Col·legi Oficial de Metges  
de Tarragona, COMT.
6. **Boelen, Charles\***  
Co-Chair, Global Consensus for Social  
Accountability of Medical Schools.
7. **Branda, Luis**  
McMaster University.  
Universitat de Girona.
8. **Bruguera Cortada, Miquel**  
Professor de la Facultat de Medicina,  
Universitat de Barcelona.  
Hospital Clínic de Barcelona.  
Expresident del Col·legi Oficial de Metges  
de Barcelona, COMB.
9. **Cabanillas Olmo, Juanjo\***  
Senior Manager Patients Advocacy  
and Allydevelopment, AMGEN.
10. **Cardellach López, Francesc\***  
Degà de la Facultat de Medicina  
de la Universitat de Barcelona.  
Hospital Clínic de Barcelona.
11. **De Teresa Galván, Javier**  
President del Colegio de Médicos de Granada.
12. **De Toca Zavala, Lucas\***  
Expresident del Consejo Estatal  
de Estudiantes de Medicina, CEEM.
13. **Domènech Torné, Francesc**  
Membre de la Junta Directiva de la  
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.
14. **Domínguez Cruz, Enrique**  
Director General Espanya, Almirall.
15. **Domínguez Sanz, Jordi\***  
Cap de Relacions Institucionals, Almirall.
16. **García Barbero, Mila**  
Professora de la Facultat de Medicina  
de la Universidad Miguel Hernández.
17. **García-Estañ, Joaquín**  
Degà de la Facultat de Medicina  
de la Universidad de Murcia.  
President de la CNDFME.
18. **García Olmo, Damián**  
Professor de la Facultat de Medicina de la  
Universidad Autónoma de Madrid.  
Hospital Universitario La Paz, Madrid.
19. **Giblin, Jonathan P.**  
Ramón y Cajal Investigator.  
Departament de Ciències Fisiològiques I.  
Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.
20. **Gómez Asorey, Carmen**  
Servicio Madrileño de Salud.
21. **Gual Sala, Arcadi**  
Professor de la Facultat de Medicina  
de la Universitat de Barcelona.  
Fundació Educació Mèdica, FEM.



22. **Jovell Fernández, Albert J.**  
 Director de l'Institut Global de Salut Pública i Política Sanitària. Universitat Internacional de Catalunya.  
 President del Foro Español de Pacientes.
23. **Kellner, Thomas\***  
 Managing Partner, AXDEV Group Inc.
24. **Lumbreras Garuz, Dolores**  
 Directora de l'ABS Montnegre.  
 Institut Català de la Salut, ICS.
25. **Macarulla Sanz, Enric**  
 Consorci Sanitari de l'Anoia.  
 Professor de la Universitat Autònoma de Barcelona.
26. **Mancheño Rico, Esteban**  
 President de la Fundación Rico Rodríguez.
27. **Martí Rague, Ignacio**  
 Director de Relacions Internacionals, Almirall.
28. **Martín-Zurro, Amando**  
 Sots-president de la Fundació Educació Mèdica.
29. **Monràs Viñas, Pere**  
 Metge. Fundació Cercle per al Coneixement.
30. **Net Castel, Àlvar**  
 Professor de la Universitat Autònoma de Barcelona.  
 President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, ACMSCB.
31. **Nolla Domenjó, Maria\***  
 Directora adjunta de la Fundació Dr. Robert.  
 Fundació Educació Mèdica, FEM.
32. **Oriol Bosch, Albert\***  
 President de la Fundació Educació Mèdica, FEM.
33. **Otero Rodríguez, Antonio\***  
 President del Colegio de Médicos de Valladolid.
34. **Palés Argullós, Jordi\***  
 Professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.  
 Director de la Fundació Educació Mèdica, FEM.
35. **Prat Corominas, Joan**  
 Professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.  
 Fundació Educació Mèdica, FEM.
36. **Ris Romeu, Helena**  
 Directora General, Unió Catalana d'Hospitals, UCH.
37. **Rodríguez Rodríguez, F. Javier**  
 Sots-degà de la Facultat de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.  
 Portaveu de Sanitat del Partido Popular a l'Asamblea de Madrid.
38. **Rodríguez de Castro, Felipe**  
 Degà de la Facultat de Medicina de Las Palmas.  
 Hospital Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canària.  
 Fundació Educació Mèdica, FEM.
39. **Rodríguez Sendín, Juan José\***  
 President de la Organización Médica Colegial, OMC.
40. **Roma Millán, Josep**  
 Institut d'Estudis de la Salut, IES.  
 Fundació Educació Mèdica, FEM.
41. **Ruiz García, Boi**  
 Conseller, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
42. **Ruiz-Iglesias, Lola**  
 Responsable Health Care Strategy, Hewlett-Packard.
43. **Sans Boix, Antònia**  
 Althalia, Hospital General de Manresa.



**44. Sans Corrales, Mireia\***

Directora de l'EAP El Castell, Castelldefels,  
Institut Català de la Salut, ICS.  
Professora de la Universitat de Barcelona.  
Vocal del Col·legi Oficial de Metges  
de Barcelona, COMB.

**45. Segura Benedito, Andreu\***

Professor de la Universitat Pompeu Fabra.  
Director de l'Oficina del Pla Interdepartamental  
de Salut Pública del Departament de Salut,  
Generalitat de Catalunya.

**46. Setoain Quinquer, Jordi**

Membre de la Reial Acadèmia de Medicina  
de Catalunya.

**47. Silva, Honorio**

Tresorer de la Federació Panamericana  
de Facultades y Escuelas de Medicina,  
FEPAFEM/PAFAMS.

**48. Torrent-Farnell, Josep**

Professor de la Facultat de Medicina  
de la Universitat Autònoma de Barcelona.  
Director General de la Fundació Dr. Robert.

**49. Vázquez Mata, Guillermo**

Director de l'Institut de Formació  
del Consejo de Médicos de Andalucía.  
Fundació Educació Mèdica, FEM.

**50. Vilardell Tarrés, Miquel**

Professor de la Facultat de Medicina  
de la Universitat Autònoma de Barcelona.  
President del Col·legi Oficial de Metges  
de Barcelona, COMB.

**51. Villanueva, Tiago**

Metge de família. Portugal.

---

\* Participants en la *Task Force*: Trobada Escola de Salut Pública de Menorca, setembre de 2011.





