



El proceso de Bolonia y el Grado de Medicina

The Bologna Process and the Medical Degree

■ Ramiro Díez Lobato*

Resumen

El llamado “Proceso de Bolonia” supone una profunda reestructuración de los estudios universitarios. En este texto se trata de analizar las consecuencias de dicho proceso en los estudios de Medicina, la conveniencia de realizar un examen paneuropeo de Grado y las consideraciones hechas por las autoridades universitarias sobre el cambio curricular en nuestras facultades.

Palabras clave

Proceso de Bolonia. Enseñanza superior. Medicina.

Abstract

The so-called Bologna Process means a deep reorganization of the Higher education. This text tries to analyse the consequences of this Process in the Medical education, the convenience of doing a pan-European Medical Degree examination, and the thoughts of the academic authorities about the curricular changes in our Medical schools.

Key words

Bologna Process. Higher education. Medicine.

■ El llamado proceso de Bolonia persigue crear el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES, o *European Higher Education Area*) desarrollando para ello los objetivos definidos en la Declaración de Bolonia de 1999 y otros posteriores en reuniones bianuales mantenidas en Praga (2001), Berlín (2003), Bergen (2005), Londres (2007) y Lovaina (2009).

* El autor es catedrático de Neurocirugía y vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense (Madrid, España).

Debe adelantarse que este proceso ha sido conducido sin una estructura organizativa sólida, una fuerza impulsora centralizada, un mecanismo o estrategia para resolver las posibles disputas y sin un soporte financiero adecuado. Y es que, en efecto, ha estado guiado desde estamentos políticos que han generado numerosos cuerpos burocráticos y agencias de gestión que han actuado en gran manera al margen de las universidades. Ello explicaría las reticencias mostradas por alumnos, profesores y grupos de expertos en educación, así como los actuales desajustes en su implementación y la incertidumbre sobre su culminación exitosa.

Al quedar excluida de este desarrollo, la Asociación Europea de Estudiantes ha acusado de engaño e incumplimiento de promesas a los responsables políticos. Igualmente, la influencia del profesorado en la definición de los objetivos y su participación en la toma de decisiones han sido marginales, ya que las convocatorias y reuniones preparatorias de las agendas de trabajo se han hecho casi siempre a través de “contactos” con personal “civil” dependiente de los Ministerios de Educación de los diferentes países. Como señala Christensen, las tímidas llamadas para una mayor participación de los sectores académicos no han llegado desde las universidades, sino desde los cuarteles de ese personal “civil” (p.e., la *Salamanca Convention*, la Reunión de Praga de 2001, o la Declaración de Graz de 2003).

Sin entrar en el trasfondo del debate político sobre el ambicioso proyecto de creación de un “espacio común de educación superior”, conviene destacar que son muchos los que temen que al albur de Bolonia, la Europa que creó la Universidad hace casi ocho siglos, la haga ahora desaparecer entregándola sin condiciones a los intereses de la gran patronal y las fuerzas del mercado. Y es que la Universidad haría dejación de sus principales funciones si se inclinara preferentemente hacia la “profesionalización”, remodelando a la baja los Grados a satisfacción de demandas “empresarias” en todas las disciplinas, las humanidades incluidas que, a pesar de haber estado en la base de la génesis de la institución universitaria, han sido lamentablemente marginadas por el Plan de Bolonia. Así, Böhm nos advierte que cuando la investigación tiene que legitimarse demostrando continuamente su relevancia social, se acaba con el deseo espontáneo de conocer y saber, que es el motor de la investigación pura y una de las tres funciones cardinales de la institución universitaria. Una “instrumentalización” de este cuño, patrocinada no ya por la Iglesia o el Estado como ocurrió en el pasado, sino por las fuerzas que rigen el mercado, la convertiría en una institución inerte e incapaz de defenderse y que, tras perder su autonomía, no ostentaría ningún liderazgo en la conformación del futuro de la sociedad a la que pertenece y se debe.

En su libro *El mito de la autonomía universitaria* (2007), Sosa Wagner escribe lo que sigue acerca de una universidad “que asuma los modos y maneras de la empresa, y que cultive su lógica y su logística”:

“Este proceso que no ha hecho sino comenzar, sólo espera la brisa benéfica del tiempo y los afanes sostenidos e incansables de los fun-

cionarios europeos. Decenas de reuniones de ministros, de altos funcionarios, cientos de seminarios, de declaraciones, de acuerdos, de documentos, de agotadoras comidas de trabajo, miles de viajes de vicerrectores de la ceca a la meca, irán jalando el período histórico que ahora abre los ventanales y se asoma al futuro. Pues bien, la autonomía de la universidad tiene en este punto fecha de caducidad...”.

Dicho esto, y antes de analizar el desarrollo del proceso boloñés en relación con el Grado de Medicina, conviene señalar que la peculiar estructura de esta carrera la protege de algunas asechanzas que han menoscabado otros Grados. Sin saber bien con qué criterios, la Medicina, la Arquitectura y las Ingenierías han sido definidas como “profesiones de especial o mayor interés social”, y sus Grados no han sufrido la amputación que ha afectado a la gran mayoría de las antiguas licenciaturas convertidas ahora en grados de 4 años (240 ECTS*). En segundo lugar, al superar los 300 ECTS, el graduado en Medicina no tendrá que realizar obligatoriamente un *master* para acceder al doctorado. Y, en tercer lugar, la existencia de una formación de posgrado de buena calidad y carácter universal en Europa (sistema de Residencia), junto con el hecho de que el empleo del médico depende aún mayoritariamente de los sistemas nacionales de salud (empleador único o universal), le protege de agravios que sí sufrirán otros graduados, cuya formación degradada deberá “completarse” con *masters* de elevadísimos costes que les coloquen en cabeza a la hora de acceder al empleo en el mundo de la empresa privada.

Sin embargo, no todo queda allanado en este sentido, pues la tendencia a la privatización de la gestión de la asistencia sanitaria podría cambiar tanto las condiciones de contratación del médico, como la calidad de la propia enseñanza del Pregrado y del Posgrado.

Por otra parte, en nuestro país el Grado en Medicina se denominará Graduado en Ciencias de la Salud, es decir, igual que otros adquiridos cursando tan solo 240 ECTS (como el de Enfermería). Por ello, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CEMS) (Diario Médico, 17 de junio de 2009), la Conferencia Nacional de Decanos y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, denuncian lo que consideran un agravio comparativo de Bolonia al médico y reclaman que en los 360 ECTS del Grado de Medicina se incluya el *master* y se mantenga la denominación de “médico” para el nuevo graduado.

* Los créditos ECTS (*European Credit Transfer System*) son un estándar adoptado por las universidades que integran el EEES con el objeto de garantizar la convergencia de los diferentes sistemas de educación europeos. Los créditos ECTS se basan en el trabajo personal del estudiante y en todas las actividades de su proceso de aprendizaje (horas lectivas, horas de estudio y elaboración de trabajos y prácticas). Un crédito ECTS equivale a 25 horas de trabajo del estudiante. Un curso académico rinde 60 créditos ECTS, siempre que el estudiante tenga una dedicación a tiempo completo.

El desarrollo del proceso de Bolonia en los estudios de Medicina

Pasemos a considerar el objetivo de este artículo preguntándonos: ¿cómo se ha desarrollado hasta la fecha el proceso de Bolonia en relación con la enseñanza de la Medicina a nivel europeo y más concretamente en nuestro país? ¿Cuál es el nivel de aceptación y adherencia actual al esquema “boloñés” en los diversos países? ¿Es ineludible ceñirse al mismo para modernizar el curriculum de Medicina, o esto puede hacerse de manera independiente, como se ha demostrado en otros países? ¿Es posible alcanzar la convergencia europea en los estudios de Medicina, o se generará más bien una divergencia que dificultará la pretendida armonización de grados, la homologación de los títulos, la “libre circulación” de profesores y alumnos, y la implantación de los proyectados “grados compartidos” (*joint degrees*)? ¿Se está consensuando un “lenguaje común en terminología docente”, o más bien se está creando una “torre de Babel” en este apartado? ¿Sabemos ya qué hay detrás de un ECTS? ¿Resultaría aplicable y beneficioso en términos de convergencia instaurar exámenes de licenciatura nacionales con un diseño homogéneo o, incluso, un examen paneuropeo similar al realizado en USA y Canadá? Y, finalmente, y remitiéndonos al ámbito de nuestro país: ¿seremos capaces de modernizar los programas docentes en nuestras Facultades para “coger el paso” de los países vecinos que han actualizado ya sus *curricula* independientemente del proceso boloñés; o, por el contrario, como ha ocurrido otras veces en el pasado, representaremos una excepción más o menos afrentosa en “el concierto de las naciones”?

Por razones poco claras, y dentro de la tónica de una escasa participación de la Universidad en el proceso boloñés, el retraso en el desarrollo del nuevo Grado de Medicina ha resultado comparativamente mayor que en todos los demás. Durante años, esa disciplina ha estado ausente en las discusiones de los encuentros bianuales, y resulta casi increíble que en la enorme cantidad de papel generado en ellas no existiera hasta hace poco ninguna mención sobre los estudios de Medicina, ni propuestas o críticas provenientes de escuelas, sociedades y organizaciones médicas.

Como dice Christensen, en contraste por ejemplo con las ingenierías, arquitectura, filologías o informática, las brevísimas menciones a la Medicina siempre aparecían entre paréntesis, de modo que se ha llegado a hablar de ella como *the subject in parentheses*. Así, son habituales afirmaciones como “el mantenimiento de un solo ciclo en un número muy limitado de grados, como por ejemplo medicina, no contraviene el proceso de Bolonia”; o, “al día de la fecha hay cientos de nuevos *bachelor* y *masters* cubriendo todas las áreas, excepto medicina y teología”; y, más recientemente, “la medicina y algunas otras disciplinas requerirán todavía esquemas diferentes en muchos países, con programas integrados de 300 o incluso más ECTS”.

A la postre se considera a la Medicina como el “último recién llegado”, y esta tardanza en la “llegada” resulta de especial riesgo en los países “perezosos” como el nuestro, donde sin haberse realizado apenas intentos de moderniza-

ción curricular durante la última década, ahora hay que diseñar “a toda prisa” (límite en 2010) los nuevos Planes de Estudios, que podrían quedarse en meros maquillajes de los actuales.

Estado actual del proceso de convergencia europea en los estudios de Medicina

Algunos análisis recientes confirman una preocupante lentitud y dispersión en el desarrollo del proceso de convergencia en los estudios de Medicina. En efecto, sólo una minoría de países han optado por el esquema “boloñés” de Grado de seis años de duración y 360 ECTS, que incluye un ciclo de *Bachelor* (180 ECTS) y otro de *Master* (180 ECTS), seguido de un Master de Posgrado y, finalmente, de los estudios de Doctorado. La realidad es que en 2009 el proceso de convergencia en Medicina estaba pobremente desarrollado y muchos analistas consideraban que había ya más divergencia que convergencia a lo largo y ancho de Europa.

Con objeto de conocer la situación real del proceso “boloñés”, la AMEE (*An International Association for Medical Education*) y MEDINE (*The Thematic Network on Medical Education in Europe*) hicieron en 2007 una encuesta dirigida a las autoridades responsables (ministeriales) de 46 países implicados (algunos de ellos todavía no miembros de la CEE). Las preguntas fueron: 1) ¿Qué estructura tiene el Grado actualmente en su país?; 2) ¿qué decisión se ha tomado en su país acerca de la adopción del sistema de dos ciclos (*Bachelor + Master*) para el Grado de Medicina propuesto en la Declaración de Bolonia? Y, en caso de haberse adoptado tal esquema, ¿qué desarrollo se ha alcanzado en su implantación?

Los resultados del estudio publicados hace poco menos de un año indican que: a) se registra una inesperada y llamativa lentitud junto con una negligencia generalizada en las respuestas, casi siempre aportadas por personas “relacionadas” con las autoridades oficiales de cada país, pero no directamente por éstas, a pesar de lo cual se computaron como válidas; b) se comprueba que en la mayoría de los casos los educadores están desconectados del proceso de convergencia, desconociendo cuál es la situación real del mismo en sus propios países; además, apenas se aportan “respuestas oficiales” acerca de las decisiones legislativas tomadas sobre la adopción o rechazo del Plan de Bolonia (lo cual reproduce lo ocurrido antes en otros Grados y resulta muy preocupante); c) en la actualidad, la duración del Grado es de seis años en la mayoría de los países, excepto en el Reino Unido y Malta donde es de sólo cinco; en Suecia dura cinco años y medio (incluye sólo 330 créditos ECTS en el nuevo currículum de 2007), y en Bélgica y Alemania siete años; d) un total de 19 países (46%) responden que no van a adoptar la estructura de dos ciclos, y sólo siete (Armenia, Holanda, Portugal, Islandia, Bélgica, Dinamarca y Suiza) la han adoptado; cuatro (9%) dejan el asunto a criterio de sus Facultades, y once (27%) aún no han tomado ninguna decisión al respecto, si bien se prevé que la mayoría de éstos rechazarán el Grado con los dos ciclos de *Bachelor* y *Master*.

Por otra parte, algunos expertos en educación médica participantes en diferentes reuniones sobre el proceso de Bolonia, también han señalado las inde-

finiciones y el preocupante retraso en los acuerdos sobre la armonización y el proceso de convergencia, advirtiendo que: *a)* existen modalidades de implantación de los ciclos *Bachelor + Master* con duraciones diferentes y contenidos curriculares y distribución de créditos muy variables que dificultarán la circulación del estudiante no ya en Europa, sino dentro de un mismo país (Bélgica por ejemplo); *b)* hay reservas sobre el riesgo que supone la mercantilización y la intromisión de la industria y las empresas en la autonomía de las universidades en aras de la implantación de la convergencia, que están en la base de las manifestaciones en contra de los sectores estudiantiles y del profesorado que han demostrado un mayor interés y conocimiento sobre lo que es realmente el proceso de Bolonia; *c)* hay riesgos de deformación del concepto de “crédito europeo” hacia otro de puntuaciones (existen ya ejemplos); y *d)* existe un pesimismo generalizado por la falta de transparencia y de participación estructurada de todos los agentes implicados.

Por ello se vienen sugiriendo alternativas como son las alianzas entre universidades concretas para facilitar la circulación de sus *masters* (p.e., entre Leiden y el Karolinska), o el desarrollo de un sistema común de evaluación europeo (*European Consortium for Accreditation*, ECA, creado en 2003). Además, son muchos los que reclaman que se aclaren con urgencia las terminologías usadas a lo largo y ancho de Europa en relación con los grados y títulos, que el proceso de Bolonia no sólo no ha homogenizado, sino que contribuye a enmarañar aún más. En todo caso, está claro que estas iniciativas traslucen una seria disfunción en la implantación del EEES y que la situación actual del proceso de convergencia en los estudios de Medicina en Europa es cuando menos confusa e intranquilizadora.

Las conclusiones de estos análisis podrían ser:

1. Pocos docentes están bien informados acerca del proceso de la convergencia europea en la enseñanza de la Medicina.
2. La división en dos ciclos se ha implantado en casi todas las carreras y en casi todos los países (grados de cuatro años con 240 ECTS), excepto en el caso de Medicina (“la disciplina entre paréntesis”).
3. Hay un consenso generalizado en que la implementación de los dos ciclos (*Bachelor* y *Master*) debe ser rechazada en Medicina porque atenta contra la integración de las enseñanzas básicas y clínicas, que ya se contempla en *diferentes curricula* y es de trascendental relevancia para una buena enseñanza; en todo caso, si se adoptara un grado con dos ciclos, no debería permitirse que ello consolide o perpetúe la división entre las ciencias básicas y clínicas presente en los *curricula* “tradicionales”, como los de las facultades españolas, y que fue ya denostada por Flexner en su informe seminal sobre la docencia de la medicina de 1910; además, la exposición precoz del estudiante al medio clínico, necesaria para su formación como médico, resultaría superflua para aquellos que tras el *Bachelor* deriven su carrera hacia otras vías o profesiones. La educación médica es larga y cara, por lo que permitir su abandono a la mitad del camino representa un despilfarro de recursos. Y es que el *bachelor degree* de Medicina tiene

- muy poco valor para quienes no vayan a completar el Grado y se desvíen hacia otras opciones profesionales a las que podrían acceder de otra manera más directa (por ejemplo, biología, salud pública, odontología o empleos en la industria farmacéutica).
4. Sin un acuerdo europeo en relación con la implementación del sistema de dos ciclos se puede dañar seriamente la equivalencia de los títulos y la movilidad de los estudiantes y graduados. En los nuevos *curricula* de algunos países se enseñan materias a lo largo de varios años, por lo que la adopción de los dos ciclos conllevaría una separación artificial de esas materias o módulos, menoscabando la calidad de la enseñanza que se imparte actualmente; esta limitación sólo se podría obviar introduciendo unas guías claras para el *Bachelor* y el *Master* (como se hace en el *European Core Curriculum* en educación médica, mencionado por el *British General Medical Council* en 1993 y definido posteriormente en la guía nº 5 de la AMEE).
 5. Aunque se ha aventurado que la aplicación de los ECTS, esencial para garantizar la comparación de los títulos, no planteará problemas diferentes en Medicina en relación con otros grados, es muy probable que no sea así porque la aplicación de este sistema de medida requiere, más que en ninguna otra licenciatura o grado, paquetes informativos que incluyan una descripción precisa de la unidad del currículum en la disciplina de que se trate, y que expliciten sus contenidos exactos, el nivel en el que se aplican y los métodos docentes y de evaluación a utilizar. Y es que para lograr equivalencia y compatibilidad, y “converger” haciendo intercambiables los títulos sin agravios entre países que quieren intercambiar sus profesionales, no basta con “suscribir” la aceptación de los estándares internacionales de calidad en la enseñanza, o usar los mismos términos (*bachelor* y *master*), sino que es imprescindible predefinir claramente las competencias y objetivos en cada etapa del grado. Pues bien, este objetivo no ha sido alcanzado, por lo que tienen razón quienes afirman que todavía nadie sabe bien qué hay detrás de un ECTS.
 6. Del mismo modo, a pesar de que la movilidad es un objetivo común a todos los niveles de los estudios, desde los cursos individuales y las rotaciones clínicas (incluyendo las del programa Erasmus), hasta los grados completos, todavía no se han adoptado guías para determinar unos contenidos comunes.
 7. Igualmente, aunque se considera esencial un acuerdo y cooperación sobre sistemas que garanticen el control de la calidad de las enseñanzas, estos no se han desarrollado, y se elude encargar su diseño y aplicación a cuerpos de expertos independientes como podrían ser los pertenecientes a la AMEE, que asumirían la tarea con garantía. Si bien, la adopción de estándares comunes de calidad, como los *Global Standards for Quality Improvement* de la *WFME (World Federation for Medical Education)*, permitiría alcanzar el objetivo de un sistema común de acreditación de facultades o escuelas de Medicina, y pro-

porcionaría un instrumento valioso para mantener una alta calidad docente y comparar con fiabilidad los rendimientos de las diferentes escuelas o facultades, este objetivo tampoco se ha contemplado de manera programática.

8. Al día de hoy existe una marcada confusión en las definiciones o términos usados en relación con la enseñanza de la Medicina que la Declaración de Bolonia no solo no ha aclarado, sino que acentúa cada vez más; así, el propio término *undergraduate*, que en toda la literatura sobre docencia médica se usa para referirse a los cinco o seis años de los actuales grados, en el proceso boloñés se reserva para el *Bachelor* (el primer ciclo de los estudios de tres años de duración). Y términos como *Bachelor* y *Doctor (Physician vs PhD)* se emplean también con diferentes significados. Por ejemplo, en los siete países que se han adherido a la Declaración adoptando el Grado con los dos ciclos de tres años, el término *Bachelor* recibe diferentes denominaciones, tales como *Bachelor* a secas, *Bachelor of Science* en Islandia, *Bachelor in Medicine* en Suiza y Dinamarca, y *Licenciado en Ciencias de la Salud* en Portugal. Hay que considerar positivo que la naturaleza de este primer ciclo en esos países se define de manera homogénea como exclusivamente académica, no permitiendo el ejercicio profesional.

Del mismo modo, la naturaleza o acreditación para la práctica profesional que concede el segundo ciclo o *Master* (180 ECTS) tampoco es homogénea, y así varía desde la exclusivamente académica (no permite la práctica profesional) como en Islandia, a una profesional pura (permite la práctica) como en Bélgica, o académico-profesional como en los restantes cinco países; además su denominación exacta también varía, por ejemplo, *Master Degree* en Bélgica, *Master in Medicine* en Portugal y Suiza, y *Master of Science in Medicine and Arts Diploma* en Holanda.

En cuanto al nivel de exigencia para la realización de un *master* tras el Grado que permita acceder al Doctorado, se observa la misma dispersión. Ya apuntamos que la carrera de Medicina tiene la peculiaridad de que el Grado va seguido de un sistema de formación especializada que nadie prevé pueda ser sustituido por otro mejor. Así, el graduado en Medicina, que si se dedica plenamente a su tarea de residente no dispone de tiempo para realizar uno o más *masters* de posgrado, podrá obtener la preparación y orientación necesarias para realizar la Tesis doctoral durante la Residencia. Por ello, parece un acierto no exigir la realización de un *master*, ni de los viejos “cursos” preparatorios del doctorado que tan caros e inútiles resultaban. En todo caso, la situación en este apartado diferirá también en España con respecto a otros países vecinos, lo que contribuirá a aumentar la divergencia ya existente, que se propagará así del pregrado al posgrado, complicando la homologación de los perfiles de los médicos formados en ellos.

Por lo tanto, parece que en los estudios de Medicina se está lejos de alcanzar la ideal homogeneidad o armonización perseguida por el proceso de Bolonia, lo cual no excluye que pueda ser finalmente conseguida. La implantación de un examen final de Grado a nivel paneuropeo podría facilitar el camino hacia la convergen-

cia, pero lo que parece impensable es que, en aras de la armonización, los países que ya han desarrollado nuevos *curricula*, los remodelen para alcanzar un común denominador que muchos no consideran ni siquiera deseable (véase más abajo).

La implantación de exámenes finales de grado de ámbito nacional o paneuropeo como refuerzo del proceso de convergencia y la equivalencia de títulos

En un reciente encuentro en Praga, grupos de expertos en evaluación del aprendizaje clínico han debatido la pertinencia de aplicar un examen de final de Grado en Europa, que en principio propiciaría la armonización de los *curricula*, la homologación de títulos y la movilidad de estudiantes y profesionales. Este examen podría ser similar al USMLE (*United States Medical Licensing Examination*) aplicado en USA o Canadá que, en sus tres pasos, administrados en diferentes momentos del Grado, evalúa junto a los conocimientos teóricos del alumno, su nivel de competencia para aplicar esos conocimientos a la resolución de problemas clínicos, utilizando pacientes estandarizados y casos presentados en ordenador con formatos innovadores (www.usmle.org y www.mcc.ca; *Guide to Good Medical Practice* – USA. www.gmp-usa.org).

Según la opinión de varios expertos, implantar exámenes tipo USLME a nivel nacional o a nivel paneuropeo, ayudaría a: 1) homogenizar el nivel de competencia de los graduados egresados desde las diferentes escuelas de medicina europeas; 2) mejorar la convergencia de los *curricula*, la comparación de los títulos y la movilidad de estudiantes y profesores; 3) mejorar la asistencia al paciente en el contexto de la libre circulación de profesionales; 4) garantizar el control de calidad de los estándares de las cada vez más numerosas escuelas privadas de medicina; y 5) controlar el nivel de competencia y habilidades psicosociales de graduados internacionales (profesionales no europeos) que acceden a la práctica en nuestros sistemas de salud.

Además, un examen paneuropeo favorecería la aplicación de auditorías externas que reforzarían el cumplimiento de los estándares docentes; y la transparencia y fiabilidad de la prueba impulsaría la innovación curricular al evidenciar el rendimiento de los estudiantes y las deficiencias en su formación, a la vez que propiciaría una mejora progresiva del propio proceso de evaluación. Finalmente, la suma de los esfuerzos de todas las escuelas y facultades en la configuración y aplicación de esa prueba única, disminuiría los costes de los exámenes múltiples de ámbito nacional y permitiría aprovechar mejor las prestaciones de los grupos de expertos en evaluación que ahora trabajan dispersos en Europa.

Sin embargo, otros analistas nos advierten que, aparte de las dificultades de tipo logístico que tendría la realización de un examen paneuropeo, existen serios argumentos en contra de su implantación. Así, Cees van der Vleuten y Ronald Harden, se preguntan si este tipo de examen no representará en realidad un impedimento para emprender cualquier cambio educativo o curricular en vez de favorecerlo. Para estos y otros muchos expertos en educación médi-

ca, es axiomático que la evaluación dirige el aprendizaje y transforma, mejorándolo, cualquier programa docente (*assessment drives learning; assesment enhances teaching*).

La literatura médica reciente nos demuestra que se está produciendo un desplazamiento de la cultura de tests (evaluación sumativa para determinar si el candidato *pasa o no pasa*), a la cultura de “evaluar para formar” (evaluación formativa); la primera se aplica en momentos fijos a lo largo del Grado, en tanto que la segunda se engrana con el propio aprendizaje en el contexto clínico real, al cual propulsa continuamente. Y es que el *assessment of learning* está dejando paso al *assessment for learning*, (evaluación formativa seguida de retroalimentación inmediata), y está claro que los exámenes de licenciatura separan la evaluación del propio proceso del aprendizaje (del *ongoing learning*).

De acuerdo con estos autores, los exámenes finales de licenciatura, fueran del tipo USMLE, con pruebas prácticas con enfermos patrón, o del tipo del que se pasa en Francia o nuestro examen MIR, que no las incluyen, sólo permiten evaluar habilidades y competencias “fáciles de medir”, pero no las complejas, con lo cual su validez o utilidad es tan solo limitada, independientemente de cuáles sean su posibilidad de ponerlas en práctica y sus costes. Esta clase de exámenes, llamados *single shot assessment*, acarrearían una armonización reduccionista de *curricula* modernizados de eficacia ya probada operativos en muchas escuelas del Reino Unido y de otros países del centro y norte de Europa, que incluyen estrategias de evaluación objetiva estructurada imbricadas con el proceso del aprendizaje clínico continuo; además, comprometerían la diversidad de los programas docentes, que, según las recomendaciones del EEES, debe ser preservada y respetada a toda costa.

En esta línea, Ronald Harden “desmonta” lo que llama los cinco mitos a favor del examen paneuropeo. Así, y en relación con el primero de ellos, niega que un examen centralizado (tanto a nivel nacional como transnacional) asegure la evaluación del nivel de competencia global de los candidatos, que es en definitiva lo que importa; igualmente, argumenta que tal examen sólo evaluaría las llamadas “habilidades de bajo nivel”, que solemos medir con tests de preguntas de elección múltiple y respuesta única o múltiple, aún cuando algunas se refieran a casos clínicos e incluyan datos analíticos o pruebas de imagen.

Con respecto al segundo mito, afirma que este tipo de examen no tiene por qué mejorar el proceso global de la evaluación en Medicina, y que diversos estudios demuestran que no sólo no la favorece, sino que compromete la innovación en este campo, pues contraviene el principio de que la evaluación debe dirigir el aprendizaje (considérese el efecto deletéreo del examen MIR sobre la implementación de otros métodos de evaluación en nuestras Facultades, donde los alumnos se aferran al hábito del “pasa y olvida” y rechazan otros tipos de evaluación).

En relación con el tercer mito, según el cual el examen centralizado conduciría a una mayor uniformidad en los *curricula*, (objetivo prioritario de convergencia en el EEES), la experiencia demuestra que la estandarización de los exámenes no garantiza necesariamente la homogenización de los programas docentes. Por ello, los países “que han hecho ya los deberes”, donde se utilizan

sistemas de evaluación formativa de excelencia, rehúsan renunciar a ellos, porque hacerlo supondría un retroceso en la eficiencia y calidad de sus *curricula*.

El cuarto mito, según el que un examen paneuropeo proporcionaría una pista sobre la operatividad de todos y cada uno de los programas docentes a lo largo y ancho de Europa independientemente de su diversidad, no se sustenta por estudios realizados en USA y Canadá; estudios que tampoco apoyan el quinto mito: que la aplicación del examen vaya a mejorar la eficiencia de la práctica clínica beneficiando a los pacientes.

Aquí viene a colación considerar si nuestro examen MIR debería ser sustituido por un examen similar al USMLE que, además de evaluar competencias clínicas, completa su tres fases coincidiendo con el final del Grado (como ocurre también con el examen francés), con lo cual se eliminaría el “año de preparación de la oposición MIR”, adelantando el acceso del graduado a la Residencia. No olvidemos que la LOPS (Ley de ordenación de las profesiones sanitarias) dictaminó en su día la obligatoriedad de implantar un MIR competencial de ámbito nacional a partir del curso académico 2010-2011, pero, como tantas veces ocurre en nuestro país, este nuevo examen ha quedado pospuesto *sine die*.

A las anteriores limitaciones para la realización de un examen centralizado se añadiría la dificultad logística impuesta en Europa por la diversidad existente en las lenguas, los formatos curriculares ya operativos o en fase de diseño, y en las metodologías docentes y evaluadoras. Otros impedimentos serían el enorme tamaño de la población a examinar y, como ya se ha dicho, la oposición frontal de países con “los deberes curriculares ya hechos” que, habiendo manifestado ya sus recelos, podrían recurrir al principio de la subsidiariedad para eludir este tipo de compromiso transnacional.

Queda así por determinar si resultaría conveniente y aplicable un examen europeo de grado, cuya adopción podría “tirar hacia arriba” de los *curricula* de países como el nuestro con un retraso crónico en innovación docente, donde además tendría el efecto colateral positivo de eliminar el actual MIR que pervierte todo el proceso docente del Pregrado. Sin embargo, y a pesar de todo, no se puede excluir que si el proyecto del EEES finalmente se consolida, uno de sus pilares vaya a ser precisamente la existencia de un examen de Grado paneuropeo.

La situación de la convergencia con el EEES en los estudios de Medicina en España

Nuestro país pertenecerá al grupo mayoritario de los que no adoptarán el esquema boloñés de dos ciclos *Bachelor* y *Master* y tendrán un Grado de seis años de duración con 360 ECTS. Pero, la cuestión nuclear no es la duración del Grado (que podría reducirse algo como en Suecia y el Reino Unido) ni la adopción o no de los dos ciclos, sino en qué medida vamos a implantar en nuestras Facultades verdaderas reformas curriculares que incluyan: a) la definición explícita de los objetivos y las metodologías docentes y evaluadoras; b) la integración en mayor o menor grado de las enseñanzas básicas y clínicas, organi-

zando el aprendizaje alrededor de módulos, bloques o ciclos vitales; c) la utilización de alguna de las variantes en la resolución de problemas; d) una enseñanza práctica centrada en el paciente tanto real como virtual, que conlleve un contacto precoz con el enfermo y la inmersión prolongada en el contexto clínico, tanto a nivel hospitalario como en el ámbito de la atención primaria, que aseguren la adquisición de competencias clínicas que deberán ser evaluadas de manera objetiva y estructurada a lo largo del Grado; y e) propiciar la iniciativa y autonomía del alumno para guiar su propio aprendizaje, enseñándole a “aprender por sí mismo” (autoaprendizaje), y a adquirir una mentalidad crítica y ese nuevo hábito de estudio continuo que resulta más necesario en Medicina que en ninguna otra carrera, utilizando para ello de forma rutinaria los nuevos recursos tecnológicos, como el *e-learning*.

Si se tiene en cuenta el retraso en la implantación de innovaciones curriculares en nuestras Facultades, las carencias y obstáculos de nuestra situación de partida, y la necesidad de elaborar los nuevos Planes de Estudio de manera apresurada, se corre el riesgo de improvisar para salir del paso, aplicando simples retoques cosméticos a los viejos planes en vez de introducir verdaderos cambios curriculares. Y es que puede ocurrir que en algunas facultades la elaboración del nuevo Plan de Estudios sea asumida por unos pocos que, tras improvisar un diseño más o menos “apañado” convirtiendo los módulos en las clásicas asignaturas y computando los viejos créditos por los nuevos ECTS, logren pasarlo para su aprobación sin el necesario debate previo con el profesorado y el alumnado.

Habrá que esperar para comprobar qué “dosis” de cambio curricular efectivo se aplicará finalmente en cada Facultad, pero las manifestaciones de nuestros Decanos sobre la “adaptación a Bolonia” no permiten ser muy optimistas, ya que en su conjunto traslucen escepticismo, pesimismo, y quizás una cierta resignación ante lo que ya se considera un fracaso anunciado.

Las opiniones de los decanos de las Facultades españolas sobre el plan de Bolonia

El análisis de las opiniones de los Decanos “acerca de la implantación del Plan de Bolonia en Medicina” recogidas por Diario Médico (“*Bolonia: los mismos medios, menos libertad de cátedra y más burocracia*”, 21 de abril de 2009) revela la incertidumbre que acecha a la implantación de *curricula* modernizados en nuestras Facultades. De entrada, los decanos denuncian con razón que “Bolonia nos ha sido impuesta” y que “estamos ante un proyecto en el que ni profesores ni alumnos hemos participado”. Esta falta de debate entre los agentes implicados y de una acción colegiada para abordar la creación de los nuevos Planes de Estudio contrasta, por poner sólo un ejemplo, con la metodología aplicada en el Reino Unido para diseñar los nuevos planes de estudio. Véase, por ejemplo, el documento *The Scottish Doctor*, o el nuevo *Foundation Programme*, que articula la transición de los nuevos

estudios de grado al posgrado, en el que estuvieron directamente involucrados tiempo todos los agentes implicados (diversos representantes del Sistema Nacional de Salud, Universidades y Decanatos, Reales Colegios, Sociedades Científicas, etcétera).

Entre los múltiples peligros que amenazan la consecución del necesario cambio curricular, nuestros decanos destacan: 1) la falta de medios económicos para una enseñanza más individualizada; 2) la menor libertad de cátedra; 3) el incremento de la burocracia; 4) la improvisación legislativa; y 5) la falta de suficientes profesores clínicos acreditados. Aunque estos impedimentos son reales, conviene matizar qué es verdad y qué tan solo relativamente cierto en cada uno de ellos, más aún cuando tomados en su conjunto pudieran ser utilizados como coartada para perpetuarse en el estancamiento docente.

Es palmario que ha habido improvisación legislativa. Ya se ha comentado que las normativas europeas han cristalizado en regulaciones impuestas a plazo fijo desde los ministerios de los diferentes países que actúan como correa de transmisión para traspasarlas a la “trinchera docente”. En este proceso, efectivamente sobrecargado de burocracia inútil, al final siempre se encuentran colaboracionistas académicos que ejecutan las órdenes y que, de proponérselo, serían capaces de realizar el “prodigio” de adaptar la propuesta boloñesa al terreno sin cambiar en realidad nada esencial.

Por otro lado, es innegable que la falta de medios económicos puede dar al traste con cualquier proceso de mejora curricular. Cuando, por ejemplo, se examina el nuevo convenio entre la Universidad Complutense y la Consejería de Sanidad de Madrid, puede leerse en el apartado correspondiente que “las mejoras docentes se llevarán a cabo con los recursos ya disponibles”, cuando es bien sabido que nada se cambia a mejor “a coste cero”. Dejando a un lado las necesidades de los departamentos de ciencias básicas (profesorado, laboratorios, etcétera) y limitándonos a la docencia de la práctica clínica, resulta obvio que para implantar una enseñanza “más individualizada” sería necesario integrar en la tarea docente a la mayoría, si no a todos, los profesionales que trabajan a nivel intra y extrahospitalario en las instituciones sanitarias implicadas en la enseñanza del Pregrado; y que esa reorganización y aprovechamiento de la “fuerza docente” conllevaría inevitablemente un incremento de los costes, al igual que ocurre, por poner otro ejemplo, con la incorporación de los recursos tecnológicos que hacen posible la aplicación de nuevas técnicas docentes de simulación y facilitación del autoaprendizaje.

En relación con el atentado del Plan Bolonia contra “la libertad de cátedra”, debe reconocerse que esa libertad se utiliza con frecuencia para enroscarse en dinámicas docentes acartonadas e inoperantes; y que mientras no se use para mejorar la enseñanza impulsando y sosteniendo la renovación curricular, no habrá por qué lamentar su limitación o la imposición de cambios en la manera en que es ejercida actualmente. Y es que para progresar en esta tarea parece imprescindible disponer de instrumentos que controlen los efectos negativos del individualismo y el localismo protagonizados por catedráticos y departamentos; un objetivo que podría alcanzarse creando Unidades Docentes integradas por profesores interesados en la docencia moderna, que ostentasen por delegación de

los propios departamentos “la libertad necesaria” para diseñar y consensuar un buen currículum, monitorizando su desarrollo, y cuyas determinaciones quedasen a cubierto de posicionamientos arbitrarios de profesores o departamentos.

Pero de esta opción no nos hablan los decanos, y ello es de lamentar, porque de haber dispuesto de Unidades Docentes hubiéramos tenido una masa crítica de expertos en docencia médica necesaria para dirigir la creación de un esquema más básico o componente nuclear de un nuevo Plan de Estudios a compartir por las diferentes facultades. En nuestro país son pocos los expertos en docencia y además trabajan en solitario; y esa carencia, reveladora como pocas de nuestro atraso curricular, puede convertirnos en responsables más que en víctimas del posible fracaso en la modernización de los programas docentes que exige este momento histórico.

Asimismo, la mayoría de los decanos reitera que “no hay suficientes profesores clínicos acreditados (titulares y catedráticos) para abordar una enseñanza mucho más práctica e individualizada” como exige Bolonia. Sin embargo, esta afirmación también debe ser matizada. Aunque es cierto que en algunas Facultades el número de profesores disponibles para desarrollar una buena enseñanza práctica es tan insuficiente que haría fracasar el mejor Plan de Estudios, en otras ese número resulta sobrado para abordarla con garantía, siempre que los implicados cumplan su compromiso docente.

Sin embargo, la realidad es que bastantes profesores no sólo no practican ese tipo de docencia, sino que tampoco entra en sus planes hacerlo, y todavía son muchos los que siguen creyendo que impartir lecciones y preparar los correspondientes exámenes teóricos es su principal, si no el único, cometido docente. En este punto, y aunque la pregunta parezca quimérica, ¿no debería aprovecharse la ocasión histórica de cambio que representa Bolonia, para “recomponer”, insertándolo en el contexto de un nuevo enfoque curricular, todo el sistema de contratación y promoción del profesorado, redistribuyendo las contraprestaciones económicas y curriculares disponibles y garantizando a la vez la formación docente del profesorado y el control de calidad de su actividad?

En suma, nuestros decanos identifican con lucidez los peligros que amenazan la renovación curricular en nuestras facultades; pero, marginados como están en el desarrollo del proceso boloñés, no aciertan a proponer una salida colegiada que permita introducir las innovaciones educativas recomendadas por el EEES. Por eso, la afirmación del Presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de que “las Facultades de Medicina ya están preparadas para el cambio”, también es cuestionable.

¿En qué consiste estar preparado para el cambio? ¿No hemos convenido en que no ha habido el debate necesario para alcanzar esa preparación, y que la gran mayoría del profesorado y el alumnado ignora el perfil y la estructura de los nuevos *currícula*, las teorías del aprendizaje del adulto, en qué consiste el movimiento competencial, o cuáles son y cómo se aplican las nuevas técnicas de evaluación clínica objetiva estructurada? ¿Acaso están los profesores adecuadamente preparados y motivados para abordar la integración de las enseñanzas básicas y clínicas, para aplicar la técnica de la resolución de problemas en cualquiera de sus variantes, o para el uso de pacientes virtuales y simula-

dores? ¿Es consciente el profesorado de que la evaluación debe dirigir el aprendizaje y de la trascendencia que tiene enseñar al alumno a aprender? ¿Saben los profesores, o les importa siquiera, cómo se evalúa el funcionamiento de un programa docente? ¿No habla el propio Presidente de “la desmotivación y el cansancio crónico del profesorado”, o de “la resistencia numantina de una parte de los profesores que son enemigos de cualquier cambio”, que según él mismo “han demostrado últimamente que no tienen ninguna intención de adaptarse a las nuevas formas poniendo en peligro la viabilidad de todo el proceso”? La pregunta final podría ser: ¿no están acaso nuestras Facultades cautivas de la inveterada negligencia de su propio profesorado?

Que la preparación para el cambio de paradigma docente que preconiza el EEES deja mucho que desear en nuestras facultades, queda claro si constatamos las siguientes limitaciones y carencias presentes en la mayoría de ellas:

1. Cuerpos profesoriales envejecidos e ignorantes de la estructura y dinámica docente de los nuevos *currícula*, a quienes su facultad no rescata aplicando algún sistema de formación que mejore su visión y desempeño docentes.
2. La adherencia a una rutina docente obsoleta, basada fundamentalmente en la transmisión de datos y en una metodología evaluadora limitada en la mayoría de los casos a medir la memorización de los mismos por el alumno, que es impulsado así a seguir la estrategia del “pasa y olvida”, reforzada en nuestro país por el omnipresente examen MIR.
3. La falta de integración de las enseñanzas básico-clínicas y del uso de metodologías docentes que la propicien.
4. La crónica distinción entre docentes y “no docentes” en los hospitales universitarios, que si bien puede bastar para practicar una enseñanza sobre todo teórica, impide aplicar cualquier programa de enseñanza práctica de calidad.
5. La precariedad de la enseñanza práctica, que en el mejor de los casos se imparte con estrategias deslavazadas que no utilizan los nuevos instrumentos de evaluación capaces de medir de manera objetiva y estructurada el nivel de competencia clínica alcanzado por el alumno en las sucesivas etapas de su paso por los cursos clínicos.
6. La tardanza en la exposición de los alumnos al contexto clínico y su “secuestro” en el hospital, que les impide acceder a ese conocimiento del espectro completo y el verdadero perfil de las enfermedades más comunes que sí proporciona la rotación sistemática por Atención Primaria.
7. El retraso en la utilización de los recursos electrónicos, favorecido además por la marginación de la lengua inglesa en todas las etapas del aprendizaje.
8. La rígida estructura departamental que dificulta la integración vertical y horizontal de las enseñanzas, y retroalimenta por su propia dinámica la incomunicación y un inmovilismo recelosamente defensivo que en nada favorecen la creación de Unidades Docentes o Comités Curriculares.
9. La falta de continuidad y ensamblaje entre las enseñanzas del Pregrado y el Posgrado.

10. Los desajustes del actual sistema de acceso y promoción en la carrera académica.

Acabaremos diciendo que, a pesar de los malos augurios derivados de las imperfecciones del proceso boloñés y las deficiencias crónicas de nuestro ambiente docente, siempre cabe (con o sin Bolonia) la posibilidad de incorporar las nuevas metodologías docentes y evaluadoras que fecundan los nuevos *currícula*, y ésta debería ser la tarea a emprender por el profesorado en nuestras facultades. No hay que perder de vista que el currículum es tan sólo un marco, y que ningún tipo de estructura curricular al uso, incluida la aplicada en la mayoría de nuestras facultades que conserva la anticuada separación de las materias básicas y clínicas, impide de manera definitiva la incorporación de los ingredientes de una verdadera innovación docente. Que esto es así lo han demostrado los cuerpos docentes de muchas escuelas de medicina europeas que han modernizado sus *currícula* al margen, más que al compás, del proceso de Bolonia.

Bibliografía

- Archer JC. *European licensing examinations. The only way forward*. Medical Teacher 2009;31:215-216.
- Bolonia: los mismos medios, menos libertad de cátedra y más burocracia. Diario Médico. 21 de abril de 2009.
- Carreras J, Sevilla C, Urbán M. *Euro-universidad. Mito y realidad del proceso de Bolonia*. Icaria; Barcelona, 2006.
- Christensen L. *The Bologna Process and medical education*. Medical Teacher 2004;26:625-629.
- Fernández Liria CF, Serrano García C. *El Plan Bolonia*. Los Libros de la Catarata; Madrid, 2009.
- García Manjón JV. *Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior. El reto de la adaptación de la Universidad a Bolonia*. Netbiblo; La Coruña, 2009.
- Harden R. *Five myths and the case against a European or national licensing examination*. Medical Teacher 2009;31:217-220.
- López Herrerías JA. *La Universidad y el proyecto de Bolonia: EEES*. Hergué Editorial; Huelva, 2008.
- Melnick DE. *Licensing examinations in North America; Is external audit valuable?* Medical Teacher 2009;31:212-214.
- Patricio M, Engelsen CD, Tseng D, ten Cate O. *Implementation of the Bologna two-cycle system in medical education: Where do we stand in 2007? Results of an AMEE-MEDINE survey*. Medical Teacher 2008;30:597-605.
- Pulido A. *El futuro de la Universidad. Un tema para debate dentro y fuera de las universidades*. Delta Publicaciones; Madrid, 2009.
- Sosa Wagner F. *El mito de la Autonomía Universitaria*. Aranzadi Editorial, Pamplona, 2007.
- van der Vleuten CPM. *National, European licensing examinations or none at all*. Medical Teacher 2009;31:189-191.
- van Scharvendijk ChFH, Miecka J. *Harmonization of the bachelor-master system in the curricula of the medical doctor and the biomedical sciences. Report on a 2 days workshop*. Medical Teacher 2007;29:267-269.