

Fecha de entrada: 26-06-2012
Fecha de aceptación:14-09-2012

Entrevista a Ramón Brugada Terradellas: la enseñanza de la medicina como opción de vida.

Michel ZabalzaCerdeiriña
Marian Lorente Gascón
Universitat Internacional de Catalunya



Dr. Ramón BrugadaTerradellas

El Dr. Ramón BrugadaTarradellas es, en la actualidad, decano de la Facultad de Medicina de la Universitat de Girona. En el ámbito profesional, es especialista en Cardiología y Genética cardiovascular. Director del Centro de Genética Cardiovascular del Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IDIBGI). Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña

No le faltan títulos profesionales al profesor Brugada. Ni tampoco prestigio, incluido el internacional, fundamentado en su dilatada experiencia profesional médica. Pero, quizás, su mejor característica es que ha vivido la Medicina en diversos contextos y desde posiciones muy diferentes. A ella ha dedicado todos sus esfuerzos. Con la peculiaridad de que ha sido capaz de integrar de forma exitosa las 4 grandes dimensiones de este campo profesional: la investigación, la docencia, la práctica clínica y la gestión académica como iniciador y decano de la Facultad de Medicina de la Universitat de Girona.

I. Biografía

P. ¿Por qué decidió estudiar Medicina, Dr. Brugada?

R. La verdad es que no tuve opción. Fue una decisión familiar ya que mis dos hermanos mayores habían estudiado medicina y mi madre no me dio opción a elegir, me decía: *tú tienes que ser médico y punto*. Además en mi casa sólo se hablaba de Medicina.

P. ¿Y especializarse en Cardiología?

R. También resultó una decisión familiar ya que mis hermanos eran cardiólogos, tenían mucho éxito y no me planteé otra especialidad.

P. ¿Cómo acabó en Canadá?

R. Fue la culminación de todo un proceso que comenzó en el año 1992 cuando comencé a estudiar medicina interna en la Universidad de Emory, Atlanta. Posteriormente me trasladé a Houston para especializarme en Cardiología, donde estuve 7 años como profesor. Después decidí concentrar más esfuerzos en la investigación y me fui al estado de Nueva York donde estuve durante tres años en un centro de investigación a la vez que realizaba actividad privada como cardiólogo. Y finalmente me surgió la posibilidad de ir a Canadá, al Montreal HeartInstitute, a montar el centro clínico de genética cardiovascular con el reto de aplicar los datos de la investigación a la práctica clínica.

COMENTARIO 1¹: Resulta muy interesante esta visión globalizadora e internacional de la formación. Es cierto que requiere de recursos económicos especiales, lo que limita su generalización. Pero precisa, igualmente, de una actitud, una visión de la vida y de la profesión, un compromiso con la formación que lleva a quienes las poseen a buscar, a arriesgarse, a querer beber de las mejores fuentes a su disposición. Las exigencias

¹ Los comentarios pertenecen a los autores, no al entrevistado. Los entrecorillados no representan citas textuales de nadie; reflejan algunas ideas vigentes y/o posibles respuestas que podríamos recibir si le planteáramos a alguien las cuestiones que aborda el comentario.

económicas puede complementarse, a veces, con becas, pero la actitud abierta al desplazamiento, al riesgo de lo desconocido, la búsqueda de la mejor formación es algo que deberían potenciar las Facultades de Medicina. En algunas ocasiones, sin embargo se hace todo lo contrario. A veces por prepotencia: *“nosotros no salimos fuera, son otros lo que vienen a nuestros hospitales”*; otras veces, por una estrategia mal concebida: *“si sales fuera te va a ser muy difícil regresar a este puesto”*; o por una incorrecta priorización de la fidelidad y la endogamia sobre el mérito: *“resulta difícil que entre alguien de fuera por muchos méritos que tenga; casi siempre se prefiere a los que han quedado aquí”*.

II. Docencia e investigación

P. ¿Desde cuándo se dedica a la docencia universitaria?

R. Empecé formando a estudiantes de medicina cuando era residente. Posteriormente, a partir del año 2000, cuando ya era cardiólogo, comencé a impartir algunas clases teóricas pero sobre todo realizaba docencia a través de la práctica clínica con los residentes. En las universidades americanas y canadienses hay clases teóricas pero lo más habitual es que los profesores se dediquen a la docencia clínica y a la investigación.

COMENTARIO 2: Esta situación es muy frecuente en las personas que, finalmente, acaban dedicándose a la docencia: comienzan a ejercer tareas de apoyo a compañeros mientras son estudiantes o están en prácticas. Poco a poco se va consolidando en ellos esa disponibilidad al apoyo y el gusto por enseñar. Así se construye la vocación docente. Muchos profesores de largo recorrido y alto prestigio como docente comentan que sus inicios fueron así.

P. ¿Le resulta fácil compaginar docencia, práctica clínica e investigación?

R. Me resulta muy difícil. Como decano invierto mucho tiempo en la Facultad por lo que realizo poca docencia. En cuanto a la práctica clínica también se ve afectada aunque en menor medida. Lo que más sufre, sin duda, es la investigación, que siempre es la última, la más sacrificada y he de buscar tiempo para ir al laboratorio por las noches o incluso los fines de semana.

COMENTARIO 3: La situación del Dr. Brugada es bastante particular. Ya resulta complicado el compaginar equilibradamente docencia e investigación. Aún lo es más cuando ambas cosas, como sucede en el caso de la Medicina, hay que combinarlos con la práctica clínica. Si añadimos a todo ello, la gestión académica, la búsqueda de equilibrio resulta simplemente imposible. No es extraño que considere que en sus actuales funciones se ve obligado a sacrificar la investigación. No es el primer decano de Medicina que vive inquieto esta disociación.

III. Clases y estudiantes

P. ¿Cómo prepara las clases y con qué materiales?

R. Depende, si se trata de un taller práctico con libros y casos clínicos. Si es un ABP (aprendizaje basado en problemas) lo preparo pensando en la tutorización del problema concreto que se va a plantear. Lo fundamental es guiar al estudiante de forma que vaya cumpliendo con sus objetivos y mejorando sus habilidades.

P. ¿El alumno de que materiales dispone?

R. El alumno dispone de todos los materiales posibles actualmente: libros, revistas y sobretodo herramientas digitales. Hemos de cambiar el chip y asumir que la docencia no se trata de dar una clase expositiva sino que consiste en una investigación y un aprendizaje dirigido por el alumno, a través de la infinidad de herramientas que tiene a su disposición, en la palma de su mano, en su móvil. La información está disponible en cualquier momento y en cualquier situación. Y el objetivo es desgranar la información importante de la superflua ya que la medicina en seis años no se puede aprender. Le pongo un ejemplo: hay descritas 5000 enfermedades raras, si las quisiéramos abarcar todas durante la carrera, equivaldría a estudiar cinco enfermedades raras por día cada día lectivo con lo que enseñaríamos todas las enfermedades raras pero ninguna enfermedad común; un despropósito. No se trata de aprender a memorizar sino a investigar y buscar aquello que no saben y esto es de lo que nos tenemos que encargar los docentes.

COMENTARIO 4:Interesante comentario que sitúa la enseñanza de la Medicina más allá de los modelos convencionales de la lección magistral, el estudio sobre manuales y la memorización de sus contenidos. Dos aspectos merecen ser destacados:

- Siendo infinita la información médica disponible (tanto para estudiantes como para profesionales), un aprendizaje básico a realizar es saber discriminar entre lo esencial y lo superfluo.
- Aprender, en la carrera de Medicina, es investigar, es aprender aquello que no se sabe hasta lograr una visión actual y fundamentada del problema en estudio. Por eso el “método de proyectos”, que han adoptado en la Facultad de Girona, resulta rico y estimulante.

Ambas cosas constituirán el procedimiento habitual de su trabajo como profesionales de la Medicina. Bueno es que comiencen a practicarlo desde la Facultad.

P. ¿Porque se decidieron por el ABP y qué aporta esa metodología a la enseñanza de la Medicina?

R. Creo que el concepto de clase expositiva está acabado, que un profesor venga a clase a recitar un capítulo de texto parece del siglo pasado. En cambio el ABP es un sistema de aprendizaje mucho más autodirigido, en el cual el estudiante parte de la base de problemas y no de aprender y memorizar un temario concreto de la A a la Z. Estamos hablando de la participación del estudiante en el desarrollo del caso, cómo manejaría el problema, cómo lo investiga, cómo desarrolla su propio aprendizaje a partir de situaciones mucho más próximas a la realidad de la medicina. No es simplemente el capítulo del libro sino algo mucho más próximo al día a día desde el punto de vista asistencial.

P. ¿Qué resultados académicos han obtenido en estos 4 años?

R. Es difícil hacer una valoración porque aún no tenemos médicos egresados con este sistema, pero lo que nos está sorprendiendo es la capacidad de los estudiantes para solucionar los problemas planteados, los detalles, el uso de herramientas digitales para solventar sus dudas. También la capacidad de acercarse al paciente, a tratar con él, a hablar con él. A los que hemos estudiado una *medicina clásica* el paciente nos daba miedo por así decirlo, en cambio estos estudiantes son capaces de manejar esta situación mejor y de forma mucho más independiente.

P. ¿Como salen de preparados nuestros estudiantes respecto a sus colegas canadienses?

R. Creo que salen igual de bien preparados, sobre todo en los centros en que se practica el ABP. Yo he dado clase a estudiantes de muchos países porque en verano venían estudiantes de muchos lugares del mundo a hacer prácticas a Estados Unidos y Canadá y lo que veía es que el estudiante que venía de un sistema de ABP era muy autónomo, no se pegaba a ti. Un estudiante de cuarto de carrera era capaz de ir a urgencias a valorar un paciente y después discutirlo con el profesor. Y a mi me daba la impresión de que eran estudiantes más independientes y más capaces.

P. ¿Cómo ha calado este modelo en el resto de la comunidad universitaria?

R. Es un sistema que requiere la participación de muchos profesores, aulas con diez alumnos y un tutor por aula; requiere un proceso de adaptación a grupos pequeños que puede ser visto diferente desde otras facultades por el hecho de que no pueden disponer de estos profesores. Y comparado con otras facultades de medicina nos dicen que este sistema está mejor gestionado y es más barato, yo no tengo los números y no puedo opinar de esto, pero sí puedo asegurar que funcionamos muy bien y que los estudiantes están muy contentos. Tenemos previsión que algunos estudiantes vayan a estudiar al extranjero y han pedido que alguno de los grupos realice las asignaturas en inglés y que haga la carrera completamente en inglés. Lo hemos planteando y nos hemos encontrado que hay más de 60 estudiantes interesados.

COMENTARIO 5: Efectivamente, la modalidad ABP (Aprendizaje basado en problemas) es una metodología muy extendida en las Facultades de Medicina. Y Canadá, donde ha pasado bastantes años el Dr. Brugada, es una buena muestra de ese compromiso de la formación médica con las metodologías activas. El interés de su aportación es que, con frecuencia, nuestros decanos excusan su interés por este tipo de metodologías señalando que puede que en otros lugares funcionen, pero que aquí todo es distinto: resulta muy caro, no tenemos recursos, no tenemos tradición, no tenemos profesorado preparado. Pero sobre todo, lo que suele alegarse es que no confiamos en que se aprenda lo suficiente porque se pierde mucho tiempo en discusiones y procedimientos. Satisface saber que no tiene por qué ser así, que cuando se ponen los medios, incluso en situaciones menos favorables, estos avances didácticos también son posibles en nuestros países.

IV. Diseñar una facultad de medicina

P. ¿Qué le convenció del proyecto universitario de Girona?

R. Un comentario que me ha hecho hoy una profesora: *los estudiantes de tercero de medicina son mejores que los residentes de primer año*. Esto me dice que vamos por el buen camino, que estamos formando bien a los futuros profesionales, que son muy autónomos y que tienen capacidad para asumir retos y solucionar cualquier duda de forma independiente sin necesidad que alguien se lo explique. Esto es lo que hemos conseguido con el método de ABP, los alumnos se espabilan más, son más rápidos pensando y buscando las soluciones a sus problemas. El proyecto en Medicina lo hemos enfocado no a que aprueben una carrera, sino a conseguir que sean buenos profesionales. Aunque, como a todos los estudiantes a ellos también les interesan mucho las notas, a nosotros no nos preocupa que aprueben la carrera en sí, porque con la estadística en la mano sabemos que el 99% de los estudiantes de medicina acabarán siendo médicos. Con lo cual lo que tenemos que hacer los docentes es asegurarnos de que sean buenos. En la Facultad de Medicina de Girona hemos montado un proyecto diferente, que dista mucho de la clase expositiva y enciclopedista; al contrario, se basa en el aprendizaje autodirigido garantizando unos objetivos y unas habilidades. Uno de los proyectos que estamos desarrollando en estos momentos es el de los objetivos. Esto implicará que al estudiante de primer curso, su primer día de Facultad, se le dará un libro con todas las habilidades que tendrá que desarrollar en los años siguientes y en las que deberá ser experto cuando llegue el día que se gradúe. Por tanto en sexto curso aquellas habilidades que no controle se le habrán de machacar hasta que las domine, no para aprobar sino porque las tendrá que controlar porque será médico y las tendrá que utilizar. Este es nuestro planteamiento, no preocuparnos tanto por la nota sino por lo que han de aprender.

COMENTARIO 6:El profesor y decano Brugada plantea aquí una excelente visión de su idea de lo que la universidad debería ser. El dilema entre saber y aprobar; entre aprender Medicina o prepararse para superar el examen MIR es una pesada espada de Damocles que amenaza constantemente los diseños curriculares de las Facultades de Medicina. Salir de ese círculo vicioso no resulta fácil. Requiere tener ideas claras y suficiente autoridad como ir transformando la cultura institucional.

P. ¿En qué ha invertido más esfuerzo durante el desarrollo de este proyecto?

R. En infraestructuras. Teníamos presupuesto para profesores, para el funcionamiento de los organismos administrativos como el decanato, dinero para fotocopias, pero no teníamos dinero para material docente. En Junio de 2008 yo pedí dinero para carteles para numerar las aulas que costaban 700 euros y me dijeron que no había un euro. Ahí se nos planteó un gran dilema, teníamos que buscar y generar dinero a través de nuestros proyectos. Y esto requería disponer de unas infraestructuras de primera calidad. Tenemos una sala de disección de primera calidad, con profesionales de primera línea en la que se hace plastinación con lo que podemos garantizar proyectos con técnicas muy sofisticadas. Tenemos una biblioteca de primer nivel con todo el material docente y digital necesario que hemos abierto a la sociedad. Hemos iniciado el proyecto de donación del cuerpo a la ciencia también abierto a la ciudadanía. Recientemente hemos inaugurado el centro de habilidades clínicas con materiales de primera calidad para estudiantes de ciencias de la salud, residentes de medicina y profesionales que quieran hacer formación continuada. Y ahora estamos centrando esfuerzos en el último y cuarto de estos proyectos que es una red de videostreaming y videoinformática que permita comunicar los centros docentes con los hospitales y así desarrollar una vía de externalización del conocimiento de la Facultad a través de sus profesores ya sea a nivel de la sociedad en general, como a nivel profesional para congresos y eventos de diferentes especialidades. Toda esta infraestructura ha costado mucho esfuerzo y tiempo pero creo que hemos conseguido una facultad de primer nivel.

P. ¿Alguna decepción en la creación de esta facultad?

R. Pensábamos que tendríamos un hospital nuevo y que los estudiantes de la primera promoción podrían graduarse en el hospital nuevo, pero el proyecto se ha ido retrasando continuamente hasta casi pararse. Y esto implica que la creación de una nueva facultad, vinculada al nuevo hospital, también se ha visto invernada. Sin embargo hemos hecho reformas en nuestra facultad y hemos conseguido un edificio con muy buena calidad de infraestructuras y recursos en la que estamos muy bien instalados.

V. Bolonia

P. ¿Qué ha aportado el plan Bolonia a los estudios de Medicina?

R. El plan Bolonia nos pide una homogeneización de los estudios y una valoración de los créditos bajo el criterio del volumen de trabajo del estudiante, computando tanto el trabajo que implica asistencia a clase como el trabajo que realiza fuera de clase. Cada crédito son 25 horas de trabajo y el estudiante debe trabajar 40 horas semanales por lo que nos tenemos que plantear qué tiene que aprender el estudiante en estas 40 horas. De esta forma, se racionaliza un poco todo y se constata que no se puede aprender todo en los años de la carrera. Siendo así, nuestro compromiso es dar a los estudiantes las herramientas necesarias para que sepan buscar aquello que no va a dar tiempo a explicar-aprender. Esto es lo importante, ya que la medicina es inabarcable y el estudiante acabaría agotado con tanta información. Y esto es lo que nos ha dado el plan Bolonia, la racionalización del aprendizaje.

P. ¿De que forma se ha adaptado la carrera de Medicina al plan Bolonia?

R. Hemos partido de la base que los estudiantes tienen que cumplir los objetivos de aprendizaje en 40 horas a la semana y que, durante ese tiempo, debe haber una combinación de ABP, clases magistrales, seminarios, talleres y prácticas clínicas manteniendo la premisa de no sobrecargar al estudiante ya que ha de tener tiempo para integrar conocimiento y estudiar.

COMENTARIO 7: Aunque no corren buenos tiempos para Bolonia, la visión del profesor Brugada no es negativa. Más bien al contrario, entiende el proceso como una opción por ir racionalizando las demandas de aprendizaje a los estudiantes. Destaca en su respuesta algo que tiene que ver con la nueva función que está llamada a desempeñar la universidad en este marco global del *lifelong learning*: su compromiso no es enseñarlo todo (lo que hipertrofia hasta el absurdo los programas) sino dotar a los estudiantes de las herramientas que les permitan ir aprendiendo por su cuenta. Ese equipamiento les será útil tanto en los años universitarios (para ir ampliando aquellos contenidos en los que deseen profundizar) como durante su vida profesional (para mantener actualizado a través de un proceso de formación permanente).

P. ¿Considera que los actuales planes de estudio de las carreras sanitarias se adaptan a la práctica laboral?

R. Creo que los planes de estudios clásicos no se adaptan, pero el plan Bolonia y el ABP sí. Es lo que hemos pretendido en nuestro proyecto universitario, adaptarnos a las necesidades asistenciales. Que cuando el estudiante salga de la Facultad y pase a ser residente sea capaz de hacer una buena anamnesis, una historia clínica, una exploración física y una valoración completa del paciente de forma autónoma. En los años 80 ya se planteaba que los estudios de medicina se habían enfocado a incorporar conocimiento sin tener en cuenta aspectos fundamentales como el trato y actitud ante

el paciente y las habilidades clínicas. Estos aspectos se habían olvidado y habían quedado relegados, simplemente, porque había tanto conocimiento teórico potencial que absorbía todo lo demás. En aquella época se planteó la necesidad de un reajuste en la formación pero no se pudieron cambiar los planes de estudio. Hoy en día sí se están cambiando para adaptarlos a la realidad laboral.

VI. El examen MIR y la residencia.

P. ¿Qué opinión le merece el examen MIR?

R. Está cambiando, pero es un examen que valora mucho más el conocimiento del detalle que la capacidad clínica de los candidatos. Esto me preocupa porque se da mayor importancia a aprender conceptos que el futuro médico no va a utilizar nunca más, que a aprender a valorar pacientes que es lo que hará cada día. Esto va cambiando y espero que cada vez se incida más sobre estos aspectos y menos en el hecho de recordar datos y detalles poco útiles.

P. ¿Que le parece el modelo de residente o formación sanitaria especializada?

R. Me parece un modelo correcto. Ahora se están replanteando aspectos como la troncalidad, es decir que todos los residentes realicen tres años comunes, con lo que estoy totalmente de acuerdo. Lo que me parece un error es que después tengan que escoger una especialidad dentro del mismo hospital donde están. Esto irá en detrimento de los hospitales pequeños ya que todos los residentes querrán hacer la troncalidad en los hospitales grandes donde habrá más especialidades a las que puedan optar. Creo que el sistema americano está muy bien desarrollado; allí uno hace la troncalidad de 3 años y posteriormente realiza entrevistas en los hospitales en los que desea hacer la especialidad sin limitarse al hospital en el cual está.

P. ¿Que le parece la supraespecialización a la que está derivando la Medicina?

R. Me parece que conduce a un camino en el cual finalmente se sabe mucho de muy poco y los médicos acabamos superespecializándonos en temas muy concretos. Por eso creo que hay que tener una buena formación troncal en medicina interna para establecer una buena base de conocimiento.

P. ¿Cómo ve el futuro de los estudios de medicina y hacia dónde deberían ir nuestras facultades para afrontar bien el futuro?

R. Creo que estamos formando muy buenos médicos. Quizá se está dando demasiada importancia a la información; más que a la formación, pero esto está cambiando. Nos debemos centrar en que nuestros estudiantes sean buenos profesionales y no que aprueben los exámenes. Y en el contexto socioeconómico actual de precariedad laboral, todavía es más importante ya que si son buenos profesionales podrán ir al

extranjero y ejercer su labor sin problemas. Seremos exportadores de buenos profesionales.

COMENTARIO 8: La satisfacción por el trabajo bien hecho no impide que se señalen puntos de mejora. La insistencia en la formación y el aprendizaje profundo frente al componente estratégico de contentarse con superar los exámenes, es uno de ellos. La internacionalización de las expectativas profesionales es otra. Su propia experiencia personal le ha permitido, sin duda, valorar positivamente esa posibilidad. Pero para que se haga efectiva deberían darse condiciones particulares en el propio proyecto formativo de la Facultad potenciando el bilingüismo, la internacionalización (en el desarrollo de proyectos, en los intercambios, en las prácticas, en el contacto permanente con colegas de otros países). Se precisa generar una nueva cultura entre los estudiantes.

P. ¿Que le argumentaría a un político que recorta en I+D+I?

R. Los políticos han de poner sobre la mesa lo que cobran, qué organizaciones públicas hay, qué hacen, qué proyectos desarrollan y que expliquen dónde se está invirtiendo el dinero público en la actualidad y con qué resultados. Y con todo ello veremos si vamos por el buen camino. Y, sobre todo, que los políticos se hagan responsables de las inversiones que realizan con dinero público. Los políticos, por el bien de sus hijos y el futuro del país, deben trabajar y pensar a largo plazo y no a cuatro años como hacen en la actualidad. Si se recorta en investigación y educación no seremos capaces de realizar una buena formación y no sé donde estaremos en un plazo de 20 o 30 años. Ésa es la gran pregunta, pero mi impresión es que iremos hacia el desastre absoluto.

Cita del artículo:

ZabalzaCerdeiriña, M. y Lorente Gascón, M. (2012). Entrevista a Ramón BrugadaTerradellas: la enseñanza de la medicina como opción de vida. Revista de Docencia Universitaria. REDU. Vol.10. Número especial dedicado a la *Docencia en Ciencias de la Salud*. Pp. 345-355 Recuperado el (fecha de consulta) en <http://redaberta.usc.es/redu>

Acerca del autor y autora



Michel Zabalza Cerdeiriña

Universitat Internacional de Catalunya

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Mail: zabalzaberaza@gmail.com

Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Aparato Digestivo y en Cardiología. Profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UIC.



Marian Lorente Gascón

Universitat Internacional de Catalunya

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Mail: mlorente@csc.uic.es

Licenciada en Medicina y Cirugía. Doctora en Fisiopatología Clínica. Especialista en Anatomía y Embriología humana. Postgrado en Formación del profesorado Universitario. Directora del Laboratorio de Anatomía Quirúrgica y funcional y profesora de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UIC.