

---

# **Hacia un nuevo modelo de Hospital Universitario**

**7 constataciones y 18 recomendaciones  
para la integración de las misiones  
académicas en los Departamentos de Salud  
Universitarios**



**AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT**

# Hacia un nuevo modelo de Departamento de Salud Universitario

**7 constataciones y 18  
recomendaciones**



**AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT**

# ÍNDICE

## PRESENTACIÓN

## PARTICIPANTES

## INTRODUCCIÓN

### Capítulo I. CONSTATAACIONES

- 1. El modelo actual de enseñanza de las profesiones de la salud es considerado como manifiestamente mejorable por la mayoría de los implicados.*
- 2. La innovación tecnológica supone un nuevo reto para la docencia de las ciencias de la salud.*
- 3. El estudiante debe ser integrado en el Departamento de Salud universitario.*
- 4. El sistema sanitario es cada vez más necesario para la formación de los estudiantes de grado.*
- 5. El modelo actual de integración de la docencia basado en la dirección simultánea, desde dos instituciones y sobre los mismos recursos, presenta limitaciones estructurales.*
- 6. Las relaciones económicas entre las dos instituciones se basan, fundamentalmente, en compensaciones "en especie" con implicaciones de financiación mal delimitadas.*
- 7. La organización de la docencia debe tener al estudiante como centro.*

### Capítulo II. RECOMENDACIONES

- 1. El Departamento de Salud Universitario debe diferenciar la definición de su misión, visión y valores de acuerdo con sus misiones.*
- 2. Recomendamos la revisión de la normativa general que regula la organización universitaria, para adaptarla a la especificidad de la enseñanza de la medicina en los centros sanitarios.*
- 3. Los Departamentos de Salud con carácter universitario deben*

*ser diferenciados del resto a efectos de la planificación de recursos y la financiación.*

*4. La diferenciación de un Departamento de Salud Universitario debe suponer un proceso permanente de acreditación y certificación del conjunto del departamento y de sus servicios.*

*5. Todos los profesionales del Departamento de Salud Universitario deben participar en la triple misión asistencial, docente e investigadora.*

*6. El Departamento de Salud Universitario debe integrar la gestión de todos los recursos asistenciales docentes e investigadores bajo una misma organización.*

*8. El organigrama de gestión del Departamento de Salud Universitario debe integrar el conjunto de las misiones del mismo.*

*9. El estudiante debe ser integrado en el Departamento de Salud Universitario en un modelo equivalente al del MIR.*

*10. La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios debe generar un proceso de redefinición de las funciones docentes de los departamentos de salud y su coordinación por la estructura docente de la Universidad.*

*11. La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios debe ir acompañada de la dotación de recursos materiales y humanos adecuados.*

*12. El desarrollo del modelo de descentralización deberá permitir la aparición de una sana competencia entre centros.*

*14. Los departamentos de salud universitarios deben dotarse de planes específicos de gestión del conocimiento.*

*12. La planificación de los recursos humanos debe ser única para las tres misiones del departamento de salud universitario.*

*13. La selección de profesionales debe realizarse mediante baremos diferenciados para los departamentos de salud universitarios y no universitarios.*

*14. La carrera profesional debe ser establecida en los departamentos de salud universitarios en las tres líneas: asistencial, docente e investigadora.*

*15. La evaluación de los profesionales debe ser establecida mediante sistemas integrados de evaluación del desempeño en las tres líneas de producto.*

*16. Estudiar los costes reales de las misiones académicas en los departamentos de salud para clarificar el rol deseable de financiación de cada institución.*

*17. Desarrollar plenamente las políticas de calidad que tengan como centro el estudiante*

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ANEXOS**

# **PRESENTACIÓN**

***Este libro ha sido elaborado a partir de un encargo efectuado por la Agencia Valenciana de Salud.***

# **PARTICIPANTES**

## **COMITÉ DE EXPERTOS:**

1. Ascaso Gimilio Juan Francisco, Jefe de Sección de Endocrinología, Hospital Clínico Universitario. Departamento de Salud 5. Director Departamento de Medicina, Departamento de Salud 5.
2. Blasco Perrepérez Sergio, Gerente del Departamento de Salud 9, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
3. Caturla Such Juan Manuel, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández. Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, Departamento de Salud 19, Hospital General Universitario de Alicante.
4. De Andrés Ibáñez José Antonio, Jefe de Servicio de Anestesia, Departamento de Salud 9, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Profesor asociado, Facultad de Medicina de Valencia.
5. Gil Suay Vicente, Gerente del. Departamento de Salud 7, Hospital La Fe.
6. Marqués Espí Juan Antonio, Gerente del Departamento de Salud 20, Hospital General Universitario de Elche.
7. Marco Jaime, Jefe de Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Salud 5, Hospital Clínico Universitario de Valencia. Profesor Catedrático de Otorrinolaringología, Facultad de Medicina de Valencia.
8. Martínez León Juan, Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca, Departamento de Salud 9, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
9. Martínez Soriano José, Gerente del Departamento de Salud 17, Hospital Universitario San Juan de Alicante.
10. Martínez Toldos José Juan, Jefe de Servicio de Oftalmología, Departamento de Salud 20, Hospital. General Universitario de Elche. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud (Área de Oftalmología) Departamento de Patología y Cirugía. Universidad Miguel Hernández de Elche.
11. Mira Solves José Joaquín, Psicólogo del Centro de Salud "Hospital Provincial Pla". Departamento de Salud XX.

12. Montánchez Morera Manuel, Gerente del Departamento 5, Hospital Clínico Universitario de Valencia.
13. Montero Argudo Anastasio, Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca del Departamento de Salud 7, Hospital Universitario La Fe.
14. Moya Benavent Manuel, Pediatría, Departamento de Salud 17, Hospital Universitario de San Juan de Alicante.
15. Pellicer Martínez Antonio, Decano de la Facultad de Medicina Universidad de Valencia. Jefe de Servicio de Ginecología del Departamento de Salud 10, Hospital Universitario Dr. Peset.
16. Perales Marín Alfredo, Jefe de Servicio de Obstetricia del Departamento de Salud 7, Hospital Universitario La Fe. Profesor asociado de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Universidad de Valencia.
17. Pérez-Mateo Regadera Miguel, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Departamento de Salud 19, Hospital General Universitario de Alicante, Catedrático del Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández.
18. Ponce García Julio, Jefe de Servicio Medicina Digestiva Departamento de Salud 7, Hospital Universitario La Fe. Profesor Asociado Facultad de Medicina de Valencia.
19. Román Ivorra José Andrés, Jefe de Servicio Reumatología del Departamento de Salud 10, Hospital Universitario Dr. Peset.
20. Rosado Bretón Luis Eduardo, Gerente del Departamento de Salud 19, Hospital General Universitario de Alicante.
21. Snabb Galbis M<sup>a</sup> Carmen, Gerente del Departamento de Salud 10, Hospital Dr. Peset.

# **EQUIPO COORDINADOR:**

## **Agencia Valenciana de Salud:**

1. Gómez Soriano, Director de Asistencia Sanitaria de Zona. Agencia Valenciana de Salud.
2. Rabadán Valle, Responsable Oficina del Plan estratégico de la AVS.

## **Antares Consulting (Equipo redactor):**

1. Portella Eduard, Director gerente Antares Consulting.
2. Carrillo Ridaó Esteban, Manager.
3. Albor Redondo Fadia, consultor

# **INTRODUCCIÓN**

## El “perímetro” del documento

Es evidente que la Universidad, a través de las facultades de medicina y el sistema sanitario público tienen un conjunto de misiones compartidas de interés estratégico común.

A nivel genérico, podríamos centrar las misiones compartidas en los siguientes ámbitos:

- *La planificación de profesionales sanitarios.* Después de un largo periodo de plétora de médicos, vivimos una situación en la que se empiezan a evidenciar tensiones derivadas de la escasez de profesionales sanitarios. Desde la perspectiva académica, la planificación de la oferta de plazas (y por tanto del número de titulados) corresponde a los niveles jerárquicos más elevados de la Universidad (Consejo de Rectores de las Universidades Españolas) y al Ministerio de Educación y Ciencia. En el caso del sistema público, la planificación es realizada por el Ministerio de Sanidad. Hasta ahora, la intervención en la misma de las Comunidades Autónomas se ha limitado a la realización de estudios e intervenciones puntuales, más excepción que regla. Si bien es evidente que este nivel de decisión por la amplitud de su impacto debe estar a los niveles más elevados, parece identificarse un “gap” en la participación a nivel autonómico, en el proceso de planificación.
- *La formación de grado de las profesiones sanitarias.* La necesidad de ampliar la base de utilización del Servicio Nacional de Salud para la enseñanza de las profesiones sanitarias generó en su momento la elaboración de normativa específica que rige la relación entre las universidades y la Agencia Valenciana de Salud. Asimismo, esta normativa de carácter genérico se concreta en cada caso mediante un convenio entre ambas partes.
- *La formación de post-grado.* En este campo, la formación de especialidades médicas de post-grado es regulada y gestionada íntegramente por el sistema de salud, si bien las correspondientes titulaciones continúan siendo emitidas por el Ministerio de Educación y Ciencia. En cambio, la Universidad organiza y gestiona las diferentes actividades de formación de post-grado (doctorado, maestría, etc.). Si bien la nueva situación tras la aplicación de las directivas europeas ha cambiado la definición del concepto de grado, se han modificado substancialmente poco las condiciones en que los profesionales trabajan.
- *La investigación, el desarrollo y la innovación.* En este campo las relaciones entre ambas instituciones suelen estar poco formalizadas, si se exceptúa la regulación de la participación de profesores en las comisiones de investigación de los centros sanitarios. El impacto real de la sinergia entre centros asistenciales y universidades es poco conocido, pero parece evidente que una parte substancial de la investigación realizada en el sistema sanitario público es realizada en colaboración con la Universidad.
- Además de la tradicional relación entre el sistema sanitario y las facultades de las Ciencias de la Salud (Medicina, Farmacia, Odontología,...), no hay que olvidar nuevos campos que ganan cada vez más importancia en el sector sanitario e

incluyen en la relación un conjunto de centros universitarios con los que se producen importantes sinergias en los campos de la biotecnología, ingenierías, sistemas de información, etc. Los grandes cambios tecnológicos en la sanidad actual llevan una ampliación del perímetro de relación con el mundo universitario.

El campo de relación entre el sistema sanitario público y la Universidad es pues importante, amplio y complejo. Ello convertiría en inabarcable un abordaje en profundidad, en este documento, de todos los aspectos implicados.

Es por ello que, a pesar de que los acuerdos de colaboración afectan, o podrían afectar a distintas instituciones sanitarias, y a todas las universidades de la Comunidad Valenciana, el foco de análisis de este documento se limitará a la enseñanza de grado de las profesiones sanitarias, especialmente de la medicina, y dentro de ello se ha enfocado especialmente sobre la relación entre las facultades de medicina y los hospitales universitarios.

Los problemas actuales que afrontan las universidades y las instituciones sanitarias necesitan de un abordaje positivo y propuestas de solución. El presente libro intenta dar una respuesta a las necesidades planteadas en este ámbito.

## El concepto de Hospital Universitario

Desde la Ley General de Sanidad, todo el ordenamiento jurídico general del sistema sanitario público español, otorga a todos los centros y servicios las funciones de docencia e investigación.

Ello permite que existan una amplia variedad de fórmulas de colaboración entre la organización académica, la comunidad investigadora y el sistema sanitario, pero no otorga necesariamente la característica de "universitario" a todos los centros y organizaciones del sistema de salud.

*El concepto de hospital universitario (terminología europea preferida) puede ser excesivamente restrictivo, ya que contemplaría exclusivamente aquellos hospitales con convenios de formación pregraduada con la Universidad.*

*Tiene la ventaja que aporta implícitos los programas de docencia e investigación.*

*El concepto de hospital docente "teaching hospital" es la terminología más utilizada en la literatura y administración americana; en nuestro contexto, sería un término también limitado ya que no menciona la función investigadora.*

*En nuestro caso y desde el punto de vista de un producto financiado, es preferible utilizar el término "hospital docente e investigador" ya que implica los tres subsistemas: asistencial, docente e investigador.*

Fuente: Navas Palacios J. Una visió integral de la provisió de productes i serveis de salut: l'hospital docent i investigador. José J. Navas Palacios. Badalona, 29 de mayo de 1996.

Podemos considerar, por tanto, el concepto de Hospital Universitario como **la organización que integra en todo su funcionamiento el máximo nivel de desarrollo de las tres misiones: asistencial, docente e investigadora:**

- En la perspectiva asistencial, implica la oferta de un servicio que se debería diferenciar de cualquier otro centro, por dos características: la amplitud de la cartera de servicios y la búsqueda de la excelencia en la producción del servicio asistencial.
- En la perspectiva docente, el término lleva implícito la existencia de acuerdos permanentes de integración con la Universidad. Pero no se limita a ello, sino que implica el arraigo, en la cultura profesional e institucional, de una vocación docente

en todos los ámbitos de la enseñanza y la formación de profesionales sanitarios y disciplinas relacionadas.

- En la función investigadora, implica el desarrollo del mejor nivel de investigación epidemiológica, clínica, y su interfase con la investigación básica (investigación traslacional) relacionada con su misión de organización asistencial.
- Y por último, un modelo organizativo donde las tres misiones se integran a lo largo de toda la organización, y se fomenta una cultura y unos valores basados en la adquisición y generación del conocimiento y en la excelencia del servicio asistencial.

## **Del Hospital Universitario al Departamento de Salud Universitario**

La revisión del tradicional término de Hospital Universitario no afecta sólo al concepto "Universitario". También el concepto "Hospital" parece empezar a quedarse corto por razones ligadas a la evolución tanto de la docencia como de los propios hospitales.

Las orientaciones actuales de la enseñanza de las profesiones sanitarias sugieren el mejor aprovechamiento docente de todo el sistema sanitario, no limitando la docencia a los hospitales:

- Las actuales orientaciones de la docencia hacia una enseñanza eminentemente práctica recomiendan extender la participación de los profesionales sanitarios al conjunto del sistema con la finalidad de obtener el mejor aprovechamiento posible de los recursos existentes.
- El aprendizaje de habilidades, actitudes y aptitudes que define hoy día la docencia, o el mayor peso puesto en las habilidades relacionales, puede beneficiarse sin duda de la aportación desde campos, como la atención primaria o sociosanitaria, que hasta ahora han estado menos implicadas en la docencia de grado.
- El cambio de paradigma epidemiológico de la enfermedad aguda (enfoque tradicional de los hospitales) hacia la cronicidad tiende a posicionar cada vez más a la atención primaria y sociosanitaria como un campo de aprendizaje de los conocimientos y habilidades que van a ser imprescindibles en el día a día del profesional sanitario.

Pero también, la propia evolución del sistema asistencial coincide en dar cada vez mayor peso al ámbito extrahospitalario:

- El hospital se "ambulatoriza": El acortamiento de las estancias y la tendencia a la ambulatorización están cambiando el centro de gravedad de los hospitales, desde la tradicional hospitalización hacia las áreas ambulatorias, e incluso el desarrollo de servicios desconcentrados en centros de salud e incluso a domicilio.
- La organización sanitaria sufre un proceso de integración vertical: La búsqueda de las soluciones más eficientes para gestionar los procesos de los pacientes está produciendo procesos de integración "vertical" donde se borran las fronteras y se integran los servicios de salud entre atención primaria y hospitalaria.

En el caso de la Comunidad Valenciana, estas tendencias se han visto consolidadas por la implantación de un modelo organizativo que integra en una misma organización los servicios hospitalarios y de atención primaria: El Departamento de Salud. La puesta en marcha de un sistema de financiación mediante capitación ajustada por necesidad hace

prever el avance hacia modelos de integración vertical avanzados que probablemente cambiarán el concepto tradicional de hospital.

**Estas tendencias hacen que recomendamos la substitución del término "Hospital Universitario" por el de "Departamento de Salud Universitario", que es el que utilizaremos, en adelante, en este documento.**

Partiendo de esta nueva perspectiva de Departamento de Salud Universitario, se hace evidente declinar las implicaciones para el conjunto de servicios. Si bien la ambición de un Departamento de Salud Universitario debería situarse en que el conjunto de sus servicios ambulatorios y hospitalarios se integren por igual en las misiones académicas, ello distará durante mucho tiempo de la realidad existente actualmente. Asimismo, existen centros y servicios en otros departamentos con indudable capacidad para la docencia.

Esta situación plantea los mecanismos de acreditación como un instrumento fundamental para la obtención de la característica de "universitario". Estos mecanismos deben ser un requisito previo para demostrar el cumplimiento de los estándares de excelencia asistencial, y capacidad docente e investigadora. La acreditación definirá por tanto que unidades y servicios reúnen los requisitos mínimos para la docencia universitaria, sean éstas unidades y servicios parte o no de un Departamento de Salud Universitario.

La obtención de la consideración de Departamento de Salud Universitario, debería implicar la posibilidad, y la ambición, de que todos o la gran mayoría de sus servicios y unidades (tanto de atención primaria como especializada) se acrediten para la docencia universitaria. Esto no implica, necesariamente, la obligación de hacerlo para todos los servicios y unidades.

Además, alternativamente el sistema deberá utilizar todo el potencial docente de los departamentos y centros no universitarios mediante fórmulas de colaboración flexibles. Para ello, el sistema de acreditación deberá prever la evaluación de centro, servicios o unidades en Departamentos de Salud que no tengan carácter de universitarios.

# **CAPÍTULO I. CONSTATAIONES**

## Constataciones

### Constatación 1

***El modelo actual de enseñanza de las profesionales de la salud es considerado como manifiestamente mejorable por la mayoría de los implicados.***

La titulación de Medicina está regulada desde 2004 por la directiva europea 2021 [1]. 12 2004; 13781/2/04 REV 2, de 21 de diciembre de 2004 (Ver Anexo 1).

***Las directrices para la próxima implantación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior obligan a la realización de cambios significativos en las enseñanzas de las Ciencias de la Salud.***

Es evidente la existencia de diferencias significativas en la formación recibida en distintos países europeos, lo cual también es aplicable a otras titulaciones de las Ciencias de la Salud. Se pueden detectar fácilmente diferencias sustanciales en las metodologías docentes (incluyendo la evaluación del aprendizaje), los recursos humanos y materiales, las características y eficacia del entrenamiento clínico, la producción científica, los criterios de calidad utilizados y la propia evaluación de las titulaciones.

El proceso de construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior aporta, en este campo, algunos elementos de armonización a través de sus instrumentos básicos: un sistema de titulaciones comparable, un sistema de créditos común, un posible catálogo de competencias compartido, y un marco común en la evaluación de la calidad.

No cabe duda de que el proceso de Convergencia Europea constituye un requerimiento y una magnífica oportunidad para introducir cambios importantes en los planes de estudio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que pasar de un sistema como el actual, basado en horas/profesor, a otro basado en horas/alumno supone introducir cambios en las estrategias y metodologías educativas.

La Convergencia Europea, forzosa desde la aprobación de la directiva 2021, nos obliga a dar un giro en nuestra actuación. El proceso educativo debe dejar de estar centrado “en el profesor que informa y enseña” con lecciones magistrales de excesivo contenido teórico, para hacerlo “en el estudiante que aprende”, protagonista real de todo el proceso, en el que el docente es solo el vehículo de ayuda al aprendizaje del alumno. La enseñanza debe estar basada en la adquisición de competencias por parte del alumno durante el periodo de grado, entendiéndose como tales al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que el estudiante debe haber adquirido, de forma que le permita alcanzar una excelente práctica médica, adecuada al contexto social en que se desarrollará. La adaptación al EEES se apoya en tres aspectos: los cognitivos, como son el conocer y comprender, es decir, “saber”; la adquisición de habilidades psicomotoras, es decir, “saber como actuar”, y la formación en valores y actitudes, es decir, “saber como ser”.

***Los cambios que se proponen responden a la valoración de que se precisan reformas en profundidad en el modelo tradicional de enseñanza médica y de las profesiones sanitarias.***

Se puede fácilmente constatar, tanto a través de la revisión de la literatura sobre el tema, como al contrastar la opinión de los implicados la insatisfacción con la situación actual de la enseñanza de grado de la medicina y las profesiones sanitarias.

Los principales problemas que se identifican en la literatura están relacionados con carencias en: la definición de los objetivos docentes y la propuesta curricular, la metodología, la coordinación de las estructuras universitarias y sanitarias y, por último, aquellos derivados de los sistemas de evaluación.

Uno de los documentos más útiles en este sentido es el elaborado por la WFME (World Federation for Medical Education) que define los Estándares de Calidad para la Educación Médica Pregraduada. Este documento fue asumido en 2001 en la denominada Declaración de Granada, por la Conferencia Nacional de Decanos de las facultades de Medicina, la Organización Médica Colegial, los Ministerios de Educación y Sanidad y las Sociedades Científicas como el SEDEM, la ACEM y la SEMDE. Otro documento que consideramos de referencia, es el elaborado por el Instituto de Educación Médica Internacional (IIME) que define las competencias generales que ha de demostrar cualquier médico independientemente de donde se forme. (Ver Anexos 2 y 3).

Estos enfoques fueron tenidos en cuenta por la Conferencia de Decanos del 20-Abril-2005, para la elaboración del documento clave sobre la reforma de la enseñanza médica en España: el Libro Blanco de la Titulación de Medicina.

La Conferencia Nacional de Decanos, abordó en su reunión de Murcia, los retos derivados de las directivas europeas y del espíritu de la Declaración de Bolonia.

Tras un análisis de la formación médica en los países europeos y de un detallado estudio de las competencias genéricas y específicas requeridas por los médicos, el documento recoge las principales innovaciones a abordar en el diseño curricular:

*...El documento que aquí se presenta asume como eje central de la formación médica la **patología humana**. Su abordaje se ha realizado por órganos y aparatos, tratando de favorecer un aprendizaje integrado, e intentando alejarse, en la medida de lo posible, de las especialidades médicas.*

*...Para su comprensión es imprescindible el conocimiento de la **morfología, estructura y función del cuerpo humano** a lo largo de las distintas etapas de la vida, así como su adaptación al entorno... Este bloque debería abordarse desde una perspectiva integrada y con una orientación clínica, facilitando el contacto del alumno con los problemas cercanos a la realidad asistencial. Debe ser posible su integración con el de patología humana y otros bloques de la presente propuesta.*

*...Junto a estos bloques aparecen dos no contemplados en la estructura curricular troncal anterior: las habilidades de comunicación y manejo de la información, análisis crítico e investigación.*

Fuente: Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Diseño de planes de estudio y títulos de Grado. Titulación de Medicina. Aprobada en la CND del 20-Abril de 2005

La orientación a la formación centrada en competencias se refleja en la definición de competencias genéricas identificada en la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas:

Fuente: Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco Titulación en Medicina. Murcia 2005.

En esta conferencia se prestó especial atención a la valoración de las competencias necesarias, incluyéndose entre la documentación un estudio exhaustivo de la valoración de dichas competencias por diferentes colectivos profesionales.

Estas orientaciones, sin estar reñidas con los tradicionales enfoques de la competencia técnica y los conocimientos más actuales basados en la evidencia científica, implican cambios de orientación de la mayor relevancia:

- Un peso muy superior en el desarrollo de las competencias genéricas y específicas.
- Dentro de éstas, un especial peso en el desarrollo de las habilidades relacionales. El desarrollo de las destrezas en el acercamiento al paciente se considera como una parte substancial de la enseñanza médica.
- Como consecuencia de ello, el enfoque hacia una educación fundamentalmente práctica. El desarrollo de las competencias requiere de un proceso tutelado de abordaje práctico de los problemas.

Evidentemente, estas orientaciones tienen una implicación profunda en los hospitales universitarios. Hasta hace poco la formación de grado en medicina se podía producir un cierto distanciamiento entre la enseñanza "teórica" ligada a la facultad y las prácticas hospitalarias como una actividad complementaria. Actualmente hay que pensar en un modelo integrado de formación teórica y práctica donde los hospitales y centros universitarios juegan un papel cada vez más relevante.

### **Constatación 2**

***La innovación tecnológica supone un nuevo reto para la docencia de las ciencias de la salud.***

Es indudable la influencia en todos los ámbitos de la salud del desarrollo de las nuevas tecnologías. La educación de las profesiones sanitarias no puede ser una excepción en este sentido.

La incorporación masiva de innovaciones tecnológicas (biotecnología, electromedicina, sistemas de información, decisión asistida,...) plantean algunos retos cuyo impacto en el campo de la docencia están aún poco evaluados:

- El constante avance en la personalización de los tratamientos
- La incorporación de conocimientos de otras áreas absolutamente alejadas del cuerpo de doctrina tradicional al conocimiento médico. Se plantea aquí el reto de la interdisciplinariedad.

En especial, la sociedad de la información plantea nuevas formas de aprender y gestionar el conocimiento.

Ubicar modernas estructuras de soporte a la docencia y la investigación, ligadas a su vez a la asistencia sanitaria, obliga a todos los agentes implicados a una reflexión para establecer sinergias con el propósito de crecer juntos en recursos, elevar la calidad de la investigación, mejorar su gestión y facilitar la labor de los investigadores. Y todo ello para contribuir al desarrollo empresarial y la calidad de vida de la ciudadanía, pero asimilando unas pautas que son las que marcan la nueva economía a nivel nacional e internacional.

Si nos ceñimos al sector biosanitario, pero sin perder de vista el camino que conduce a la sociedad del conocimiento, con la ciencia y la tecnología como motor del desarrollo económico y del avance social, los departamentos de salud universitarios deben considerar como uno de sus primeros objetivos concentrar a los grupos de investigación para que dispongan de las herramientas de gestión necesarias que les hagan competitivos. De esta manera, el mundo científico universitario y las empresas especializadas en biotecnología mantendrían una estrecha colaboración para dar salida al mercado los productos que se desarrollan en los laboratorios.

Por decirlo en otros términos, se trata de aplicar lo que en la UE se denomina el triángulo del conocimiento formado por la educación, la investigación y la innovación, y que de se revela fundamental para impulsar el incremento de la productividad.

La extensión y el ritmo temporal de la innovación suponen hoy en día seguramente uno de los mayores retos para los Departamentos de Salud Universitarios.

### **Constatación 3**

***El estudiante debe ser integrado en el Departamento de Salud Universitario.***

Las nuevas orientaciones de la enseñanza y la evaluación del desarrollo de las competencias requieren que el centro asistencial universitario integre al estudiante en su funcionamiento cotidiano.

Existen otras experiencias docentes (experiencia del "practicum" en el pregrado, sistema de formación MIR para el postgrado.) que muestran algunas características de gran interés para repensar la fórmula de integración de los estudiantes de grado en los centros asistenciales:

- La existencia de un sistema externo de acreditación docente de los hospitales, centros y servicios que realizan la docencia. La existencia de un proceso de acreditación de los hospitales y cada uno de sus servicios de especialidad supone, además de una garantía de cumplimiento de estándares asistenciales y docentes, un importante estímulo para la mejora del hospital. Este sistema y el riesgo de la pérdida de acreditación han supuesto importantes acicates para la mejora de los servicios.
- La existencia de una cuidadosa ordenación de la docencia, con una clara definición del producto de la formación y las implicaciones a nivel local del centro formador.
- La existencia de una estructura responsable a nivel del centro asistencial (comisiones de docencia, secretarías de docencia.) que realiza el seguimiento a nivel local del proceso docente.
- La integración del discente en la vida del servicio y del hospital.
- La implicación por parte de todos los profesionales en su docencia.

Estas experiencias nos indican la viabilidad de pensar en un sistema de formación de grado plenamente integrado en los centros asistenciales. En el proceso de desarrollar este modelo, se debería dar un peso especial a los diferentes instrumentos de ordenación de la docencia, evaluación y seguimiento que han garantizado el éxito en otros ámbitos de la formación.

#### **Constatación 4**

***El sistema sanitario es cada vez más necesario para la formación de estudiantes de grado.***

***El sistema sanitario integra ya las misiones académicas en un importante volumen de centros.***

En la actualidad existen en la Comunidad Valenciana siete hospitales universitarios con participación en la docencia pregrado. Tres en convenio con la Universidad Miguel Hernández de Alicante (Hospital General Universitario, Hospital Universitario de San Juan y Hospital Universitario de Elche) y cuatro en convenio con la Universidad de Valencia (Hospital Clínico Universitario, Hospital Universitario La Fe, Hospital General Universitario y Hospital Universitario Doctor Peset).

A ello se añade un amplio número de centros hospitalarios y de atención primaria asociados.

Ello supone una importantísima red que integra las misiones asistencial, docente e investigadora.

Esta estructura tan descentralizada cambia completamente la visión tradicional del hospital "clínico" como un centro único donde se concentran las capacidades docentes del sistema sanitario.

El diseño de formas organizativas y de marco jurídico de gestión que se decida en el futuro para los departamentos de salud universitarios, deberá tener en cuenta esta característica para adaptarse a la realidad.

***La participación del sistema sanitario público en la enseñanza de la medicina es cada vez más necesaria.***

La normativa actual requiere del sistema sanitario público su disponibilidad para las funciones de enseñanza e investigación.

Pero además de ser funciones requeridas por el marco normativo general, la integración de la docencia en los centros sanitarios tiene otras razones de peso:

- Las orientaciones docentes impuestas por el EEES dan cada vez más peso a un aprendizaje de competencias y habilidades. En este sentido, las tendencias abonan claramente por la descentralización de la docencia a un número importante de hospitales, más que por su concentración en el antiguo modelo de hospitales clínicos.
- La nueva enseñanza de la medicina tendrá un carácter eminentemente práctico. Ello recomienda la integración de la enseñanza teórica y práctica en las mismas instituciones.
- El peso práctico y la importancia que se tiende a dar al desarrollo de las competencias relacionales recomienda la utilización para la docencia no sólo de los hospitales, sino del conjunto del sistema sanitario. El modelo de integración vertical en los Departamentos de Salud de la comunidad valenciana, favorece notablemente esta situación.

***La Atención Primaria y otros campos de la salud se incorporan en la docencia.***

La práctica profesional está sufriendo grandes cambios: las estancias hospitalarias cada vez más cortas con cuidados ambulatorios cada vez más frecuentes, ingresos de pacientes cada vez más graves y más seleccionados, el progresivo envejecimiento de la población, aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas; el crecimiento de la necesidad de cuidados a domicilio, incluidos los cuidados paliativos; necesidad de desarrollar una mejor comunicación médico-paciente e importancia del abordaje psicosocial para la atención adecuada de todos los procesos; la necesidad de cuidados multiprofesionales y en equipo, el protagonismo del paciente en la valoración y el control de su propio proceso.

Tanto los requerimientos cuantitativos de una mayor orientación práctica como las orientaciones pedagógicas hacia un mayor contenido de desarrollo de las habilidades relacionales, las actitudes y las aptitudes parecen recomendar una mayor implicación de los ámbitos no hospitalarios en la docencia de grado.

Por tanto, la Atención Primaria y la Medicina de Familia deberían consolidar su incorporación en la docencia universitaria, en un contexto ligado a la reforma de los actuales currículos.

Todos los estudiantes de grado deberían participar de manera directa o indirecta, en las labores asistenciales de Atención Primaria. Por lo tanto, en esta fase de la formación, los Centros de salud deben ser objeto de un proceso reglado de acreditación para la docencia, vinculándose formalmente con las Universidades, participando en la formación de la práctica clínica de los estudiantes, y facilitándoles los conocimientos sobre habilidades y necesidades de la Atención Primaria.

Después, en su formación especializada, también los residentes de especialidades distintas a la Medicina de Familia, que tendrán una formación preferentemente hospitalaria, deberían conocer el funcionamiento de la Atención Primaria, para promover una buena relación entre especializada y primaria que, por desconocimiento o ignorancia del sistema, no se facilita tampoco desde los períodos de grado.

Otros ámbitos del ejercicio de la práctica sanitaria también deberían ser objeto de revisión de su potencial docente. La atención sociosanitaria a enfermos crónicos y terminales tiene un valor importante como campo de aprendizaje del manejo de la patología crónica, de acuerdo con el paradigma epidemiológico actual. También determinados desarrollos de metodologías de trabajo como pueden ser la orientación hacia el trabajo en equipo interdisciplinar y la valoración de la capacidad funcional, pueden ser aportaciones muy interesantes a la formación del estudiante y el especialista.

La actual estructura de la organización sanitaria de la Comunidad Valenciana en Departamentos de Salud, integrando la atención hospitalaria y primaria, constituye una excelente base para generalizar la ampliación del campo docente a otros sectores menos tradicionales en la docencia grado.

***Los alumnos se benefician poco de la amplitud de la oferta de hospitales y centros docentes.***

A pesar de la importante oferta hospitalaria, valoramos que los alumnos no obtienen de la misma todos los beneficios que serían de esperar.

Los diferentes hospitales participan en la formación, sobre todo la realización de las prácticas, pero no se formalizan las características de la oferta docente de cada uno de ellos.

La ausencia de una información detallada sobre la oferta docente de cada centro hace que el proceso de elección se realice en función de parámetros de comodidad de acceso o en base a información parcial obtenida por canales informales.

La perspectiva de integración de la docencia en los departamentos de salud requeriría un proceso de formalización de la oferta de servicios, tanto en términos docentes como de medios complementarios e incluso comodidades.

### **Constatación 5**

***El modelo actual de integración de la docencia basado en la dirección simultánea, desde dos instituciones, y sobre los mismos recursos, presenta limitaciones estructurales.***

***Las disfunciones actuales en la integración de la docencia en los hospitales universitarios tienen su origen en la evolución histórica de la integración.***

Las facultades de medicina han experimentado una considerable evolución, a partir de la segunda mitad del siglo XX. Anteriormente además de las instalaciones propias de cualquier facultad universitaria, disponían de un hospital clínico propio, plenamente integrado en las labores de docencia e investigación, además de las asistenciales y, por tanto, con una sola dependencia.

En paralelo, desde la década de los 50, la Seguridad Social fue creando una amplia red de hospitales, con un excelente equipamiento tecnológico y humano, que en muchos casos superaba en dotación y actividad a los tradicionales hospitales clínicos. Esta red se creó y consolidó originariamente con una orientación puramente asistencial manteniéndose en sus primeras décadas alejados en la práctica de la relación con la universidad.

La progresiva integración de los hospitales clínicos en la red sanitaria pública ha provocado la situación problemática de doble dependencia de los profesionales respecto de las autoridades educativas y sanitarias: anteriormente los ministerios correspondientes y actualmente éstos y las respectivas consejerías autonómicas.

Surgió por tanto la necesidad de establecer disposiciones legales reglamentarias primero específicas para las facultades de medicina que concertaran las responsabilidades de las dos administraciones, y

posteriormente para facilitar la integración de toda la red sanitaria en las funciones docentes.

Entre estos acuerdos cabe destacar el Real Decreto por el que se aprobó el llamado Acuerdo marco de colaboración en las Instituciones Sanitarias de rango universitario entre los Ministerios de Educación y Ciencia, y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, de 27 de noviembre de 1981 posteriormente derogado y sustituido por el Real Decreto por el que se establece las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias, de 28 de junio de 1986.

Estas normativas han permitido, no sin dificultades, la extensión en la utilización de todo el sistema público para las misiones docentes e investigadoras, pero es a todas luces evidente que no han resuelto el problema de integración de las misiones asistencial, docente e investigadora.

- Por un lado, la influencia progresivamente creciente de las administraciones sanitarias sobre los hospitales, no solo en el terreno de lo asistencial, sino también en el ámbito de la docencia y la investigación, ha generado problemas extendidos en toda España, debido a que en gran parte se deriva de un marco legislativo general, que regula la relación universidad -instituciones sanitarias, que es deficiente.
- Por otra parte, la incorporación de la docencia a los hospitales de la seguridad social se ha realizado de manera muy variable en cada caso, y más en función de situaciones y personas que de una política comprensiva de integración de misiones. Ello hace que, la cultura de hospital universitario sea muy diferente entre los centros en función de su evolución.

A pesar de esto, en cada comunidad autónoma y universidad las disfunciones concretas son muy diferentes, y dependen en gran medida de la organización, gestión y entendimiento de los respectivos agentes en cada una de ellas.

***Las disfunciones actuales revelan la dificultad de encuadrar la específica situación de los hospitales universitarios en un marco jurídico general pensado para el conjunto de la universidad.***

La existencia generalizada de estas disfunciones revela la dificultad de encuadrar, en el modelo general de normativa universitaria, una situación tan específica y compleja como es la de los hospitales universitarios.

Desde la regulación de las incompatibilidades entre figuras docentes universitarias y de profesional asistencial en hospitales públicos, hasta las formas previstas para la contratación de las clases prácticas, la normativa actual revela la dificultad de encajar una situación como la de los hospitales universitarios.

Constatamos por tanto como la normativa general de regulación universitaria constituye una dificultad importante para lograr la compleja integración entre las funciones asistenciales, docentes e investigadoras que se esperan de un hospital universitario.

***El modelo de hospital universitario basado en dos instituciones diferenciadas tiene limitaciones estructurales.***

Si se observa la situación de integración de la docencia universitaria en hospitales públicos, puede verse claramente que el nivel de integración y la forma de expresión de los problemas varía notablemente entre unos y otros centros y universidades. Pero en todos es evidente que la disociación entre una institución que rige la actividad docente y otra que rige la actividad asistencial es una fuente constante de conflictos, disfunciones e insatisfacción.

Muchas de las razones que están en la base de los problemas pueden atribuirse a falta de coordinación o actitudes locales, pero en el fondo es evidente que no es posible integrar plenamente las funciones asistenciales, docentes e investigadoras si no existe una dirección única que integre el conjunto de las funciones y la gestión de sus recursos.

Aunque los borradores conocidos de la nueva Ley de Ordenación Universitaria incorporan elementos de mejora importantes, no es probable en la actualidad que se produzcan cambios substanciales en dicha ordenación. En gran medida es previsible que en los próximos años tengamos que seguir trabajando en un esquema basado en dos instituciones diferenciadas que inciden sobre la docencia universitaria sanitaria. Por ello, las propuestas que se contemplen de mejora de la situación actual deben abordar las formas de integración de la gestión de unos recursos materiales y de personal que dependen de dos organizaciones diferentes.

***El modelo actual de docencia en hospitales universitarios es profundamente insatisfactorio para los profesionales.***

Existe una más que amplia y problemática casuística sobre la situación de doble dependencia, de la Universidad y de la Sanidad Pública, que genera disfunciones a todos los niveles:

- La planificación de las plantillas y las cargas de trabajo asistenciales en los hospitales universitarios se suele realizar sin tener en cuenta la existencia de funciones de investigación y docencia. La consideración con los mismos criterios de todos los centros, a efectos de dotación de recursos, crea tensiones importantes en la práctica entre las funciones asistenciales y las docentes e investigadoras.

- La situación de profesor con plaza vinculada supone una posición problemática derivada de la carga asistencial en conflicto con la docente, y de la coincidencia en el mismo profesional de dos marcos laborales diferentes con regulaciones muchas veces contradictorias.
- La utilización de la figura de profesor asociado como base de la enseñanza práctica es especialmente contradictoria. En su origen, la figura no está prevista para nutrir las plantillas cotidianas de los hospitales universitarios sino como una figura de carácter más bien excepcional. Las disfunciones provocadas por la generalización de este tipo de contratación son variables en función de los centros y los departamentos, pero más que abundantes:
  - La figura de profesor asociado no es, en su concepción, una vía de acceso a la universidad sino una vía de colaboración entre ésta y profesionales de reconocida solvencia. En aquellos lugares en que se ha percibido esta figura como un nivel de acceso a la carrera universitaria, se han producido importantes frustraciones de colectivos profesionales.
  - El actual sistema de acceso a plazas mediante habilitación a nivel nacional hace especialmente difícil la promoción de gran parte de los actuales profesores asociados. Este hecho ha provocado que muchos de ellos ya hayan renunciado a esta posibilidad.
  - A ello se suma, por fortuna limitado a algunos centros y departamentos, todo un conjunto de "agravios" sobre la falta de integración de los profesores asociados en la vida de los departamentos universitarios. Esta percepción es muy variable entre las dos universidades y entre los departamentos pero podemos decir que las situaciones de absoluta falta de integración no parecen, ni mucho menos, excepcionales en el caso de alguna universidad.
  - La existencia de un régimen de incompatibilidades entre la mayoría de figuras actuales de profesorado y el puesto de trabajo en el sistema sanitario público genera dificultades para el acceso y la carrera profesional de los médicos del sistema público. También el actual sistema de selección de profesores titulares, por lo limitado de las plazas ofertadas, dificulta la carrera universitaria de los profesionales del sistema sanitario. Parece previsible que la nueva Ley de Ordenación Universitaria flexibilice ambos sistemas, lo que redundaría en un gran beneficio para la docencia universitaria.
  - Apenas se han explorado las posibilidades de integrar funcionalmente la gestión de los recursos humanos de ambos sistemas mediante acuerdos estables entre ambas instituciones. La gestión de personal se mantiene plenamente diferenciada entre las dos instituciones, que gestionan independientemente a los mismos profesionales.

En conjunto, se trata de una situación difícil de gestionar y con elevado riesgo de conflictividad.

El marco global de un sistema de selección específico del profesorado universitario por el Ministerio de Educación es, con toda probabilidad, inamovible, por lo que la única opción posible será introducir las medidas necesarias para conseguir una integración funcional plena de todos los profesionales bajo una única dirección en cada Departamento de Salud.

***Se impone un nuevo modelo organizativo de centro sanitario universitario.***

Sorprende observar cómo los hospitales universitarios apenas contemplan en su organización interna las misiones universitarias. Así como existe una estructura responsable de la docencia MIR, no existe ningún interlocutor específico para la docencia de grado y, sólo recientemente, los hospitales han iniciado la ordenación de las actividades de investigación a través de las Fundaciones.

En la situación actual, los hospitales públicos son idénticos organizativamente y respecto a la planificación de recursos de cualquier otro hospital de la red.

La coordinación de las misiones académicas se restringe a la Comisión Mixta cuya composición y carácter la limitan al rol de dirección estratégica del máximo nivel. Sólo muy recientemente se ha empezado a desarrollar algún órgano de gestión más operativo a nivel central y a nivel de los hospitales. La planificación y gestión de las misiones universitarias se resuelve mediante las buenas voluntades personales y la implicación directa de la máxima autoridad del hospital en cualquier tema relacionado con éstas por pequeño que sea.

Desde un punto de vista organizativo, esta situación condena casi inevitablemente a la disociación de la gestión de las misiones universitarias en que la Facultad y los departamentos universitarios se encargan de una gestión que carece de interlocutor operativo a nivel de los hospitales.

La enorme presión asistencial actual sobre los hospitales puede hacer el resto: las relaciones con la universidad acaban convirtiéndose en un tema marginal que acaba resolviéndose mediante el voluntarismo de ambas partes.

*Rozman y Lafarga (Medicina Clínica, 2006) abordan este problema sugiriendo una fórmula específica: la constitución de la Universidad de Ciencias de la Salud y la integración del hospital universitario mediante la figura jurídica de un Consorcio entre esta universidad y el servicio regional de salud. Sin prejuzgar si ésta es la fórmula idónea, constituye sin duda un interesante avance en la dirección que debemos buscar: la integración bajo una única organización de las misiones asistenciales, docentes e investigadoras del hospital universitario.*

Los seis trazos clave que identifica Rozman para esta integración son:

1. *"Un único ente dotado de personalidad jurídica propia que integra los dispositivos sanitarios y docentes que configuran una o más unidades funcionales consolidadas.*
2. *Una naturaleza jurídica que permita promover la gestión de los servicios y adoptar instrumentos de gestión empresarial de los dispositivos correspondientes.*
3. *Una composición mixta de sus órganos de gobierno, que integre al tiempo la representación de la universidad y la institución o instituciones sanitarias correspondientes.*
4. *Una única organización, que permita superar la falta de correspondencia entre la estructura universitaria y la estructura de los hospitales.*
5. *El desarrollo coetáneo de funciones docentes, de investigación y, en caso, asistenciales, de todos los profesionales de la universidad, que habrán de quedar sometidos a un régimen jurídico único, al que se tenderá progresivamente, de manera que una vez alcanzado este objetivo las diferencias entre dichos profesionales se den sólo en el grado jerárquico, el nivel de la carrera profesional y la proporción de cada una de las funciones desarrolladas por ellos.*
6. *Una organización flexible que haga posible ensayar nuevos modelos de educación médica pregraduada que ofrezca una respuesta más idónea a las demandas de una sociedad sometida a un proceso de cambio permanente"*

Es evidente que se impone un replanteamiento a fondo del perfil organizativo de los hospitales universitarios. Sus implicaciones (por ejemplo en el ámbito de la fórmula jurídica, pero no solo en ello) constituirán sin duda un tema a analizar y desarrollar cuidadosamente.

### **Constatación 6**

***Las relaciones económicas entre las dos instituciones se basan fundamentalmente en compensaciones "en especie" con implicaciones de financiación mal delimitadas.***

***Las misiones universitarias suponen un coste importante dentro del hospital.***

La revisión de la literatura señala los importantes sobrecostes hospitalarios derivados de las misiones universitarias.

Un estudio reciente señala que los costes derivados de las misiones académicas en hospitales universitarios de Bélgica, considerados exhaustivamente, oscilan entre el 13 y el 18% de los costes totales.

Fuente: Elaboración propia Antares Consulting, 2003.

La actual presión sobre la contención de costes en los hospitales afecta en gran medida a esta situación. Si el sistema de financiación no contempla adecuadamente los costes de la docencia y la investigación, la opción por el mejor coste de oportunidad (hacer más asistencia y menos docencia-investigación) será en la práctica la opción elegida. Ello se produce sin duda en el día a día de nuestros centros y constituye una de las razones clave de lo deficitario de la integración y la insatisfacción profesional con el ejercicio de las misiones académicas. De hecho, se deja a la "sensibilidad" de los directivos el esfuerzo que se permite dedicar a las misiones académicas.

Seguramente el primer problema a afrontar es el desconocimiento de la dimensión del problema. Actualmente se carece de la mínima base de información rigurosa sobre cualquiera de los elementos del problema:

- El conocimiento de la actividad y la producción relacionada con las misiones académicas es casi nulo o limitado a aspectos muy parciales (publicaciones).
- Si la actividad es desconocida, evidentemente el ejercicio de estimar sus costes no ha sido siquiera intentado.
- Las relaciones económicas entre las dos instituciones se limitan a compensaciones "en especie" (por ejemplo la cobertura mayoritaria de la nómina de los profesores titulares por parte de la Universidad, o de los costes inducidos en la asistencia por parte de los hospitales).

En esta situación, cualquier análisis sobre la suficiencia o insuficiencia de la financiación de la docencia e investigación en los centros sanitarios no puede pasar del campo de las impresiones y apriorismos.

Nos encontramos pues con un marco de gestión de los costes y la financiación poco transparente y prácticamente desconocido, lo cual hace casi imposible establecer y hacer públicos los balances entre las instituciones.

***La mayoría de los costes derivados de la docencia son difícilmente cuantificables.***

Es importante comprender bien la naturaleza y el tipo de costes implicados, ya que los costes indirectos e inducidos por las misiones académicas suelen ser menospreciados por los profesionales y, en ocasiones, por los responsables de los centros.

La principal razón de que este hecho sea relativamente poco conocido está en que se suelen valorar los costes directos de la docencia y la investigación mientras se infravalora, por la dificultad de su cuantificación, los costes indirectos y sobre todo los costes inducidos (por ejemplo, el tiempo adicional destinado a una actividad asistencial cuando esta es objeto de un proyecto de investigación o de la docencia a estudiantes).

### **Modelo de costes de las misiones académicas en los hospitales universitarios**

Fuente: Antares Consulting. Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

En general deberían contemplarse cuatro tipos de costes:

**Costes Reales (costes puros directos e indirectos):** La financiación debe contemplar, por lo menos, la compensación de los costes que son asociados directamente con las misiones universitarias.

**Costes Indirectos de estructura:** La infraestructura de los hospitales universitarios es más pesada y compleja que la de los hospitales no

universitarios. Una parte de los recursos consagrados a esta estructura es utilizada y consumida por las misiones universitarias.

**Costes Inducidos:** La inclusión de una actividad asistencial determinada en protocolos de investigación, o su participación en la docencia genera unos tiempos de realización más largos lo que evidentemente implica un sobrecoste significativo.

**Coste de Oportunidad:** Es importante analizar los costes derivados de no hacer otra actividad por la dedicación a las responsabilidades contraídas en investigación docencia. Tradicionalmente, los hospitales no recibían mayores ingresos por hacer más actividad asistencial. En cambio, con los sistemas actuales de financiación capiativa y productividad variable, el análisis del coste de oportunidad se convierte en una necesidad.

La docencia y la investigación constituyen líneas de producto diferenciadas de la asistencia sanitaria. Actualmente es preciso conocer y analizar su impacto en la cuenta de resultados y su contribución al equilibrio financiero.

La dificultad de establecer con precisión todos los elementos de esta situación hace que sea necesario abordar progresivamente este problema estableciendo los sistemas de información necesarios sobre la actividad y abordando el conocimiento de la realidad de los costes y los criterios de imputación de costes indirectos y estimación de los mismos en la práctica.

### **Constatación 7**

#### ***La organización de la docencia debe tener al estudiante como centro.***

Las abundantes dificultades operativas de combinar las misiones asistenciales y docentes hacen olvidar muchas veces que el objetivo de la docencia es obtener la mejor formación posible para el estudiante.

La orientación al estudiante incluye incorporar enfoques poco habituales:

- Una definición exhaustiva del "producto" a obtener mediante la formación (competencias genéricas y específicas, habilidades, conocimientos).
- Un proceso de evaluación bidireccional estudiantes-docentes continuado que permita identificar y corregir las áreas mejorables.
- La participación de los estudiantes en los procesos de diseño y evaluación de las actividades docentes.
- La existencia y conocimiento por estudiantes y profesionales de los derechos y obligaciones de utilización del recinto asistencial, especialmente en lo que afecte a la relación con los pacientes y el funcionamiento del centro.

- La atención integral al estudiante en todos los aspectos. Ello incluye los aspectos de recepción e integración en los centros asistenciales, la atención a los procesos administrativos, a la información y al confort de los estudiantes durante su estancia en los centros.

La universidad y la Agencia Valenciana de Salud deberá definir, y los centros docentes gestionar, los criterios y estándares de calidad a alcanzar en los diferentes aspectos de atención al estudiante.

Esta política de calidad debe ser complementaria y compatible con la consideración del paciente como centro final de todo el sistema asistencial y docente. La orientación al paciente debe estar presente ya desde la fase de formación de los futuros profesionales sanitarios.

## **CAPÍTULO II. RECOMENDACIONES**

## Recomendaciones

### Recomendación 1

***El Departamento de Salud Universitario debe diferenciar la definición de su misión, visión y valores de acuerdo con sus misiones.***

Justificación:

- La característica diferencial de un Departamento de Salud Universitario es la inclusión de la docencia y la investigación en su misión.
- Esta definición de misión debe impregnar toda la cultura de la organización y ser asumida por sus equipos directivos y mandos intermedios.

En base a ello, recomendamos:

- Que en toda la definición estratégica (misión, visión, valores) y sus implicaciones operativas (planes estratégicos, objetivos, iniciativas, indicadores) se recojan estas misiones del hospital universitario de forma integrada.
- Que la integración de la triple misión sea considerada un elemento clave en la selección de los directivos y mandos intermedios de los Departamentos de Salud Universitarios.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que los Departamentos de Salud Universitarios realicen una revisión de su elaboración estratégica para confirmar la inclusión en la misma en toda su extensión de los tres aspectos de la misión.
- Que los Departamentos de Salud Universitarios evalúen la estructura de directivos y mandos intermedios de acuerdo con esta perspectiva de misión y se planteen las acciones necesarias para compensar los equipos directivos cuando la cultura de la triple misión no esté adecuadamente representada.

### **Recomendación 2**

***Recomendamos la revisión de la normativa general que regula la organización universitaria, para adaptarla a la especificidad de la enseñanza de la medicina en los centros sanitarios.***

Justificación:

- Una parte muy significativa de las disfunciones observadas en la integración de la docencia en los centros sanitarios proviene de las dificultades de adaptación de una normativa general, pensada para una tipología de facultades muy diferentes, a un entorno especialmente complejo como es el de la docencia integrada en una institución cuya principal misión es la asistencia a los pacientes.
- Si bien el ámbito de esta iniciativa supera el marco autonómico en que se ha realizado el encargo de este documento, no podemos dejar de hacer constar la necesidad de que la normativa universitaria se adapte a las especificidades de la docencia de las profesiones sanitarias.

En base a ello, recomendamos:

- Que las autoridades competentes realicen una revisión de las disfunciones existentes y la adaptación correspondiente de la normativa al entorno de los centros asistenciales con misión docente.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- El estudio por las autoridades autonómicas de las disfunciones existentes en el marco legislativo y la elaboración de una propuesta de revisión.

### **Recomendación 3**

***Los departamentos de salud con carácter universitario deben ser diferenciados del resto a efectos de la planificación de recursos y la financiación.***

Justificación:

- Todo el sistema sanitario debe y puede participar, con diferentes niveles de implicación, en las misiones docentes e investigadoras. Dentro de este contexto, la definición de Departamento de Salud Universitario debe suponer un nivel claramente diferenciado donde la plena integración de estas misiones afecta de lleno al conjunto de la organización.
- La integración completa en la práctica, en un departamento de salud, impone diferencias significativas sobre un hospital con misión predominantemente asistencial.

- Ello implica que el sistema sanitario debe establecer una clara diferenciación, como sucede en la mayoría de países, entre ambos tipos de hospitales.
- Esta diferenciación afecta a todo el marco de gestión de los hospitales: la definición de misión, visión y valores; el organigrama; la definición de perfiles profesionales, las obligaciones de colaboración académica del personal, la planificación de recursos humanos y materiales, la financiación y las exigencias de calidad.

En base a ello, recomendamos:

- Que, por parte de la Agencia Valenciana de Salud, se establezca una nítida diferenciación entre los departamentos de salud universitarios y los de perfil predominantemente asistencial.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que se establezca un periodo de transitoriedad que permita adaptarse al conjunto de hospitales a esta situación y desarrollar las herramientas operativas de esta nueva situación de gestión.
- Que se definan los modos de participación en las misiones docentes e investigadoras de los centros no universitarios para aprovechar al máximo su potencial en este sentido.
- Que se elaboren los estándares de dotación de planificación de recursos que afectan a esta diferenciación.

#### **Recomendación 4**

***Todos los profesionales del Departamento de Salud Universitario deben participar en la triple misión asistencial, docente e investigadora.***

Justificación:

- La dicotomía entre profesionales universitarios (profesores titulares y asociados) y personal asistencial constituye un foco de conflictos, de insatisfacción y de desorientación de los alumnos.
- La existencia de esta disociación es incompatible con el principio de integración de los alumnos en la vida del departamento de salud.
- Toda la normativa general del sistema sanitario español (Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) reconoce explícitamente la participación de todo el sistema sanitario en la investigación y la docencia. Sin embargo, culturalmente mientras la docencia está plenamente asumida para la formación de especialistas MIR, no ocurre lo mismo en el caso de la docencia pregrado.
- El Departamento de Salud Universitario debe promover la integración total de su personal en la cultura y la carrera universitaria. Las limitaciones derivadas de la normativa actual (acceso a las plazas

universitarias) pueden ser un condicionante pero no deben impedir una cultura de implicación absoluta de todo el personal en las funciones docentes e investigadoras.

En base a ello, recomendamos:

- Que la triple implicación en la asistencia, la docencia y la investigación sea considerada parte indisociable de la característica de ser trabajador de un departamento de salud universitario.
- Que la participación en el ejercicio en mayor o menor intensidad de cada una de estas líneas por cada trabajador sea desarrollada, individualizadamente dentro del equipo, como parte de su carrera profesional y en función del mejor equilibrio entre las necesidades del departamento de salud y la unidad y sus características vocacionales, de competencias y habilidades.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que se revisen todos los procesos actuales de gestión de recursos humanos, a nivel de la AVS y de los departamentos de salud, para recoger esta especificidad de los centros sanitarios universitarios.
- Que se analicen las diferentes posibilidades existentes para reconocer e incentivar, por parte de la Universidad, esta dedicación a las misiones universitarias del personal sin plaza en la Universidad.

### **Recomendación 5**

***La diferenciación de un departamento de salud universitario debe suponer un proceso permanente de acreditación y certificación del conjunto del departamento y de sus servicios.***

Justificación:

- La diferenciación propuesta en la recomendación anterior implica que los departamentos de salud universitarios reúnen unas características de excelencia diferenciadas respecto a los no universitarios.
- La experiencia con el sistema de acreditación para la docencia MIR muestra como este tipo de procesos constituye en muchas ocasiones el revulsivo y el estímulo para la mejora de problemas de calidad importantes en los centros.
- La condición de universitario no debe constituir un privilegio otorgado gratuitamente a los "mayores" hospitales, sino un reconocimiento ganado en la persecución de la excelencia.
- Los criterios actuales para el reconocimiento de la condición de hospital universitario están muy centrados en la cartera de servicios del centro. Este enfoque es considerado como necesario pero insuficiente para valorar la calidad.

En base a ello, recomendamos:

- Que, de común acuerdo entre ambas instituciones, se incluya, en las políticas de calidad de ambas instituciones, un proceso específico de acreditación como departamento de salud universitario para acceder a la docencia.
- Este proceso deberá contemplar la definición de los criterios de excelencia en los servicios que debe alcanzar un departamento de salud universitario.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que en el diseño del proceso de acreditación se tenga en cuenta aprovechar al máximo las sinergias con otros procesos existentes y ya con cierta tradición en los hospitales, tales como la docencia MIR, los procesos de evaluación del modelo EFQM, o los procesos de acreditación ISO en marcha en determinados servicios y unidades de los hospitales.

### **Recomendación 6**

***El Departamento de Salud Universitario debe integrar la gestión de todos los recursos asistenciales docentes e investigadores bajo una misma organización.***

Justificación:

- La única posibilidad realista de que el Departamento de Salud Universitario integre sus tres misiones, es desarrollarlas bajo el marco de una única organización y gestión integrada.
- Aunque los mecanismos de coordinación han dado frutos más o menos aceptables, la existencia de disfunciones generalizadas en todos los departamentos de salud universitarios muestra claramente que la dificultad no depende de las voluntades sino de un problema estructural de doble dirección de los recursos.

En base a ello, recomendamos:

- Que se integren las tres misiones del Departamento de Salud Universitario bajo la responsabilidad de una única organización.
- Que esta organización sea completamente responsable, y auditable, de la gestión de todos los recursos humanos y materiales independientemente de su finalidad docente, asistencial o investigadora.
- Que las misiones académicas y asistenciales sean responsabilidad, en mayor o menor medida según se determine, del todo el personal del Departamento de Salud.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que se realice un análisis en profundidad de las formas jurídicas y organizativas que responden a esta visión integrada de la organización del departamento de salud universitario.

- Que se elabore una reglamentación de transición para recoger las peculiaridades de todas las situaciones actuales y permitir un tránsito no traumático.
- Que ambas instituciones acuerden las formas de delegación a los Departamentos de Salud Universitario de las responsabilidades de gestión de todos los recursos.

### **Recomendación 7**

***Los organigramas de gestión deben integrar el conjunto de las misiones tanto a nivel del Departamento de Salud Universitario, como de la Universidad y de la Agencia Valenciana de Salud.***

#### Justificación:

- La actual gestión dual de los departamentos de salud universitarios produce la conflictiva situación de doble dirección de los profesionales y los recursos materiales.
- A nivel de servicios centrales, los organigramas de las dos instituciones, tienen carencias que dificultan la interlocución:
  - La Agencia Valenciana de Salud no dispone en la actualidad de ningún interlocutor específico responsable de las misiones universitarias.
  - La Universidad carece de una figura en su organigrama, del tipo de vicerrectorado de ciencias de la salud, que responda a la complejidad y especificidad de la docencia sanitaria.
- Los departamentos de salud universitarios carecen en su organigrama actual de direcciones y estructuras con la finalidad de gestionar las misiones académicas.
- Se percibe claramente en los departamentos de salud una asimetría evidente entre los importantes avances en la gestión de la asistencia y el escaso nivel de ordenación y regulación de las actividades docentes e investigadoras.
- La integración dentro de los servicios asistenciales entre los máximos niveles de responsabilidad académica y asistencial no siempre se realiza adecuadamente. Si bien la máxima responsabilidad a ambos niveles no debe necesariamente coincidir en la misma persona, si que se considera necesario conseguir el máximo de integración en el liderazgo en las tres misiones dentro de cada servicio:
  - Como mínimo, en cada servicio de un departamento de salud universitario, debería darse una responsabilidad y liderazgo claro para cada una de las misiones y la integración directiva de las personas que las ejerzan.
  - La regulación en este aspecto debería ser clara y flexible para permitir el desarrollo de las funciones directivas dentro del departamento de forma integrada y potenciando al máximo las capacidades diferenciadas de liderazgo de los profesionales.

En base a ello, recomendamos:

- Que los departamentos de salud universitarios desarrollen organigramas adecuados a la existencia de la triple misión asistencial, docente e investigadora.
- Que la Universidad cree una figura responsable del área de Ciencias de la Salud, al nivel, por ejemplo, de un vicerrectorado.
- Que la definición de la estrategia y la selección de los responsables directos de gestión de estas funciones, sea realizada de mutuo acuerdo entre las autoridades sanitarias y académicas.
- Que se establezca un modelo de "gestión por línea de producto" en que la docencia y la investigación sean reconocidos como producto del hospital y por tanto contabilizadas auditadas y evaluadas en su actividad y consumo de recursos.
- Que cada línea de producto sea incluida en el organigrama de los Departamentos de Salud Universitarios al máximo nivel.
- Que se desarrollen las unidades de soporte técnicas y administrativas necesarias en cada hospital universitario para dar soporte a estas funciones.
- Que se busque activamente el máximo nivel de coincidencia posible en el liderazgo de las misiones académicas y asistenciales.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que se modifiquen los organigramas de los Departamentos de Salud Universitarios para incorporar las figuras de dirección de la docencia y de la investigación.
- Que transitoriamente, se faciliten vías provisionales para la designación de directivos responsables de las misiones de docencia e investigación.
- Que de mutuo acuerdo entre ambas instituciones se establezcan los medios para dotar a estas funciones de una infraestructura mínima técnica y administrativa.

### **Recomendación 8**

***El estudiante debe ser integrado en el Departamento de Salud Universitario.***

Justificación:

- Los requerimientos metodológicos del EEES implican una mayor integración entre teoría y práctica. El ejercicio práctico de la docencia en este nuevo espacio, requiere una profunda integración entre la formación teórica y la práctica.
- Algunos elementos de experiencia de docencia de grado (practicum) y postgrado integrada en los servicios hospitalarios pueden constituir una referencia de futuro para la docencia de grado. Los elementos de estas experiencias que constituyen la referencia son:
  - Integración plena del alumno en la vida del centro sanitario
  - Definición clara y detallada del producto de la formación y el programa docente

- Acreditación de centros y servicios para la docencia
- Selección por los alumnos del centro para recibir la formación
- Sistema de evaluación interna (organizada por el centro) y externa de la formación.

En base a ello, recomendamos:

- El conjunto del proceso de formación teórica y práctica del estudiante de grado debe realizarse íntegramente en los departamentos de salud universitarios. En el caso de los estudiantes de medicina ello debe incluir al menos el segundo ciclo de la carrera.
- El estudiante debe integrarse plenamente en el departamento de salud para su formación.
- El modelo de enseñanza debe sustituir la actual separación entre el aprendizaje teórico y práctico por un esquema basado en los sistemas de tutorías permanentes.
- El conjunto de los profesionales del departamento de salud universitario debe responsabilizarse, cada uno en su nivel específico, de la docencia y la investigación. Sin perjuicio de la asimetría de dedicación de los profesionales, todos los estudiantes pueden y deben ser formados, en mayor o menor medida, por todos los profesionales.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que cada departamento de salud universitario elabore su propio plan de adaptación a esta situación.
- Que cada Departamento de Salud Universitario contemple el desarrollo de las infraestructuras y recursos humanos necesarios (Plan Director de Espacios, Plan de Recursos Humanos).

### **Recomendación 9**

***La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios debe generar un proceso de redefinición de las funciones docentes de los departamentos de salud y su coordinación por la estructura docente de la Universidad.***

Justificación:

- Un escenario en que la docencia de las asignaturas clínicas sea gestionada e impartida íntegramente en los departamentos de salud universitarios requiere definir las funciones de las unidades docentes hospitalarias que gozarán de gestión autónoma dentro del marco legal de la universidad.
- Las universidades son el órgano competente que organiza la docencia, vela por la calidad e innovación y expide las titulaciones académicas. Debe regularse la coordinación entre la universidad (departamentos universitarios, etc.) y la estructura docente en los departamentos de salud universitarios.

En base a ello, recomendamos:

- Construir un escenario de la máxima autonomía para los hospitales universitarios en la gestión de todos los recursos y la organización de la docencia.
- Consolidar y desarrollar por parte de la Universidad, en colaboración con la Agencia Valenciana de Salud, los instrumentos de coordinación y gestión que garanticen la acreditación y armonización de la enseñanza impartida en los departamentos de salud universitarios.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Consolidar y desarrollar, por parte de la Universidad y los departamentos universitarios, los instrumentos que garanticen:
  - La acreditación docente de los departamentos de salud y sus servicios y unidades.
  - La elaboración del "cuerpo de doctrina" que armonice la docencia impartida por las diferentes unidades (planes de estudio, orientaciones pedagógicas, elaboración de las fichas de medicina clínica, planes de formación del profesorado...)
  - Los recursos necesarios para dar el soporte técnico a la docencia del tipo de las Unidades de Educación Médica, gestión del conocimiento en docencia, biblioteca...
  - Los procesos de evaluación de la docencia e investigación que deberán establecerse a nivel de la evaluación externa por la Universidad y la evaluación interna por las comisiones de docencia de grado e investigación de los departamentos de salud universitarios.
- Una garantía adicional debe ser la presencia de profesores de cada departamento en cada uno de los grupos troncales de especialidades en cada departamento de salud universitario. Esta presencia debe garantizar la necesaria armonización de los criterios docentes y la calidad de la enseñanza en los servicios hospitalarios.
- La Agencia Valenciana de Salud con la Universidad debería desarrollar los acuerdos de gestión en los ámbitos de docencia e investigación para cada departamento de salud universitario.

### **Recomendación 10**

***La descentralización de la docencia a los departamentos de salud universitarios debe ir acompañada de la dotación de recursos materiales y humanos adecuados.***

Justificación:

- Actualmente la mayor parte de los departamentos de salud universitarios sufren de la carencia en muchos casos de la mínima dotación de espacios (aulas...) necesarios para asumir la docencia.
- La distribución del profesorado es irregular entre los departamentos de salud universitarios.
- Las funciones docentes e investigadoras suponen un sobreesfuerzo de dedicación en los departamentos de salud universitarios.

- La formación integral del alumno en una unidad docente debe generar un proceso de definición de los recursos humanos y materiales necesarios para ello. Ello llevará a elaborar planes de adecuación docente en los departamentos de salud.

En base a ello, recomendamos:

- Que se elaboren criterios de planificación de recursos humanos que contemplen las cargas específicas derivadas de la docencia y de la investigación.
- Que se elaboren criterios de dotación de espacios y recursos materiales necesarios para las actividades docentes e investigadoras del departamento de salud universitario.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que los hospitales universitarios elaboren un plan de espacios y dotación que contemple las necesidades derivadas del nuevo modelo de Departamento de Salud universitario.
- Que la Universidad y la AVS planifiquen las necesidades de personal y profesorado para dotar a medio plazo a todos los departamentos de salud universitarios de unos estándares mínimos para su funcionamiento como tales.

### **Recomendación 11**

***El desarrollo del modelo de descentralización deberá permitir la aparición de una sana competencia entre centros, en un entorno de cooperación.***

Justificación:

- En la actualidad, a pesar de la existencia en la Comunidad Valenciana de siete hospitales universitarios, la elección por parte del alumnado se realiza con criterios arbitrarios ante la falta de información de las características de la oferta de cada centro.

En base a ello, recomendamos:

- Que se establezca un modelo competitivo que prime el esfuerzo autónomo de cada departamento de salud universitario por desarrollar una docencia más atractiva y de calidad para el estudiante.
- Que se arbitren los mecanismos de financiación que permitan compensar a aquellos centros más competitivos en la elección por parte de los alumnos.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que, tras la definición de su oferta de enseñanza, los departamentos de salud universitarios formalicen su cartera de servicios y la hagan accesible a los alumnos.

### **Recomendación 12**

***Los departamentos de salud universitarios deben dotarse de planes específicos de gestión del conocimiento.***

Justificación:

- La gestión del conocimiento se ha convertido hoy en día en una de las principales claves de éxito de las organizaciones de cualquier tipo.
- Si en cualquier departamento de salud esta función es importante, en los departamentos de salud universitarios lo es mucho más al combinar la existencia de las tres misiones y sus respectivos clientes diferenciados.
- Hasta el momento, la gestión del conocimiento no ha sido desarrollada formalmente en los centros públicos.
- La gestión del conocimiento requiere dotarse de equipamientos específicos (software, suscripciones..) y sobre todo de recursos humanos adecuados para su realización operativa. Pero sobre todo requiere de una cultura proactiva de los líderes y profesionales de la organización para formalizar, consolidar y hacer accesible el conocimiento existente.

En base a ello, recomendamos:

- Los departamentos de salud universitarios deberían definir y desarrollar un plan de gestión del conocimiento que contemple las tres misiones.
- Las universidades podrían contribuir notablemente a esta función mediante sus mecanismos de soporte a las funciones docente e investigadora, del tipo de las denominadas "Unidades de Educación Médica".
- Tanto los departamentos de salud, como las universidades deben dotarse de los recursos humanos especializados y la tecnología adecuada para dar soporte a esta función.

### **Recomendación 13**

***La planificación de los recursos humanos debe ser única para las tres misiones del departamento de salud universitario.***

Justificación:

- La existencia de dos procesos paralelos de planificación del personal desde dos instituciones diferentes es incompatible con una visión de organización integrada.
- El recurso sistemático a una figura como la del profesor asociado ha generado importantes problemas.

En base a ello, recomendamos:

- Los departamentos de salud universitarios deben definir sus necesidades de plantilla en función de los componentes asistencial, docente e investigador de su actividad.
- Esta planificación debe llevar a la definición detallada de los puestos de trabajo en función del perfil de titulación, formación, habilidades y competencias de cada puesto.
- En el caso de la docencia, la estimación de plantilla debe ser realizada en base a las necesidades determinadas por el número de alumnos de cada hospital y el programa docente.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Es necesaria la elaboración, por parte de la AVS y la Universidad, de criterios e instrumentos adecuados para la definición de cargas de trabajo y dotación de recursos.
- Probablemente será necesaria la realización de un ejercicio de planificación a medio-largo plazo que fije un horizonte de dotación de recursos humanos a ir alcanzando progresivamente.
- La planificación de recursos humanos de los departamentos de salud universitarios debe diferenciarse de las de aquellos con misión puramente asistencial.
- La utilización actual de los profesores asociados para la realización de las prácticas debe ser substituida progresivamente por la participación de todos los profesionales de los departamentos de salud. Esta participación requerirá analizar las cargas de trabajo para dotar del personal dimensionado de acuerdo con las necesidades de la asistencia y la docencia.

#### **Recomendación 14**

***La selección de profesionales debe realizarse específicamente para los departamentos de salud universitarios.***

Justificación:

- La asunción por todos los profesionales de las tareas asistenciales docentes e investigadoras requiere buscar un perfil específico que obtenga la mejor combinación en los tres campos.
- La próxima reforma legislativa universitaria establece mecanismos de acceso al profesorado que en principio favorecerán la acreditación como docentes de los profesionales con logros relevantes investigadores. Ello puede cambiar significativamente la situación de distribución de profesorado en los departamentos de salud a medio plazo.
- No obstante, esta situación ideal requerirá de un tiempo largo de adaptación sin perjuicio de las carreras profesionales de los actuales trabajadores de los departamentos de salud universitarios.

En base a ello, recomendamos:

- Definir las herramientas de selección específicas (currículos normalizados, baremos integrados, procedimientos de selección) de los departamentos de salud universitarios.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Determinar las diferencias en la selección de profesionales entre los hospitales universitarios y los de orientación asistencial.
- Crear los mecanismos de traslados entre los profesionales de hospitales asistenciales y universitarios que permitan la movilidad del personal pero al mismo tiempo garanticen la adecuada selección de los profesionales de los departamentos de salud universitarios.

### **Recomendación 15**

***La carrera profesional debe ser establecida en los departamentos de salud universitarios en las tres líneas asistencial, docente e investigadora.***

Justificación:

- La participación de todo el personal hospitalario en la docencia e investigación debe tener un reconocimiento específico por parte del departamento de salud y la universidad.
- La triple competencia de los profesionales de hospitales universitarios no implica que se produzcan desarrollos personales asimétricos en los tres campos.
- La reciente implantación de la carrera profesional de la AVS ya supone un reconocimiento de las actividades docentes e investigadoras que ha de servir de base para la integración de todo el personal en las misiones académicas.
- El principio de la retribución equitativa debe establecer que se remunera por lo que se hace, no por lo que se es.

En base a ello, recomendamos:

- Diferenciar la carrera profesional en los departamentos de salud universitarios con posibilidades de diferenciar los logros personales en las tres líneas.
- Revisar la política de compensaciones salariales y extrasalariales de todo el personal en estos departamentos.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Considerar la adaptación de plantillas a la carga asistencial y no asistencial como un mecanismo complementario de retribución extrasalarial para estos centros.
- Compensar la función general de actividad docente e investigadora mediante la carrera profesional de la AVS, por un lado, y el reconocimiento honorífico a la labor realizada, por parte de la Universidad.

### **Recomendación 16**

***La evaluación de los profesionales debe ser establecida mediante sistemas integrados de evaluación del desempeño en las tres líneas de producto.***

Justificación:

- Los actuales sistemas disociados de evaluación de la Universidad y la AVS no permiten un enfoque común de fomento integrado del desempeño en las tres líneas.

En base a ello, recomendamos:

- Establecer sistemas de evaluación del desempeño conjuntos que fomenten el desarrollo de los profesionales integrando las tres misiones del departamento de salud universitario.
- Establecer mecanismos de evaluación bidireccional estudiante – docentes con participación de las comisiones locales de docencia de grado.

### **Recomendación 17**

***Estudiar los costes reales de las misiones académicas en los departamentos de salud para clarificar el rol de financiación deseable por cada institución.***

Justificación:

- Los costes reales de las misiones académicas en los departamentos de salud son desconocidos.
- La inexistencia de criterios de financiación en base a la actividad docente e investigadora hace imposible un enfoque equitativo de la presupuestación de los departamentos de salud.
- Las compensaciones económicas entre instituciones (Universidad y AVS) se establecen sin una base racional de conocimiento de los costes.

En base a ello, recomendamos:

- Ordenar la información sobre actividad docente e investigadora y crear los sistemas de información que permitan conocer la actividad y productos en estos campos.
- Incorporar en los sistemas de contabilidad analítica de los departamentos de salud la información y criterios de imputación de coste de las diferentes actividades docentes e investigadoras.
- Analizar el balance de costes y financiación soportado por las dos instituciones para las funciones de docencia e investigación.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Realizar un estudio en profundidad sobre los costes reales de la docencia y la investigación en los departamentos universitarios.
- Definir criterios de imputación de costes, basados en esta información, para los costes indirectos e inducidos de estas actividades.
- Establecer un sistema del tipo "cuenta de compensación" para comparar los costes soportados, con la financiación (directa o "en especie") aportada por cada institución (AVS, Universidad y otros financiadores de la docencia e investigación).

### **Recomendación 18**

#### ***Desarrollar plenamente las políticas de calidad que tengan como centro el estudiante y el paciente***

Justificación:

- El objetivo de los departamentos de salud y la Universidad debe ser alcanzar la excelencia en el conjunto de sus servicios, incluyendo, evidentemente, la formación universitaria.
- La política de calidad debe ser diseñada teniendo como centro el estudiante.
- Ello, evidentemente, sin perjuicio de que la orientación final de la política de calidad ha de estar centrada en el paciente y ello debe ser cuidadosamente integrado en el mismo proceso de docencia de grado.

En base a ello, recomendamos:

- El diseño y la implementación conjunta, entre las universidades y la Agencia Valenciana de Salud, de una política de calidad centrada en el estudiante.
- Encuadrar en esta política los diferentes instrumentos de acreditación de centros docentes.

Para su abordaje operativo, proponemos:

- Que las universidades y la Agencia Valenciana de Salud realicen una revisión sobre los instrumentos de acreditación y evaluación actualmente utilizados en sus centros.
- Diseñar un sistema de evaluación bidireccional estudiantes-docentes y la sistemática de seguimiento del mismo.
- Normalizar el conjunto de procesos que afectan a la docencia y establecer los criterios y estándares de calidad de los mismos.
- Incluir en las políticas de calidad de la docencia los principios de orientación al paciente.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Société internationale francophone d'  ducation médicale (SIFEM). Nouvelles Tendances en P dagogie Médicale. 3 Forum International Francophone de P dagogie Médicale. Serbrooke, Québec ; 2004.
2. Guilbert J-J. Quelques réflexions sur les curriculums Canada Dry. P dagogie Médicale 2006 ; 7:53-8.
3. Soto J, Dom nech F, Vargas E, Moreno A, Izquierdo P, unidad de coordinación. "El Hospital Clínico es, sin duda, el primero de los hospitales universitarios". Revista Clínico Expresión 2002. Octubre; 23:4-5.
4. La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento Marco. Disponible en: <http://www.um.es/vic-calidad/ees/documentos/integracion-ees.pdf>
5. Mill n J. La gestión de la docencia en los hospitales universitarios- Hospital General Universitario Gregorio Marra n. Educación Médica. 2003, Julio-Septiembre; 6(3); 49-50.
6. Marcellán, F. Presentación de ANECA "Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación". Diciembre de 2004.
7. Universitat de Barcelona. Reglament de la Facultat de Medicina. Aprovat per Junta de la Facultat Extraordinària del 14 de maig de 2004 i ratificat pel Consell de Govern en data 27 de maig de 2004.
8. Sociedad española de Educación Médica (SEDEM), Associació Catalana d' Educació Médica (ACEM), Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE) y Sociedad Aragonesa de Educación Médica (SADEM). Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. Revista Educación Médica. 2005 ; 8(1): 3-7.
9. Rozman C, Lafarga J. Universidad de las ciencias de la salud: aspectos jurídicos de una opción innovadora. Medicina Clínica, Barcelona. 2005; 124(13):499-503.
10. Universidad de Murcia. Espacio Europeo de Educación Superior. Disponible en: <http://www.um.es/vic-calidad/ees/index.php>
11. Core Committee Institute of International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. White Plains, New York, USA. Disponible en: <http://www.iime.org/documents/gmer.htm>
12. Iedema R, Degeling P, Braithwaite J, Kam Yin Chan D. Medical Education and Curriculum Reform: Putting Reform Proposals in Context. Medical Education Online, 2004; 9:17. Disponible en: <http://www.med-ed-online.org/pdf/f0000091.pdf>
13. World Federation for Medical Education. Statement on the BOLOGNA Process and Medical Education. Copenhagen, 2005. Disponible en: [http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/03-Pos\\_pap-05/050221-WFME-AMEE.pdf](http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/03-Pos_pap-05/050221-WFME-AMEE.pdf)

14. Knapp R, Cohen J. Can Quality Medical Education Survive Health Care Reform? Disponible en: <http://cosmos-club.org/web/journals/1996/knappcohen.html>
15. Héroux M. Les étapes de la restructuration du réseau hospitalier de l'Université Laval. Disponible en : <http://www.scom.ulaval.ca/Communiqués.de.presse/1994/03/011.html>
16. Garnett L. A growing voice for education reform in Germany. Harvard Medical International, 2002. Disponible en: [http://hmiworld.org/hmi/issues/March\\_April\\_2002/german\\_reform\\_pf.html](http://hmiworld.org/hmi/issues/March_April_2002/german_reform_pf.html)
17. Miller R. How Not to Reform a Medical School. Academe. 1999. Disponible en: <http://www.aaup.org/publications/Academe/1999/99nd/ND99Mill.htm>
18. Rozman C. Universidad de ciencias de la salud: una opción innovadora. DOYMA FARME. Madrid, 2005. Nº 1582. Diponible en: [http://external.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/jano.pkg\\_aldia.plantilla?pident=75](http://external.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/jano.pkg_aldia.plantilla?pident=75)
19. Yadagarnia D. Medical Education Reform: Is It A Must?. Journal of Medical Education. 2003. Disponible en: <http://www.sbmu.ac.ir/Journal/MedEdu/jme7no1/Medical%20Education%20Reform,Is%20It%20A%20Must.htm>
20. Williams G, Lau A. Reform of undergraduate medical teaching in the United Kingdom a triumph of evangelism over common sense. BMJ 2004; 329: 92-94.
21. Williams G, Lau A. Reform of undergraduate medical teaching in te United Kingdom. Evidence base for problem based learning is growing. BMJ 2004; 329:798-799.
22. Williams G, Lau A. Reform Summary: Medical Education and Research Costs (MERC): A Final Report to the Legislature February 1996. Disponible en: <http://www.health.state.mn.us/divs/hpsc/hep/merc/publications/merc96.html>
23. Université de Genève. Création d'un pôle d'excellence par l'Université de Genève et harvard Medical International. Communiqué de presse. Gêneve, 2005. Disponible en: <http://www.unige.ch/presse/communiqué/04-05/0131cosmique.html>
24. Conferencia Nacional de Decanos. Libro Blanco Titulación Medicina. Aprobado en la CND, 2005. Disponible en: <http://www.uah.es/medicina/facultad/documentos/documentos/libro%20blanco/LIBRO%20BLANCO.pdf>
25. Gallardo L. Hacia la creación de una Universidad de Ciencias de la Salud en España. Gaceta Médica digital entorno hospitalario. Barcelona, 2005. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/articulo.asp?idart=140041&idcat=230&idcal=&vd=23/01/2005%2018:00:00&vh=30/01/2005%2018:00:00&texto=Hacia%20la%20creación%20de%20una%20Universidad%20de%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20en%20España%20&filtro=yes>

26. Serrano M. La eficiencia ahorrará más de 350 millones en Valencia. Websaludcon Sanidad. Publicación Febrero de 2006. Disponible en:  
[http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20060201salwdsan\\_1&type= Tes&anchor=wdsanaut](http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20060201salwdsan_1&type= Tes&anchor=wdsanaut)
  
27. Edwards JC, Elam CL, Wagoner NE. An admission model for Medical Schools (Abstract). Academic Medicine. 2001; 76(12):1207-12. Disponible en:  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=11739042&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11739042&dopt=Abstract)
  
28. Bowman R. Medical Schools: What Reforms Might Make a Difference. Disponible en:  
[http://www.unmc.edu/Community/ruralmeded/model/medical\\_schools\\_reforms.htm](http://www.unmc.edu/Community/ruralmeded/model/medical_schools_reforms.htm)
  
29. Georgetown University Medical Center. Seventeen objectives of Georgetown Univ. School of Medicine. Disponible en:  
<http://www3.georgetown.edu/som/curriculum/curricularreformseventeenobjectives.html>
  
30. Damjanov I, Fenderson B, Hojat M, Rubin E. Curricular Reform May Improve Students' Performance on Externally Administered Comprehensive Examinations. Croat Med J. 2005; 46(3):443-448. Disponible en:  
<http://www.cmj.hr/2005/46/3/15861525.pdf>
  
31. Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM). Declaración de Lazareto: Evaluación de las Competencias Profesionales en el Pregrado. Educación Médica 2004; 7(4):103-105. Disponible en:  
<http://wwwscielo.isciii.es/pdf/edu/v7n4/congreso1.pdf>
  
32. Martínez J. La Historia de la Medicina en la Reforma de los Planes de Estudios de la Licenciatura en Medicina: Un intento de Evaluación. XII Simposio de la Sociedad Española de Historia de la Medicina.
  
33. Universidad de Salamanca. Programa Institucional de Calidad Universidad de Salamanca- Licenciado en medicina. Documento: 98/018. Disponible en:  
<http://qualitas.usal.es/PDF/f5204bf613d2da9941e995c0cf5f19b9.pdf>
  
34. Case School of Medicine and Health: A Proposal for radical reform of Medical Education. Disponible en:  
<http://mediswww.meds.cwru.edu/administration/docs/WHITE%20PAPER.pdf>
  
35. Carrillo J. Reforma de Planes de Estudio: La Experiencia Sevillana. XII Simposio de la Sociedad Española de Historia de la Medicina.
  
36. Davis F, Amorosi S, Gwinn L, Ray Mitchell S, O'Toole T. Curricular Evaluation and Reform: A Progress Report on Georgetown's Outcomes-Driven Approach. Georgetown University School of Medicine. Disponible en:  
<http://www3.georgetown.edu/som/curriculum/Davis%20Oct%2004%20poster.pdf>

**ANEXOS**

**Anexo 1: Directiva europea 2021 [1]. 12 2004, 13781/2/04 REV 2, de 21 de diciembre de 2004.** Esta directiva sustituye a la 93/16/CEE, reuniéndola, junto a la de otras profesiones, en un solo texto.

En este documento se establece una *“posición común aprobada por el Consejo el 21 de diciembre de 2004 con vistas a la adopción de la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.*

Entre los numerosos considerados que la justifican se establece (punto 2) la necesidad de *“un régimen de reconocimiento de cualificaciones y periodos de estudio mas uniforme, transparente y flexible”;* (punto 3) *“La garantía a las personas que han adquirido sus cualificaciones profesionales en un Estado miembro para acceder a la misma profesión y ejercerla en otro Estado miembro con los mismos derechos que los nacionales”*, así como (punto 4) *“facilitar la libre prestación de servicios”* y (punto 13) *“ la libre circulación de profesionales”*.

Este mismo documento, en su sección 2, relativa a la profesión de médico, artículo 24.2, *“Formación básica del médico”* establece que *“la formación básica del médico comprenderá, en total, por lo menos seis años de estudios o 5.500 horas de enseñanza teórica y práctica impartida en una Universidad o bajo el control de una universidad”*. Más adelante, artículo 24.3 se dispone que: *“La formación básica del médico garantizará que se han adquirido los siguientes conocimientos y competencias:*

- *Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de datos.*
- *Un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, sanos y enfermos, así como de las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social.*
- *Un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que le proporcione una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivo, diagnóstico y terapéutico, así como de la reproducción humana.*
- *Una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo la oportuna supervisión.*

En el anexo 5.1.1 se especifica que en España, el título de formación básica del médico se corresponde con el de *“Licenciado en Medicina y Cirugía”*.

Posteriormente la directiva hace referencia a la formación especializada, artículos 25 a 27, y a la formación específica en **medicina general**, artículos 28 a 30. En este último caso, el artículo 28, *“formación específica en medicina general”*, apartado 1, especifica que *“la admisión a la formación específica en medicina general estará supeditada a la conclusión y la convalidación de seis años de estudios en el marco del ciclo de formación indicado en el artículo 24”*. A continuación, apartado 2, se indica que *“La formación específica en medicina general que permita la obtención de títulos de formación expedidos antes del 1 de enero de 2006 tendrá una duración de, por lo menos, dos años a tiempo completo. Para los títulos de formación expedidos después de dicha fecha, tendrá una duración de, por lo menos, tres años a tiempo completo”*.

En el anexo 5.1.4. Se establece que en España el título de formación en medicina general se corresponde con el de *“especialista en medicina familiar y comunitaria”*.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> RD 931/1995, de 9 de Junio, por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los Licenciados en Medicina a partir del 1 de Enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias (B.O.E. 16 de Junio de 1995).

Finalmente, es conveniente resaltar que en el caso de la formación básica del médico (a diferencia de otras profesiones recogidas en la directiva) no se hace referencia al ejercicio de las actividades profesionales, lo que sí se establece para el médico general (art. 29), aunque en las consideraciones (18) se establece que *"El reconocimiento automático de los títulos de formación básica de médico debe entenderse sin perjuicio de la competencia de los Estados miembros para acompañar o no dicho título de actividades profesionales"*.

**En cuanto al establecimiento de los objetivos y contenidos formativos comunes (conocimientos, habilidades y actitudes) de la titulación existen antecedentes realizados a nivel nacional e internacional. A continuación se relacionan algunos documentos que hacen referencia a la definición de dichos objetivos.**

**Anexo 2: Definición de estándares** internacionales para la educación médica de pregrado (Federación Mundial para la Educación Médica –WFME–, Octubre 1999) que tiene 3 objetivos fundamentales

- Estimular a las facultades de medicina a formular sus propios planes para el cambio y para la mejora de la calidad, de acuerdo con las recomendaciones internacionales.
- Establecer un sistema de evaluación y acreditación de las facultades de medicina, de ámbito nacional y/o internacional, con el propósito de garantizar unos estándares mínimos de calidad para los programas de las facultades de medicina.
- Salvaguardar la práctica de la medicina y la utilización del potencial humano de los médicos y su creciente internacionalización, mediante estándares internacionales bien definidos para la educación médica.

Para ello la WFME, ha desarrollado 9 áreas de actuación general que afectan tanto a la estructura como al proceso de educación médica. Una de esas áreas es la de misión y objetivos (Otras hacen referencia a programas y principios educativos, evaluación de los resultados educativos, alumnos, personal académico, recursos educativos, monitorización y evaluación de programas y cursos, gobierno y administración, renovación continua de la facultad de medicina).

En cuanto a la misión y objetivos, cada FM debe definir sus objetivos y comunicarlos a sus miembros, y esto incluye la formación de un médico competente en el ámbito básico, con el fundamento adecuado para la ulterior formación en cualquiera de las ramas de la medicina, en concordancia con el papel de los médicos en el sistema de salud. Esto debería implicar:

1. Responsabilidad social
2. Investigación
3. Implicación con la comunidad
4. Relación con la formación médica de postgrado

### **Anexo 3. Declaración de Granada.**

En el año 2001, a propuesta de la Sociedad Española para la Educación Médica (SEDEM) y la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, se firmó por parte de los ministerios de Educación y Sanidad, Organización Médica Colegial y diferentes sociedades iberoamericanas un documento que pretende fijar los estándares en la formación de los médicos en el ámbito de habla castellana.

#### **Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pre-grado (24 de Octubre de 2001)**

Con el fin de contribuir al cambio y a la innovación en la Educación Médica de pregrado, cuya necesidad está hoy día ampliamente documentada y aceptada por las facultades de medicina y las sociedades científicas que trabajan en este ámbito, la World Federation for Medical Education (WFME) presentó en Copenhague, el mes de octubre de 1999, un documento sobre estándares internacionales para la Educación Médica de pregrado .

El documento de la WFME persigue tres objetivos fundamentales a) estimular a las facultades de medicina para que formulen sus propios planes para el cambio y la mejora de la calidad educativa, de acuerdo con las recomendaciones internacionales; b) establecer un sistema de evaluación y acreditación de las facultades de medicina de ámbito nacional e internacional con el propósito de garantizar unos estándares mínimos de calidad para sus programas; c) salvaguardar la práctica de la medicina y la utilización del potencial humano de los médicos y su creciente internacionalización, mediante estándares internacionales bien definidos para la Educación Médica.

El marco en que se inscriben los estándares minuciosamente descritos en dicho documento, considera que la Educación Médica es uno de los instrumentos esenciales que modelan el ejercicio de la medicina y, por lo tanto, debe orientarse hacia la satisfacción de las necesidades sociales de salud; consecuentemente, las facultades de medicina, asumiendo la responsabilidad que les corresponde en su servicio al ciudadano y a la sociedad, deben formar graduados, los futuros profesionales, de calidad, altamente cualificados desde un punto de vista científico y técnico pero también capacitados humana, social y éticamente para hacer frente a los retos que presenta la práctica médica en un mundo globalizado, preservando además la identidad y la heterogeneidad que requiere la división geopolítica de sus habitantes.

Ante el posicionamiento de la WFME, la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), de acuerdo con estos postulados, ha creído oportuno contemplar la aplicación de las recomendaciones de la WFME, al ámbito cultural de habla castellana. Con este fin la SEDEM ha hecho un llamamiento a todos los agentes implicados en el proceso de mejora de la formación médica de pregrado y en especial a la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España, para consensuar un compromiso propio consecuente con la propuesta de la WFME.

#### **Objetivos de la Declaración**

Los firmantes de la presente declaración, una vez examinado el documento elaborado por la WFME, quieren hacer constar de forma explícita su total aceptación de los estándares definidos en el mismo, tanto de los básicos como de los que fundamentan un grado mayor de calidad; por lo tanto expresan la necesidad de que las diferentes facultades de medicina españolas e hispanoamericanas procedan de acuerdo con dichos estándares e

inicien un proceso de reforma y cambio y de mejora de su calidad. En particular los firmantes de esta Declaración quieren poner énfasis en las siguientes recomendaciones basadas en el documento de la WFME:

Las Facultades de Medicina deberían:

- Declarar pública y explícitamente su misión y objetivos institucionales desde su responsabilidad social, la declaración debe incluir metas científicas, integración con la comunidad y cohesión de la formación de pregrado con el postgrado y con la formación continuada.
- Identificar y definir explícitamente las competencias finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales; como consecuencia, toda la actividad docente, la estructura académica y la asignación de medios se pondrán al servicio de esta meta. Se diseñarán además métodos de medida para la evaluación de los resultados como instrumento de mejora y desarrollo de calidad.
- Disponer de una comisión curricular cuya misión sería ejercer el liderazgo colectivo de todo el proceso curricular, diseñando y planificando el currículum docente. Las competencias otorgadas a dicha comisión deberían incluir el control del desarrollo y de la aplicación del programa, de su evaluación ulterior basada en resultados y, como consecuencia, de su continua transformación.
- Enseñar los principios de la medicina científica y la medicina basada en la evidencia, así como el pensamiento analítico y crítico durante todo el currículum. Así mismo además de las contribuciones de las ciencias biomédicas básicas, las facultades deben incorporar en su currículum, las contribuciones de las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud que garanticen el comportamiento adecuado en el ejercicio de la práctica profesional y que propicien habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deberán constituir el hilo conductor de todo el currículum.
- Estructurar el currículum rigurosamente alcanzando la integración horizontal y vertical de las materias que lo componen y promoviendo el contacto del alumnado con el paciente lo más pronto posible. Procurar conceder al alumnado la libertad de elaborar su propio bagaje de conocimientos mediante la oferta generosa y adecuadamente estructurada de materias opcionales. Utilizar técnicas docentes acordes con los objetivos que persigue el currículum y facilitadoras del aprendizaje de adultos. Diseñar métodos de evaluación del alumnado válidos y coherentes con los objetivos del currículum. Utilizar la evidencia disponible en investigación educativa médica y los datos de la evaluación basada en resultados para promover y desarrollar dinámica y continuamente los cambios y adaptaciones que correspondan.

- Asegurar la participación en todo el proceso educativo de profesores, alumnos, administración y equipo de gobierno de la Facultad, buscando el consenso y utilizando mecanismos adecuados para la transmisión y procesamiento de la información a partir de las evaluaciones del proceso y de los resultados y con la finalidad de desarrollar un currículum dinámico y una mejora continuada de la calidad.
- Definir claramente una política de captación y admisión de alumnos y de los métodos y fundamentos para su selección. Admitir un número de alumnos relacionado con la capacidad docente de la facultad y adaptado a las previsiones determinadas por las administraciones sanitarias y educativas en cuanto a necesidades futuras de profesionales y en cuanto a plazas disponibles de formación de postgrado.
- Definir una política de incorporación de personal académico, asegurando una correcta definición de los criterios de selección del mismo que incluyan los méritos científicos, docentes y en su caso asistenciales, en relación con la misión institucional. Establecer un programa específico de desarrollo profesional del profesorado con la asesoría de expertos en la materia.
- Estimular la investigación en educación médica con especial referencia al desarrollo curricular, las competencias técnicas en materia de metodología docente para adultos, diseño de programas de evaluación e implantación de modelos de desarrollo profesional de los docentes en medicina, considerando en función de las características de cada institución, la creación de una unidad de educación médica.
- Las Facultades y sus Universidades deberían garantizar los recursos educativos suficientes para el desarrollo eficaz del currículum y para el bienestar del alumnado y del profesorado. Prestar especial atención a la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados en calidad y cantidad y la de recursos metodológicos modernos para el aprendizaje clínico: pacientes simulados, laboratorio de habilidades etc. Facilitar el aprendizaje mediante una política avanzada de aplicaciones tecnológicas para la información y la comunicación. La facultad deberá poseer autonomía suficiente para dirigir los recursos de manera adecuada con el propósito de alcanzar los objetivos globales de la facultad.
- Poseer una política sobre la relación entre las actividades de investigación y de educación y sobre su integración.
- Poseer una política de colaboración con otras instituciones educativas, así como con los foros y asociaciones para el debate y la investigación en educación médica tanto a nivel nacional como internacional, poniendo especial énfasis en las relaciones con la comunidad hispanohablante.
- Establecer una interacción constructiva con los sectores sanitarios y educativos, con las administraciones públicas y con la sociedad, buscando especialmente la incorporación de la profesión médica a la formación de los futuros profesionales.

- Establecer y consolidar procedimientos de revisión y actualización continua de la función de la facultad en su estructura, proceso y resultados para adaptarlos al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad, a las necesidades de la comunidad, a los cambios sociales y a las necesidades cambiantes de la propia facultad de medicina.

Todos los agentes implicados de una forma u otra en el proceso de reforma de la educación médica de pregrado y firmantes de esta declaración son plenamente conscientes de la necesidad de un análisis detallado y en profundidad de los referidos estándares y de su adaptación a las peculiaridades propias de cada Facultad, región o país, así como de su utilidad para iniciar o reconducir el proceso de reforma de la docencia en el pregrado. Por todo ello y sobre la base de estas consideraciones, los firmantes de este documento y en el ámbito de sus respectivas competencias declaran su intención de aceptar los siguientes:

### **Compromisos**

1. La Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas y la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, respectivamente, se comprometen a instar, a continuar, si no iniciar en sus respectivos centros:
  - un proceso de análisis detallado y un amplio debate de los estándares propuestos por la WFME para adaptarlos a las peculiaridades de cada institución.
  - un proceso de aplicación de estándares a sus programas educativos, respetando en todo caso las diferencias nacionales, regionales y autonómicas y dando cabida a los diferentes perfiles y desarrollos individuales de las facultades de medicina.
2. La Sociedad Española de Educación Médica y demás sociedades científicas, que suscriben este documento se comprometen a colaborar de forma estrecha y en todo momento con las facultades de medicina en su proceso de reforma y cambio de acuerdo con los estándares establecidos, facilitando su colaboración y asesoramiento científico.
3. La Organización Médica Colegial colaborará en todos aquellos aspectos contenidos en este documento que contribuyan a mejorar la formación médica de pregrado.
4. Las Administraciones Públicas y particularmente sus sectores sanitario y educativo, en el ámbito de sus respectivas competencias entienden la necesidad de un marco de referencia común y aceptan la propuesta de la WFME como base para ello y se comprometen a promover aquellos mecanismos que faciliten la aplicación de los cambios y reformas que se deriven como consecuencia del proceso de análisis de los estándares internacionales para la Educación Médica de pregrado.



#### **Anexo 4: Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas.**

\* *Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM), Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE) y Sociedad Aragonesa de Educación Médica (SADEM).*

Fuente: Educación Médica 2205; 8 (1):3-7

##### **Definición del producto a formar**

- Cada facultad de Medicina debe formular su misión y objetivos, definiendo el perfil de licenciado en Medicina a formar, es decir establecer las características del "producto", como marco de referencia. Sin este marco es imposible adecuar y definir todo el proceso.
- El licenciado en Medicina a formar ha de ser competente en el ámbito básico, con unas bases adecuadas para la posterior formación en cualquier especialidad médica y de acuerdo con las funciones que los médicos puedan ejercer en el sistema sanitario.

##### **Definición de competencias**

- Las facultades de Medicina deben definir las competencias que los estudiantes han de haber adquirido al final de su formación de pregrado, así como los métodos para la certificación de las mismas de acuerdo con las características del producto previamente definido. Estas competencias deberían de incluir el conocimiento y comprensión de las ciencias básicas, clínicas y sociales y del comportamiento, incluyendo la salud pública, la medicina comunitaria, y la ética médica relevantes para la práctica médica, las actitudes y las habilidades clínicas y la habilidad para llevar a cabo un aprendizaje durante toda la vida y un desarrollo profesional continuo adecuado. Estas competencias en cualquier caso deben estar interrelacionadas con la formación postgraduada.
- La competencias deben definirse a dos niveles:
  - a) Competencias nucleares comunes a todos los médicos sea cual se la facultad de Medicina, las Administraciones educativas y sanitarias, el Sistema Público de salud y las Organizaciones profesionales. Existen varios documentos sobre los cuales se puede basar esta definición como es el elaborado por el IIME que fija los requerimientos generales mínimos esenciales.
  - b) Otras competencias. Una vez definidas las competencias nucleares, cada facultad debe – de acuerdo con el perfil de licenciado en medicina definido, y de acuerdo con las competencias antes mencionadas, establecer otras competencias que considere necesarias en la formación de sus propios estudiantes.

## Definición del modelo curricular

- Las Facultades de Medicina deben trabajar en un proceso de reforma curricular que conduzca a la elaboración de un plan de estudios basado en las competencias definidas, razón por la cual deben elaborar una estrategia que contemple el proceso participativo mediante el cual los agentes implicados, desarrollen e implanten un modelo curricular y unas metodologías de aprendizaje que permitan alcanzar dichas competencias. Los modelos curriculares y los métodos educativos seleccionados deben asegurar una preparación real de los estudiantes para la formación postgraduada, para la responsabilización de su propio proceso de aprendizaje y para un proceso de aprendizaje autónomo de por vida.
- El modelo curricular debe contemplar la planificación de la evaluación de las competencias inmediatamente después de definir las.
- El modelo curricular debe poner énfasis en el desarrollo de las competencias, más que en la mera transmisión de información y de conocimientos teóricos, adoptando una metodología que facilite la adquisición de dichas competencias.
- El modelo curricular debe apostar por una metodología activa, reduciendo en lo posible el exceso o redundancia de información o la información irrelevante. Para ello es necesario llevar a cabo una revisión en profundidad de los contenidos actuales.
- El modelo curricular debe permitir el contacto precoz del estudiante con la realidad médica y favorecer el trabajo en equipo interdisciplinar.
- Las directrices generales deben ser flexibles con el fin de cada Facultad pueda seleccionar aquel modelo educacional que considere más adecuado en su contexto, para la consecución de las competencias en función de sus peculiaridades y de sus posibilidades.

## Estructura y composición del currículum

- Las experiencias demuestran que un currículum integrado, en cualquiera de sus modalidades, posee evidentes ventajas sobre una tradicional basado en disciplinas, que un currículum basado en competencias es por definición un currículum integrado que facilita el contacto precoz del estudiante con la realidad médica.
- Para facilitar la adopción de un currículum integrado, es esencial que las directrices generales no establezcan de forma obligatoria la tradicional división entre dos ciclos, básico y clínico. En cualquier caso, ello permitiría que las facultades pudiesen optar por un mayor o menor grado de integración dependiendo de sus propias características y así mismo, que aquellas que lo desearan pudiesen adoptar un currículum totalmente integrado, en base a competencias, en base a sistemas, o en base a la estrategia del aprendizaje basado en la solución de problemas.

## Gestión del programa Educativo

- En cualquier caso, al decidir la implementación de un nuevo currículum, las facultades deben hacer un análisis comparativo y objetivo de los diversos modelos, y de su mayor o menor adecuación a la realidad concreta de cada facultad.
- La fijación de la carga curricular en créditos de cada unidad del currículum debe ser hecha por cada facultad, en función de las competencias nucleares y las propias de cada una, de su modelo y estructura curricular, y de la metodología docente escogida. Es indispensable por ello, que las directrices generales fijen únicamente una carga global general del currículum que luego pueda ser distribuida por la propia Facultad en función de sus características y no establezcan corsés rígidos como ocurrió en la anterior reforma.

- La elaboración de un currículum es un proceso complejo, largo y difícil y que debe estar sometido a continua evaluación y revisión. Por ello y con el fin de facilitar su gestión, se recomienda la creación de un comité curricular, que cuente con representación del profesorado, de los estudiantes y de otros agentes implicados en la formación de postgrado.
- Este comité curricular debe tener la suficiente autoridad y capacidad de liderazgo para dirigir el proceso de elaboración e implementación del currículum, por encima de los intereses departamentales y personales.
- Todo el proceso de diseño y gestión debe profesionalizarse mediante la participación de expertos en Educación Médica que asesoren al referido comité curricular. Si bien en un primer momento, esta experiencia educativa puede obtenerse de una institución nacional o internacional externa, lo óptimo sería que todas las Facultades de Medicina crearan a medio plazo, unidades o departamentos de Educación Médica.

## La Evaluación

- El elemento que más condiciona el proceso de aprendizaje es la evaluación. Un currículum basado en competencias exige evaluar dichas competencias. La evaluación de las competencias debe utilizar instrumentos válidos, fiables y factibles. El diseño que se adopte debe tener en cuenta su aceptabilidad e impacto educativo tanto para los estudiantes como para los profesores.
- Todos los agentes implicados, tanto docentes como discentes, deben participar activamente en el proceso. Para facilitar la incorporación de los docentes en el mismo, se debería fomentar la formación del profesorado en los sistemas de evaluación en base a competencias.

- Sería deseable que en el momento de la implantación de los nuevos planes de estudio las facultades dispusieran de experiencia en la evaluación de las competencias. Por ello, el proceso de evaluación de competencias debe iniciarse cuanto antes, y se debe ir implantando en todo el currículum. Aprendizaje y evaluación deben complementarse y retroalimentarse continuamente. Es bueno en este sentido desarrollar experiencias piloto asociadas a los procesos de evaluación de la calidad de los programas formativos o planes de estudios. De esta forma se dará respuesta también a las crecientes exigencias de las agencias evaluadoras.
- El proceso de adquisición y evaluación de las competencias profesionales técnicas y sociales se ve favorecido por la existencia de laboratorios de habilidades donde los estudiantes adquieren habilidades y destrezas de una forma continua. Por ello, las Facultades deberían facilitar la creación de dichos laboratorios, incrementando su dotación y mejorando sus prestaciones.
- El proceso de evaluación debe contemplar la implantación de métodos de evaluación formativa a lo largo del todo proceso educativo.
- Con independencia de la estrategia de implantación continuada de aprendizaje y evaluación de competencias a lo largo de toda la carrera, y como garantía ante la sociedad de la adquisición de las competencias, se considera necesario establecer al final de la licenciatura, una evaluación formal, dotada de validez académica, de las competencias adquiridas. Conjuntamente con otros elementos, esta evaluación final de las competencias debería ser reconocida tanto por las avocaciones profesionales como por los programas de formación postgraduada.

## Los Recursos Humanos y Materiales

- Una reforma comprometida y responsable requiere recursos humanos y materiales. Por ello las Universidades y las autoridades políticas han de ser conscientes de que han de aplicar los recursos necesarios para llevar a cabo una reforma adecuada. Estos recursos se han de aplicar a disponer de infraestructuras materiales necesarias y a la disponibilidad y a la formación del profesorado ya que un proceso de transformación no es posible sin una formación adecuada y continua del docente.
- Es necesario implicar al profesorado en la reforma curricular, para lo cual es necesario el reconocimiento de la función docente, y el establecimiento de criterios objetivos de evaluación, asumidos por los interesados y por las autoridades académicas.

- Para conseguir el necesario desarrollo de la función docente de la universidad se deben aplicar medidas similares a aquellas que han resultado ser tan efectivas para el desarrollo de la investigación universitaria: proporcionar financiación suficiente, potenciar el prestigio social de la docencia y considerar la docencia al igual que la investigación como un elemento fundamental en la promoción del profesorado, eso es el desarrollo profesional docente. Se recomienda por tanto definir un perfil de competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud.

Para poner en marcha estas recomendaciones se requiere que todos los agentes que participan en la formación médica, se impliquen en este proceso de cambio.

Sin duda el proceso de la Convergencia Europea constituye una magnífica oportunidad para introducir cambios significativos en planes de estudio. Sin embargo, debemos tener en cuenta que pasar de un sistema como el actual basado en horas/profesor a otro basado en horas/ alumnos supone introducir cambios en las estrategias y metodologías educativas muy importantes. Si no, corremos el riesgo de quedarnos con meros cambios cosméticos como en anteriores ocasiones.

La convergencia real debe hacerse en aspectos conceptuales y metodológicos con facultades de medicina europeas punteras en docencia (Reino Unido, Países Escandinavos). Muchos de estos aspectos, que hoy nos pueden parecer novedosos, se están aplicando en estas facultades con éxito desde finales de los años 90. Ello requiere sin duda un cambio profundo de mentalidad de los profesores y también de los alumnos. Disponemos de un buen instrumento para renovarnos, pero hemos de ser conscientes de que todo dependerá de cómo se utilice.

## Anexo 5: Principales problemas identificados en la formación de grado, sobre los cuales parece existir mayor consenso

**Tabla I**

### **PROBLEMAS DE LA FORMACIÓN MÉDICA PREGRADO EN ESPAÑA**

#### **Problemas derivados de la definición de los objetivos docentes y de la propuesta curricular**

Falta de definición y consenso institucional sobre los objetivos educativos (modelo profesional que la sociedad necesita), los conocimientos esenciales, las habilidades fundamentales que deben fomentarse, así como de la distribución de la carga lectiva entre las diversas disciplinas.

Persistencia de currículos basados en disciplinas independientes (5 facultades)

Falta de verdadera integración de contenidos y objetivos docentes en los llamados "currículos integrados".

Fracaso de los "nuevos" planes de estudio (1990) (carga docente excesiva; rechazo de los departamentos a perder horas lectivas o contenidos; materias optativas no contempladas en la valoración de postgrado,...). "Peso excesivo de las asignaturas, los profesores, las cátedras y los aspectos cognitivos".

Modificación de los "nuevos" planes de estudio (1999) que no afronta los problemas planteados.

Objetivos centrados en la adquisición de conocimientos. Contenidos excesivos y, muchas veces, irrelevantes.

Falta de objetivos basados en el aprendizaje de habilidades y actitudes.

Falta de acuerdo sobre los objetivos docentes y distribución de la carga docente entre preclínicos y clínicos.

Enseñanza y aprendizaje orientados a que la mayor proporción posible de alumnos de cada facultad solventen la prueba de acceso a la formación MIR .

Falta de enseñanza orientada al autoaprendizaje como base de la formación continuada en el postgrado ("aprender a aprender").

Discordancia en el concepto que alumnos y docentes tienen de la "excelencia" docente.

#### **Problemas derivados de la metodología docente**

Aprendizaje basado en la adquisición pasiva de conocimientos.

Aprendizaje de conceptos utilizando, casi exclusivamente, clases magistrales.

Enseñanza centrada en el profesor y en el hospital.

Presencia irrelevante de aprendizaje basado en resolución de problemas y en la toma de decisiones clínicas.

Durante las "prácticas" preclínicas, ausencia de formación en habilidades de utilidad en la práctica profesional.

Indefinición del tipo de habilidades que deben adquirirse durante las "prácticas" clínicas (rotaciones) y de los encargados de la formación en las mismas.

Mínima utilización de metodologías docentes avanzadas. Uso inadecuado de los materiales audiovisuales.

Falta de preparación del profesorado en metodología docente.

#### **Problemas derivados de la organización de las estructuras universitarias y sanitarias**

Doble dependencia del profesorado (Educación-CCAA / Sanidad-Servicios de Salud).

Organización de ciclos independientes preclínico y clínico.

Áreas de conocimiento, y departamentos, comunes a varias titulaciones biosanitarias: falta de orientación médica de los docentes de disciplinas básicas. Proporción decreciente de médicos clínicos en los departamentos de ciencias básicas.

Masificación de las facultades

Falta de adecuación entre el número de admitidos con las necesidades futuras de profesionales.

Plazas de profesorado convocadas por necesidades docentes y seleccionadas, casi exclusivamente, por méritos de investigación.

Falta de reconocimiento de los méritos como docente para la promoción profesional. Evaluación de los docentes, y financiación de los departamentos, en función de la actividad investigadora, sin relación con su calidad o excelencia como docentes.

Falta total de coordinación entre las tres etapas de la formación médica (pregrado, postgrado y continuada).

A diferencia del papel promotor de la reforma en otros países (EE.UU., Gran Bretaña, Holanda), nula influencia de la Organización Médica Colegial por su tradicional falta de representatividad y de innovación profesional.

Mínimo impacto de la representación social en los órganos de gobierno universitario, sin que se fomente la reorientación del producto de la docencia universitaria, intentando adelantarse y dar respuesta a los continuos cambios sociosanitarios y, así, buscar el mayor beneficio de la colectividad

#### **Problemas derivados de los sistemas de evaluación**

---

Evaluación exclusiva de conocimientos, fundamentalmente basado en aprendizaje memorista de detalles poco relevantes, y evaluados con preguntas de opción múltiple.

Ausencia de evaluación sistemática y estructurada de habilidades clínicas (ECO) y de actitudes profesionales.

Falta de evaluación de la calidad como docentes del profesorado.

Falta de evaluación y control social de la consecución de los objetivos inicialmente planteados por los planes de estudio.

Fuente: MEDIFAM 2001; 11: 275-288