

La formación del médico psiquiatra en España: de los estudios de pregrado a la formación especializada.

The formation of the psychiatrist in Spain: from the undergraduate studies to the specialized training.

Miguel Gutiérrez Fraile¹, Dolores Franco²

RESUMEN

En el presente trabajo se revisa el proceso de formación del médico especialista en psiquiatría en España. A punto de partida de la reforma educativa universitaria luego de la creación del Espacio Europeo de Educación Superior y el llamado Acuerdo de Bolonia, se introdujeron importantes reformas curriculares, metodológicas y tecnológicas en las Facultades de Medicina del país. Este proceso histórico llevó a la promulgación del Real Decreto de 2008, a través del cual se regula el nuevo programa de formación de la especialidad de Psiquiatría. Se comentan también propuestas del esperado “proyecto de troncalidad” que permita que la Psiquiatría sea una disciplina-eje, con Psiquiatría Infantil y del Adolescente como su rama específica.

PALABRAS CLAVE: Educación médica, psiquiatría, España, curriculum, entrenamiento.

SUMMARY

This article reviews the training process of psychiatry's specialist physician in Spain. With the university education reform following the creation of the European Space of Superior Education and the Bologna Accord as points of departure, important curricular, methodological and technological changes were introduced in Spanish medical schools. This historical process led to the promulgation of the 2008 Royal Decree through which the new specialty training in Psychiatry was regulated. Proposals on the expected “truncality process” which will allow Psychiatry to become a unitary, axis-like discipline with Child and Adolescent fields as a specific branch are also commented upon.

KEYWORDS: Education, medical; psychiatry, Spain, curriculum, training.

INTRODUCCIÓN

La formación en psiquiatría debe planificarse en relación al campo de competencias de la psiquiatría actual y a la etiopatogenia variada de los diversos trastornos mentales. Por esta razón debe contemplarse desde el principio el que sea una formación pluridisciplinar cuyos contenidos consideren por igual fuentes biológicas, psicológicas y sociales. Al

mismo tiempo, sin embargo, en nuestra opinión, el psiquiatra debe formarse sin perder la perspectiva de un modelo médico, lo cual no significa arbitrar un modelo biomédico reduccionista y empobrecedor. La necesidad de homologar nuestros títulos con el resto de Europa, la modificación de la demanda por parte de la sociedad que, cada vez más, requiere una atención especializada y diversificada de los diferentes problemas psiquiátricos, la progresiva puesta en marcha

¹ Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco; Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría; Vocal de la Comisión Nacional de Psiquiatría en representación del Consejo General de Colegios de Médicos de España; Director de la Unidad Docente de Medicina de Vitoria-Gasteiz, Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco, España.

² Profesora Titular de Psiquiatría, Universidad de Sevilla. Sevilla, Andalucía, España.

de dispositivos o programas cada vez más específicos, (rehabilitación, psiquiatría infantil, psicogeriatría, toxicomanías y patología dual, planificación y gestión, etc.) y el desarrollo de la neurociencia y su aplicación al campo de la psiquiatría clínica delimitan cada vez mejor el ámbito de nuestra disciplina. La genética, la biología molecular, la bioquímica, la imagenología cerebral, la neuropsicología, entre otras, son áreas que han ampliado notablemente su información y sus conocimientos y requieren, por lo tanto, una didáctica más específica y exhaustiva que permita establecer una conexión clara con la psiquiatría, de forma tal que ésta incorpore en el futuro todo este complejo flujo de información.

Formación “desde el principio” quiere decir desde el momento del ingreso del estudiante a la Facultad de Medicina, abordando las competencias propias de nuestra especialidad en el marco de las competencias generales de los futuros médicos. Se hace también especial referencia al último curso constituido, en nuestro país, por una serie de rotaciones de eminente carácter práctico.

EDUCACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EUROPA

El 1999, en la ciudad de Bolonia, los ministros de educación de la Comunidad Europea firmaron un Acuerdo que señalaría el inicio de un proceso de convergencia de los estudios superiores en el marco de la misma (1). Dicho acuerdo insta a la adecuación de los estudios superiores a las características de la sociedad actual, a hacer una educación más atractiva y competitiva, orientada al mercado laboral y al reconocimiento de las titulaciones en todo el marco de los países firmantes del Acuerdo, lo que eventualmente permitiría la movilidad e intercambio activos de la comunidad universitaria (profesores y alumnos) (2-4).

La creación de este Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) implica la reforma de los planes de estudios superiores en los países firmantes, proceso que abarca tres aspectos: la reforma curricular, las modificaciones tecnológicas y los problemas de financiación.

Reformas curriculares

Las *reformas curriculares* son, sin duda, las más llamativas. Están orientadas a la obtención de una convergencia que demanda, por lo tanto, que los estudios en el Espacio Europeo deben de

ser comparables. Si bien la autonomía de cada país para la organización de los planes de estudios está preservada, los contenidos de los mismos tienen que ser equiparables. Las nuevas titulaciones poseerán el denominado SET (Suplemento Europeo del Título) (5) que permitirá el reconocimiento de los créditos en las diferentes universidades europeas, otorgará validez comunitaria al currículo académico y acreditará las competencias adquiridas por el estudiante ante posibles empleadores de cualquier organización europea. Además, actuará como garantía de calidad de los estudios (que deberán tener criterios, contenidos y metodologías similares), promocionará la dimensión europea y facilitará la movilidad de los estudiantes, profesores y licenciados. Un título expedido en España será automáticamente reconocido en todo el EEES, sin necesidad de largos trámites.

La modificación más importante de la reforma curricular es la adopción de un sistema educativo basado en ciclos: Grado y Posgrado, este último, a su vez, constando de dos ciclos: master y doctorado (6). El Grado es el primer ciclo de formación, de carácter más genérico y orientado a la preparación del estudiante para actividades de carácter profesional. Tendrá un alcance de 240 créditos europeos (ETCS) que corresponderá a una duración máxima de cuatro años (5, 7), a razón de no más de 60 ETCS por año. De estos 240 créditos, 60 ECTS corresponderán a materia básica, serán impartidos en los dos primeros años del ciclo y reconocidos si el alumno quiere acceder a otra titulación de la misma rama de conocimiento.

Una excepción a esta duración del Grado la constituyen las titulaciones de Medicina, Odontología, Farmacia, Veterinaria y Arquitectura. Los estudios de Medicina, inicialmente concebidos como Grado de Medicina, con una duración de 360 ECTS que corresponde a seis años, serán reconocidos como equivalentes al Master, el siguiente ciclo respecto al Grado, tras la realización de un año de residencia en alguna especialidad en el periodo de postgrado; esta medida evita sin duda graves problemas en relación a la excesiva duración del periodo formativo completo de los médicos con evidentes agravios comparativos. La finalidad de los estudios de *Master* es adquirir una preparación profesional avanzada sea ésta académica, profesional/asistencial o de investigación.

Se pretende así que, a la finalización de los estudios de Medicina, los estudiantes hayan alcanzado un nivel que les permita acceder al último ciclo de formación, el *doctorado*, concebido para proporcionar una

preparación aún más avanzada en el campo de la investigación. Para poder iniciar estos estudios se requeriría previamente haber obtenido el Master de investigación. En el caso de los médicos, este Master deberá ser suplido por una preparación específica (cuyos detalles están aún bajo consideración) a lo largo probablemente del primer año de formación como residente de la especialidad correspondiente, de tal forma, que simultáneamente o a continuación puedan iniciar los estudios de doctorado. Estos constarán de dos periodos: uno de formación y otro de actividad investigadora debidamente programada que concluiría con la realización y defensa de la tesis doctoral. Los estudios de doctorado no tendrán duración predeterminada y se estructurarán a base de cursos, seminarios, conferencias, talleres y otras actividades.

Reformas tecnológicas y metodológicas

Si la reforma curricular es la más llamativa y conocida por todos, las más importantes son, sin embargo, las *tecnológicas y metodológicas* como son la incorporación del crédito europeo (ETCS), el cambio en la metodología de la enseñanza y la enseñanza basada en la adquisición de competencias.

Los créditos europeos (ETCS) miden la carga docente de una materia o titulación. Son el equivalente al euro, la moneda común, y permitirán transitar por el Espacio Europeo de Estudios Superiores. Difieren claramente de los antiguos créditos que medían la duración de las clases impartidas en una materia y por un profesor: un crédito equivalía a 10 horas lectivas. Los nuevos créditos europeos miden las horas que se precisan para adquirir el conocimiento. Valoran no sólo el tiempo de las clases sino también el tiempo de trabajo individual del alumno para adquirir los conocimientos y competencias de un programa de estudios. Incluyen la asistencia a clases, los ejercicios que el alumno realiza, los seminarios, las prácticas, tutorías y las horas dedicadas por el alumno al estudio en sí. Un ETCS tiene una duración de 25 horas. Esto quiere decir que, por ejemplo, para obtener las competencias del grado de Medicina (que tiene 360 ECTS) se precisan 9000 horas de aprendizaje.

La aportación más importante del Acuerdo de Bolonia es la *modificación en la metodología docente*. Se plantea el cambio de una metodología basada hasta ahora en la enseñanza más bien pasiva, en la que el alumno recibía los conocimientos de los profesores, a una metodología basada en el aprendizaje, en la

que el alumno asume la responsabilidad de su propio aprendizaje y el profesor debe supervisar, orientar y promover dicho proceso. Desde esta perspectiva, es claro que el aprendizaje debe ser un proceso activo por parte del alumno y el profesor debe, principalmente, enseñar a aprender. En la práctica, se traducirá en un menor número de clases magistrales, en las que se abordarán los conocimientos básicos y las pautas de acción que permitan al alumno desarrollar las mejores competencias profesionales y personales. Tomarán protagonismo otros recursos docentes como son los estudios de casos, las prácticas clínicas, las prácticas de aula, los seminarios, las consultas de documentación, la resolución de ejercicios, las tutorías de supervisión del proceso de aprendizaje, etc.

La *adquisición de competencias* como objetivo del estudio es la base de la enseñanza, a la luz del Acuerdo de Bolonia (8). Para que las titulaciones sean comparables, los perfiles académicos y profesionales de los titulados deben ser similares. Dada la variabilidad de metodologías docentes en los distintos países, la única medida posible en este aspecto es la de comparar los resultados del proceso de aprendizaje, la adquisición de las competencias profesionales. Competencia es lo que un sujeto sabe, comprende y es capaz de hacer al final del proceso. La enseñanza basada en competencias es un concepto altamente operativo en el que no se mide el proceso docente sino la adquisición de conocimientos y de capacidades que son el resultado del aprendizaje (9).

Centrar el proceso de aprendizaje en la adquisición de competencias permite un lenguaje transparente y comprensible, facilita la adecuación y pertinencia de los objetivos docentes, permite la flexibilidad y autonomía en los planes de estudios y posibilita la evaluación en términos de adquisición de competencias. En esta línea, la evaluación del alumno por parte del docente debe ser continua. El objetivo de la evaluación no es sancionar sino ayudar al estudiante a conseguir sus objetivos en la adquisición de competencias.

Queda claro que todos los países de la Comunidad Europea están modificando sus planes de estudios, lo que incluye a las Facultades de Medicina. En España, la ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) define a los médicos como profesionales cuyas funciones incluyen la indicación y realización de actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos (10).

Para ello se han definido las competencias y conocimientos que deben adquirir los estudiantes durante su formación (11). Se han descrito cinco bloques de competencias que incluyen múltiples materias. En lo que se refiere a la psiquiatría se ha puesto de manifiesto su importancia a la hora de adquirir estas competencias. El área de conocimiento de Psiquiatría tendría competencias en diferentes bloques o módulos de materias: Medicina social, habilidades de comunicación e iniciación en la investigación (Materia: *Comunicación Asistencial*); Formación clínica humana (Materias: *Psicología Médica y Psiquiatría*); Prácticas tuteladas y trabajo de fin de carrera (Materia: *Rotatorio clínico en Psiquiatría*), además de varias materias optativas como *Adicciones, Psiquiatría Infantil, Psiquiatría Geriátrica, etc.*, en función de las diferentes Facultades de Medicina. La descripción de diferentes tipos y métodos de evaluación de estas competencias ha sido tarea de varios grupos académicos en España (12-17).

Problemas y críticas al proceso Bolonia

El plan Bolonia no está exento de críticas. A nuestro entender hay tres tipos de problemas que pueden comprometer la calidad de la enseñanza a la luz del Acuerdo: la precipitación y escasa participación en la elaboración de los planes de estudio, la mercantilización de la Universidad y la falta de financiación.

Si bien el acuerdo de Bolonia se firmó hace más de una década, muchos detalles no se publicaron hasta el año 2007. Las normas que señalaban las estructuras de la enseñanza y las competencias del Grado de Medicina no se publicaron hasta el 2008, lo que ha limitado considerablemente el tiempo disponible para que los centros planifiquen sus estudios. Además, la elaboración de los planes de estudios debe llevarse a cabo con garantías de calidad. Para ello, cada facultad ha elaborado su plan de estudio, en base a las competencias y estructuras comunes señaladas por BOE y a sus propias características. Inicialmente, los planes de estudio de Medicina se estructuraron en base a la consideración del Grado como objetivo fundamental; ahora lo deben hacer en función de su reconocimiento como Master lo que deberá ser evaluado y acreditado, de nuevo, por el Consejo de Universidades y la Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (ANECA), así como por las Agencias Autonómicas de Calidad. Y ello en un momento de probable colapso burocrático, con miles de títulos en proceso de acreditación.

Así mismo, el Acuerdo ha establecido que los estudios de la Universidad deben orientarse a la formación de profesionales que la sociedad necesita. En este aspecto y en cierta manera se da el riesgo de mercantilizar la Universidad, de hacer que pierda su función de depositaria y transmisora de conocimiento para adoptar como finalidad primaria, la de formar trabajadores.

Aspectos financieros

El otro aspecto importante del plan Bolonia es la *financiación*. Debe establecerse una sociedad del conocimiento a través de la cual la Universidad pueda autofinanciarse. Sin que desaparezcan las ayudas públicas, las fuentes de financiación de la Universidad deben diversificarse. El planteamiento financiero de Bolonia es, sin duda, el aspecto más polémico de la reforma, en la medida que requiere para su aplicación ciertos cambios culturales que, en España, por ejemplo, todavía no existen. El peso de la universidad en la sociedad del conocimiento no es el que debiera ser y en este sentido queda bastante por hacer. Es un problema inminente y amenazante. Parece que se pretende un coste cero de la reforma. No es posible pensar que se pueda transformar una metodología de enseñanza decimonónica a otra basada en la supervisión individual del proceso de aprendizaje de cada alumno sin una dotación apropiada de infraestructuras y de recursos materiales y humanos. Sin inversión, Bolonia corre el grave riesgo de quedarse en una reforma de papel.

El desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior, como señalaba muy acertadamente el presidente de la Conferencia de Rectores Españoles (CRUE) (18, 19), demandará necesariamente nuevos recursos en la medida en que “es necesario mejorar la calidad y las estructuras organizativas, para resolver ineficiencias, problemas y carencias”, para poder desarrollar políticas innovadoras y “mejorar no solo el rendimiento de los servicios producidos, sino para definir acertadamente los servicios que se deben producir”. Y llamaba la atención sobre la necesidad de aprovechar “el cambio de financiación para financiar el cambio” y lograr mejorar el funcionamiento y los resultados del servicio universitario mejorando la eficiencia de la institución universitaria.

Las asociaciones de alumnos han criticado muy seriamente el tema de la financiación en el Plan Bolonia (20), señalando la necesidad de “mejorar su calidad”. Opinan que si la idea es que cada Universidad

se autofinancie o adquiera una multiplicidad de fuentes de recursos no necesariamente públicos, la consecuencia más inmediata será la elevación de las tasas académicas que deben abonar, lo que pondría en peligro el compromiso social de una auténtica Universidad: el ser accesible a todos, independientemente de los recursos económicos del estudiante.

LA SITUACIÓN ACTUAL

Así las cosas, en el momento actual parece que el Grado-Master de Medicina faculta para optar al inicio de una especialidad médica, periodo compatible con los estudios de doctorado. El acceso al doctorado se facilita ya desde el inicio de la formación especializada y de esta forma Medicina tendrá doctores y no quedará comprometida la propia supervivencia del profesorado médico de las Facultades de Medicina en el país. En estas circunstancias, la coordinación entre Universidad e Instituciones Sanitarias es cada vez más necesaria. El que los estudiantes se incorporen y se formen en instituciones sanitarias durante el Master, requerirá la adecuación de los recursos materiales y la participación de todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la sanidad. Se precisará de nuevas figuras que permitan vincular a estos profesionales sanitarios a las actividades docentes, con responsabilidades formativas y de evaluación.

Por otra parte, obligará a establecer una articulación entre la formación del Grado-Master (responsabilidad de las Facultades) con la formación del especialista (responsabilidad de las instituciones sanitarias), articulación que permita una continuidad de objetivos docentes. El examen MIR o su equivalente, deberá evaluar las competencias adquiridas en el Grado-Master. No tiene mucho sentido que, cuando estamos hablando de una formación basada en competencias (es decir, lo que el sujeto conoce, comprende y es capaz de hacer), evaluemos sólo los conocimientos teóricos. Sería recomendable la participación de las facultades en la elaboración de estos exámenes, proveyendo una auténtica retroalimentación y permitiendo una adecuada evaluación de la consecución de los objetivos docentes.

Se hace pues necesaria la reformulación de los espacios docentes y asistenciales y se precisa una nueva normativa que regule las relaciones y evite la confrontación interinstitucional, hasta ahora tan frecuente. Otra cuestión importante y de la máxima actualidad se refiere a la enseñanza de la Psiquiatría

como especialidad médica, (nuevo programa de formación de la especialidad de Psiquiatría (Programa MIR) (21). En un foro sobre educación que tuvo lugar en el marco del reciente XIII Congreso Nacional de Psiquiatría, los participantes mostraron su acuerdo con la incorporación de la Universidad española a los acuerdos de Bolonia; se señaló que supone un reto importante y una oportunidad única para mejorar la calidad de la enseñanza en el país. La creación del Espacio Europeo de Enseñanza Superior que permitirá la movilidad de la comunidad universitaria y de los trabajadores en el continente fue también un aspecto muy bien valorado en el debate (22).

La Psiquiatría debe considerarse como una especialidad médica básica y poseedora de una troncalidad específica (21). Recientemente se ha aprobado la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, de tal forma que la psiquiatría como especialidad troncal tiene ya una rama y diversas áreas de formación preferente, (psicoterapias, adicciones, psicogeriatría, investigación, salud mental, gestión clínica, psiquiatría legal, etc.), además de un objetivo claro que no es otro que el estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales incluidos en el Capítulo V (F) de la CIE-10 (23).

La troncalidad se define como el periodo formativo común de un grupo de especialidades en Ciencias de la Salud, que se establece en base a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, compartidos por todas aquellas que conforman el tronco. La duración mínima del periodo troncal es de dos años. La troncalidad se basa en la necesidad de una atención integral, de calidad y con seguridad para los pacientes, a través de una labor de equipo más eficaz, con un enfoque multidisciplinario y con itinerarios formativos más flexibles, adaptados para satisfacer las necesidades de desarrollo de los profesionales y las necesidades del Sistema Nacional de Salud. La reforma de la formación sanitaria especializada a través de la troncalidad pretende dotar al futuro especialista de una base competencial más amplia que le permita una mayor versatilidad y pluralidad en su formación nuclear. A este respecto, pensamos que aunque la psiquiatría presenta raíces comunes con otras disciplinas sanitarias, ello no justifica en modo alguno su adscripción a un tronco médico común ni pueda aceptarse una formación médica común a otras especialidades, entre otras cosas, por la imposibilidad material de cumplimentar un programa formativo que garantice una competencia profesional en la materia.

Actualmente ya es un problema el poder asumir la ingente cantidad de conocimientos específicamente relacionados con la Psiquiatría como para considerar extender la formación básica en Medicina más allá de lo razonable.

Los nuevos planes de estudio de Medicina garantizan cursos rotatorios durante, al menos, el último año de la carrera, con pruebas de evaluación prácticas finales, que vienen a mejorar precisamente la formación práctica de los estudiantes en Medicina General. Podríamos decir que los estudios de pregrado de Medicina se encaminan, afortunadamente, desde el “saber” al “saber hacer” y ello beneficia de forma clara la formación médica de los futuros psiquiatras, que además se verá reforzada por las rotaciones preceptivas actualmente existentes en Medicina Interna, Urgencias de Medicina y Neurología.

Por otro lado, la Psiquiatría opera contemplando las variables biopsicosociales de los trastornos mentales, basando sus intervenciones en la observación clínica y en la investigación científica. Utiliza una amplia gama de intervenciones técnicas. Entre sus campos de actuación se encuentran la Psiquiatría Clínica, la Medicina Psicológica, Medicina Psicosomática, Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, la Salud Mental Comunitaria, la Política, Administración y Gestión Sanitaria, la Psiquiatría Legal, etc. Se sabe que los objetivos de la formación de un especialista en Psiquiatría incluyen la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan cumplir las funciones que ha de asumir en la sociedad actual; conocimientos clínicos, en investigación, en comunicación, en promoción de la salud, en gestión y en ética de la profesión; y habilidades como médico experto, capacitado para asumir responsabilidades de diagnóstico y tratamiento, para establecer una relación médico-enfermo adecuada, para integrarse en equipos multidisciplinares, para trabajar en una organización sanitaria y docente, para optimizar la asistencia y la formación continuada, etc. Además deberá estar capacitado para influir en políticas sanitarias y sociales, para evaluar críticamente la información médica y para contribuir al aprendizaje y formación de otros profesionales y al desarrollo de nuevos conocimientos. Entre las actitudes más importantes que debe adquirir un especialista en psiquiatría están la de proteger los derechos de los pacientes, respetar a grupos sociales sensibles, preocuparse por la salud pública, etc.

Para cumplir estos objetivos la formación debe diseñarse en periodos que contengan rotaciones

específicas y comunes a todos los psiquiatras en formación y contenidos específicos (Medicina General / Neurología, hospitalización breve, psiquiatría comunitaria, rehabilitación, psicosomática y de enlace, adicciones), además de un programa específico en Psiquiatría Infantil, para aquellos que opten por esta nueva especialidad. De la misma manera, debe contemplarse el arbitraje de programas longitudinales de formación (Psicoterapia, Urgencias, Investigación).

Cuatro años de formación no parece ser un periodo de tiempo suficiente para alcanzar tales objetivos y, en ese sentido, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría solicitó en su día, sin éxito, el aumento del periodo formativo a cinco años, con la idea de garantizar una mejor formación en las denominadas áreas de conocimientos específicos (ACEs).

Aspectos no menos interesantes relativos al programa de formación de Psiquiatría, son aquellos que se refieren a la creación de Unidades Docentes Multiprofesionales, que incluyan a los MIR, PIR y EIR, es decir, psiquiatras, psicólogos y enfermeras psiquiátricas. Al parecer las unidades que ya estén funcionando podrán seguir como hasta ahora, pero las Unidades de nueva creación tendrían que considerar el conjunto de profesiones. Ello suscita un amplio debate acerca de la forma de organización de estas Unidades y cómo pueden armonizarse las competencias de cada profesión.

La Comisión Nacional de Psiquiatría es de la opinión que para una mejor formación en la especialidad debe contemplarse la ampliación de la formación MIR a cinco años, basándose en que en muchos países de Europa ya la tienen, que la población requiere, cada vez más una atención diversificada que ha llevado a la creación de dispositivos cada vez más especializados. Por otro lado, el desarrollo de las neurociencias (Genética, Biología Molecular, Bioquímica, Neuroimagenología Cerebral, Neuropsicología, entre otras), y su necesaria aplicación al campo de la Psiquiatría se han ampliado notablemente y, dada la complejidad de su información, requieren una formación más específica y exhaustiva.

La Comisión también considera que la evaluación es útil tanto para el residente, como para las Unidades Docentes y para sí misma. La evaluación ha de ser continuada a lo largo del período de formación y efectuada por la(s) persona(s) que están en contacto directo con el residente. Se desaconseja el examen final. Deberían valorarse tanto los contenidos teóricos de la

formación como los aspectos cuantitativos (número de guardias, número de pacientes visitados, etc.), así como aspectos cualitativos (cursos de formación, publicaciones, etc.). La base de la evaluación debería ser un *Libro Blanco del Residente*, si bien se debería incorporar criterios objetivos de valoración de la calidad a través de sistemas acreditados. Y, obviamente, la metodología docente deberá basarse en una equilibrada formación teórico-práctica.

CONCLUSIONES

Sobre la base de una formación multidisciplinaria que reconozca a la psiquiatría como una especialidad médica sin que por ello se caiga en un reduccionismo biológico empobrecedor, se reconoce que en España se han venido dando pasos importantes, a punto de partida de una reforma de la educación médica impulsada por el llamado Acuerdo de Bolonia. Se ha hecho claro que los aspectos curriculares, metodológicos y financieros son extremadamente importantes y que la participación de escuelas de medicina, organizaciones profesionales, otros centros académicos y los propios especialistas y estudiantes o psiquiatras en entrenamiento, es esencial. La Comisión Nacional de Psiquiatría es a la vez foro deliberativo y agencia instrumental y operativa de estos cambios que incluyen contenido temático, duración del adiestramiento teórico-práctico integral y formas modernas de valoración. Hay una “mirada europea” en la realidad española actual en este campo que, a su vez, no pierde de vista las bases socio-ambientales de la psiquiatría y su vinculación con una serie de otras disciplinas médicas con diversos grados de complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior. Declaración de Bolonia. Bolonia, Italia: Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior; 19 de junio de 1999. (Citado el 20 de marzo del 2013) Disponible en: http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf
2. Parlamento Europeo; Consejo Europeo. Directiva 2021 [1]. 12 2004; 13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004. Posición Común aprobada por el Consejo Europeo 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 (Bruselas, 07/03/2002. COM (2002) 119 final; 2002/0061 COD). Bruselas: Parlamento Europeo; Consejo Europeo; 2004.
3. Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach*. 2002; 24(2):130-5.
4. Carreras J. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (III). Legislación Universitaria Española (a): de la Ley de Ordenación de la Universidad Española (1943) a la Ley de Reforma Universitaria (1983). *Educ Med*. 2003; 6(1): 3-25.
5. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. RD 1125/2003, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el terreno nacional. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 18 de septiembre del 2003.
6. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 25 de enero del 2005.
7. Ministerio de Educación. Gobierno Español. El Crédito Europeo y el Sistema Educativo Español. Informe Técnico Madrid, 28 de octubre de 2002.
8. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990; 65 (S9): S63-67.
9. Kane MT. The assessment of professional competence. *Eval Health Prof*. 1992; 15: 163-182.
10. Presidente del Gobierno Español. Ley 44203, de 21 de noviembre, de ordenación de las Profesiones sanitarias. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 22 de noviembre de 2003.
11. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 15 de febrero del 2008.
12. Martínez JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). *Educ Med*. 2005; 8: 18-22.
13. Martínez Carretero JM, Blay C, et al. Clinical Skills Assessment: A strategy for improving undergraduate and postgraduate medical education in Catalonia (Spain). Philadelphia: Proceedings of the 8th. Ottawa Conference on Medical Education; July 1998.
14. Kronfly E, Gracia L, Blay C, et al. Competences assessment at medical schools in Catalonia (Spain), 2001. Ottawa: Proceedings of the 10th. Ottawa Conference on Medical Education; March 2002.

15. Kronfly E, Viñeta M, Majó J, et al. Clinical Skills Assessment at Medical Schools in Catalonia (Spain) in the year 2003. Barcelona: Proceedings of the 11th. Ottawa Conference on Medical Education; July 2004.
16. Kronfly E, Gracia L, Majó J, et al. Competences assessment at medical schools in Catalonia (Spain), 2001. Lisbon: Proceedings of the Association for Medical Education in Europe (AMEE) Conference. Lisbon; 2002.
17. Martínez JM, Blay C, Kronfly E, et al. From knowledge-based to reflective learning in health care education: Catalonia 1993-2002. Lisbon: Proceedings of the AMEE. Conference; 2002.
18. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; Conferencia de Rectores Universidades Españolas. Documento para adaptar el Sistema Universitario Español al Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 14 de diciembre de 2000.
19. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. El crédito europeo y el sistema educativo español. Informe Técnico. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 28 de octubre de 2002.
20. Gomez JJI. El Proceso de Bolonia. El Mundo, 19 de octubre de 2010.
21. RD 183/2008, de 8 de febrero. Nuevo programa de formación de la especialidad de Psiquiatría (Programa MIR). Boletín Oficial del Estado, 16 de septiembre de 2008.
22. Gutiérrez F. Foros de debate sobre educación. Sevilla: XIII Congreso Nacional de Psiquiatría; 2006.
23. Organización Mundial de la Salud. Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.

Recibido: 11/04/2013

Aceptado: 05/06/2013