

INVESTIGACIÓN

Acceso

abierto



Inclusión de la atención centrada en la persona en los planes de estudios de posgrado de medicina del Reino Unido: entrevistas y análisis documental

Heather L. Moore^{1*}, Rose Watson², Allison Farnworth³, Karen Giles⁴, David Tomson⁵ y Richard G. Thomson³

Resumen

Antecedentes La atención centrada en la persona (ACP) consiste en situar a las personas en el centro de la toma de decisiones sobre su atención sanitaria.

para garantizar que responde a sus necesidades, valores y circunstancias personales. La política y las directrices sanitarias promueven cada vez más la CPC, pero se sabe poco sobre cómo se integra en la formación médica de posgrado. El objetivo de esta investigación era comprender cómo se integra la CPC en la formación médica de posgrado en el Reino Unido y explorar los factores que influyen en la inclusión de la CPC en el contenido de los planes de estudio.

Métodos Para explorar esta cuestión, entrevistamos a profesionales de alto nivel con funciones clave en los planes de estudios de cuatro Reales Colegios del Reino Unido (psiquiatras, médicos, cirujanos y médicos de familia) y utilizamos un análisis marco de las entrevistas y los documentos pertinentes de los planes de estudios para identificar temas.

Resultados La legislación y la orientación profesional/educativa influyeron en la inclusión. Las definiciones y la terminología de los PCC diferían y su ubicación en los planes de estudios era variable. Los Royal Colleges definieron el plan de estudios y proporcionaron formación para garantizar la competencia, pero los decanatos locales aplicaron el plan de estudios de forma independiente. La participación de los formadores fue mayor que la de los estudiantes. La garantía de calidad se centró más en los comentarios de los formadores y los alumnos que en las opiniones de los estudiantes. que los pacientes, y la participación de los pacientes y el público en el desarrollo de los planes de estudios, la enseñanza y la evaluación fue limitada.

Conclusiones Es necesaria la colaboración interinstitucional para desarrollar un marco de competencias para los TCP que defina las habilidades y el nivel de competencia necesarios en los distintos momentos de la formación, con claridad en torno a las diferencias entre los distintos niveles.

Las diferencias entre los requisitos de grado y postgrado. Una mayor auditoría y garantía de calidad de los programas ayudaría a identificar las prácticas de éxito para compartirlas dentro y entre los Royal Colleges, al tiempo que se mantiene la flexibilidad de la oferta local. La participación de los pacientes y el público en esta labor no puede sino reforzar la oferta.

Palabras clave Atención centrada en la persona, Formación de postgrado, Plan de estudios, Medicina

*Correspondencia:

Heather L. Moore

heather.moore@newcastle.ac.uk

La lista completa de los autores figura al final del artículo.



© Autor(es) 2023. **Acceso abierto** Este artículo está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional, que permite su uso, intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre que se cite debidamente al autor o autores originales y la fuente, se facilite un enlace a la licencia Creative Commons y se indique si se han realizado cambios. Las imágenes u otro material de terceros en este artículo están incluidos en la licencia Creative Commons del artículo, a menos que se indique lo contrario en una línea de crédito al material. Si el material no está incluido en la licencia Creative Commons del artículo y su uso previsto no está permitido por la normativa legal o excede el uso permitido, deberá obtener permiso directamente del titular de los derechos de autor. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. La renuncia a la Dedicación al Dominio Público de Creative Commons (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) se aplica a los datos disponibles en este artículo, a menos que se indique lo contrario en una línea de crédito a los datos.

Introducción

La atención centrada en la persona (ACP) es un concepto bien reconocido en la atención sanitaria contemporánea que implica situar a las personas en el centro de la toma de decisiones sanitarias para garantizar que satisfacen sus necesidades, valores y circunstancias personales [1-5]. La CPC incorpora estrategias como la toma de decisiones compartida (TDC), la autogestión asistida y la planificación personalizada de los cuidados. Se ha demostrado internacionalmente, y a través de una serie de intervenciones y resultados medidos, que la CPC tiene múltiples efectos positivos. La adopción de un enfoque de CPC en la prestación de asistencia sanitaria se ha asociado a una mejora de los resultados sanitarios, un mejor conocimiento y comprensión del riesgo, una participación más activa en la toma de decisiones y unas decisiones más acordes con los valores del paciente, un mayor cumplimiento de las prácticas clínicas y la medicación recomendadas, y una reducción de las tasas de procedimientos electivos [6-9]. Además, se ha demostrado que la formación en GED para profesionales registrados tiene efectos tanto en el paciente como en los profesionales. Por ejemplo, se ha relacionado con la mejora de la satisfacción del paciente, la reducción de la ansiedad del paciente y la mejora de la adherencia al tratamiento [10, 11]. En el caso de los profesionales, se han observado mejoras en las habilidades de orientación profesional para la toma de decisiones (incluida la evaluación de las necesidades de decisión, como la información, la claridad de los valores, el apoyo, la fase y el momento de la decisión) [12], en la comunicación evaluada tanto por el observador como por el propio paciente [13] y en la implicación percibida de los pacientes en la toma de decisiones [14].

A pesar de ello, los datos sugieren que la aplicación de las prácticas de CCP en los centros sanitarios es variable y difícil [15, 16]. Por ejemplo, hay pocos datos sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a mejorar la adopción del Método de Días Fijos por parte de los profesionales sanitarios. Las intervenciones dirigidas tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes parecen ser las más prometedoras [16-19], pero la variabilidad en los resultados que evalúan el impacto de los programas de formación supone un reto a la hora de comparar la eficacia relativa de los programas entre los distintos estudios [20, 21].

Cada vez más, la educación y la formación en CCP han sido promovidas por organismos implicados en la política sanitaria y la orientación sobre la prestación (por ejemplo, [4, 22-25]). Un importante programa de implementación de la GDS (Making Good Decisions in Collaboration; MAGIC) destacó la importancia de integrar la CCP y la formación en microhabilidades de GDS en los currículos educativos para mejorar la aplicación de la CCP en la práctica diaria de los profesionales sanitarios [15]. Sin embargo, en la

actualidad se sabe muy poco sobre el grado de integración de la CPC en la formación médica de postgrado en el Reino Unido, un hecho que se complica por la independencia de los Royal Colleges en el desarrollo de su oferta formativa. Este trabajo se centra en la formación médica de posgrado en el Reino Unido, como parte de un análisis más amplio de las necesidades de formación (ANF) que también incluyó la formación de pregrado (según se informa en el informe de la Comisión Europea).

Moore et al. *BMC Medical Education* (2023) 23:757
por separado [26]). Nuestro objetivo era comprender
cómo está representada la CCP en los planes de
estudio de postgrado de los Royal Colleges del Reino
Unido, y explorar los factores que influyen en la
inclusión de la CCP en el contenido de los planes de
estudio.

Métodos

Los criterios de inclusión fueron los Royal Colleges médicos de Inglaterra. Se contactó por correo electrónico con cada uno de ellos para que participaran en la ENT y todos los Royal Colleges contactados aceptaron participar. Elegimos cuatro Royal Colleges médicos de Inglaterra como ejemplos en esta ENT: Psiquiatras (RCPsych); Médicos (RCP); Cirujanos (RCS); y Medicina General (RCGP). Se eligieron para ofrecer una gama de especialidades que cubrieran tanto la atención primaria como la secundaria, así como para incorporar elementos de subespecialidad, permitiendo la representación a través de una gama de Royal Colleges. Como paso preliminar, se llevó a cabo una rápida revisión de la literatura para recopilar definiciones de CCP e identificar temas de codificación del marco de trabajo [1-3, 23-25, 27-38]. Los elementos de la CPC generados a partir de este ejercicio incluyeron: planificación, coordinación, decisiones compartidas, alfabetización sanitaria, autogestión, comunicación e implicación.

A continuación, se utilizaron dos métodos para explorar el contenido de los planes de estudios de posgrado: (1) entrevistas telefónicas con informadores clave, y (2) análisis documental de los documentos curriculares.

Datos de la entrevista

Cada facultad identificó al informante más adecuado para participar en esta investigación, lo que dio como resultado un total de cuatro informantes (uno por facultad). Todos ellos eran profesionales de alto nivel con un papel de liderazgo en los planes de estudio de cada facultad (por ejemplo, directores médicos, decanos asociados, jefes de programa). Los elementos del CCP identificados en la revisión rápida de la bibliografía guiaron el desarrollo de las preguntas abiertas y las indicaciones preestablecidas para el cuestionario [39]. Las preguntas se centraron en la inclusión de la CCP, las influencias en el plan de estudios, las barreras y los facilitadores de la inclusión, la garantía de calidad y la participación de pacientes y público (véase el programa en [el Apéndice](#)). El investigador y el entrevistado se pusieron en contacto antes de la entrevista para concertarla, pero por lo demás no se conocían. Todas las entrevistas se realizaron por teléfono, con la presencia exclusiva del investigador (AF o KG) y el entrevistado, y se grabaron en audio con el consentimiento informado del entrevistado (excepto una grabación fallida en la que el investigador tomó notas contemporáneas). Las entrevistas duraron aproximadamente 1 hora. Ambos entrevistados eran mujeres, tenían formación en

enfermería (AF con un doctorado adicional en enfermería de los servicios sanitarios, KG con un máster adicional en gestión de servicios sanitarios) y trabajaban como investigadores en el momento del estudio. Las entrevistas se transcribieron literalmente y los

Las transcripciones, más las notas del entrevistador, constituyeron los datos para el análisis.

Documentos curriculares

Todos los Royal Colleges, salvo el RCGP, tienen un plan de estudios "básico" y otro "especializado"; el número de especialidades de cada Colegio varía (cuadro 1).

Los documentos del plan de estudios se obtuvieron de los sitios web de los Royal Colleges; se revisó el plan de estudios básico de cada Royal College y, además, un documento del plan de estudios de formación especializada de cada uno de los RCS y RCP (Tabla 2), con el fin de seguir el análisis en estos dos Colleges que tienen muchas subespecialidades. En el análisis documental se utilizó un marco de elementos de CCP identificados por la revisión rápida de la literatura.

Análisis

Se empleó un enfoque deductivo para trazar el plan de estudios y la práctica de acuerdo con las directrices del PCC. Se utilizó la versión 12 de Nvivo [48] para gestionar los datos de las entrevistas. Se analizaron todos los datos de las entrevistas disponibles. Los datos

se analizaron utilizando los principios del análisis de marcos [49] para organizar los datos en categorías predefinidas relativas a la inclusión de la CCP en el plan de estudios. Se diseñaron diferentes marcos a partir de la revisión rápida y se aplicaron a los análisis de las entrevistas y los currículos (véanse las tablas suplementarias 1 y 2), para comprender 1) cómo se aplican las orientaciones en los currículos y 2) cómo se aplican los currículos en la práctica. Durante el análisis de las entrevistas, se identificó un código adicional que se incorporó al marco analítico (Tabla suplementaria 1).

Dos investigadores analizaron los datos de forma independiente y se reunieron periódicamente para garantizar la coherencia en la codificación y resolver cualquier variación en la interpretación de los datos. Los antecedentes de AF se describen más arriba, y RW es sociólogo médico con un máster en investigación social. Las entrevistas y los análisis documentales se realizaron de forma independiente y, tras el análisis individual, se compararon los resultados para identificar temas emergentes comunes. Se identificaron ideas interrelacionadas y temas emergentes en los datos.

Cuadro 1 Asignación de tiempo a los planes de estudios básicos y especializados

	Básico/ContinuoFormación	EspecialidadFormación	Númerode especialidades
Real Colegio de Psiquiatras3 años3 años	8		
Royal College of Physicians2/3ª		años5/4ª años	33
Real Colegio de Cirujanos2 años4 años	10		
Real Colegio de Médicos Generales3 años			

ª El entrevistado indicó que la estructura de la formación iba a cambiar para incorporar un aumento del tiempo asignado a la formación "básica" y una disminución concomitante del tiempo dedicado a la formación especializada.

Cuadro 2 Documentos curriculares examinados

Royal College	Plan de estudios básico	Plan de estudios especializado
RCPsychReal	<p>Colegio de Psiquiatras (2013). A Competency Based Curriculum for Specialist Core Training in Psychiatry. Formación básica en Psiquiatría CT1-CT3 [40]</p> <p>RCPJoint Royal College of Physicians Training Board (2009). Speciality Training Curriculum for Core Medical Training [41].</p> <p>Comité Intercolegial para la Formación en ACCS (2012). Acute Care Common Stem Core Training Programme. Curriculum and Assessment system [43].</p> <p>RCSIntercollegiate Surgical Curriculum Programme (2015). Core Surgical Training [44].</p>	<p>Joint Royal College of Physicians Training Board (2010). Currículo de formación de la especialidad de Cardiología [42].</p> <p>Programa Intercolegial de Planes de Estudio de Cirugía (2014). Plan de estudios de cirugía cardiotorácica (y subespecialidad de cirugía cardíaca congénita) [45].</p>
RCGPRoyal	<p>College of General Practitioners (2016). The RCGP Curriculum: Core Curriculum Statement. 1.00: Ser médico general [46]</p> <p>Real Colegio de Médicos Generales (2016). The RCGP Curriculum: Módulos profesionales y clínicos en 2.01-3.21 Módulos curriculares [47].</p>	

Resultados

Durante el análisis integrado de las entrevistas y los documentos de los planes de estudios surgieron tres temas principales: (1) ¿Qué es la TPC?; (2) Factores que influyen en el desarrollo de los currículos de TPC; y (3) Impartición y evaluación de la TPC. Cada tema principal se dividió a su vez en temas secundarios (Fig. 1), que tratamos a continuación.

Tema 1: ¿Qué es el PCC?

Definición y descripción de la PCC

La referencia a la TPC durante las entrevistas y en los documentos curriculares fue a menudo general, con poca definición o descripción de lo que la TPC podría significar en la práctica (Tabla 3a y b), aunque el currículo del RCGP ofrecía una definición más completa (Tabla 3c). Sin embargo, los entrevistados tenían la sensación de que la CCP puede ser

un concepto más amplio, que incorpora, por ejemplo, modelos de asistencia sanitaria basados en la recuperación, la práctica reflexiva, la creación de relaciones terapéuticas, el holismo, la atención personalizada y la habilitación (Tabla 3d).

También cabe destacar que el término "atención centrada en el paciente", en lugar de "atención centrada en la persona", es el más utilizado en los documentos revisados.

Habilidades y atributos de un profesional centrado en la persona

La mayoría de los entrevistados resaltaron la importancia de las habilidades comunicativas para impartir muchos aspectos de la TPC (Tabla 4a). El análisis curricular también encontró una amplia gama de afirmaciones codificadas bajo comunicación. La comunicación, la asociación y el trabajo en equipo es uno de los cuatro dominios de la Buena Práctica Médica [50], un documento del Consejo General de Medicina (GMC) diseñado para apoyar el plan de estudios, al que se hace referencia en cada uno de los planes de estudios.

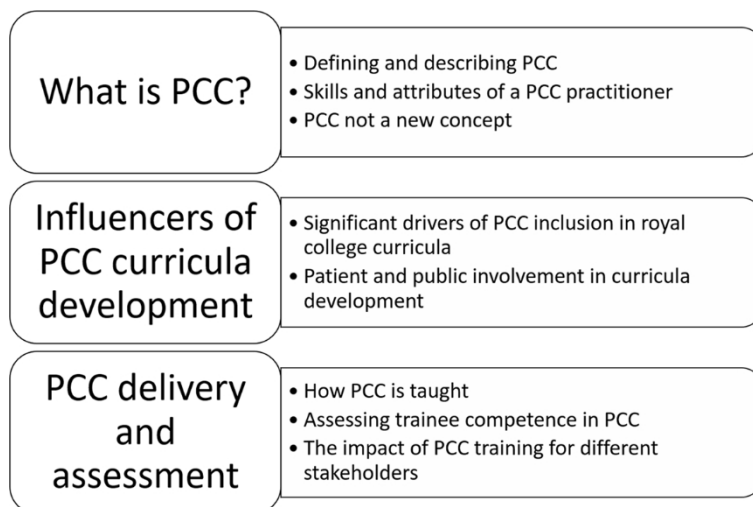


Fig. 1 Temas principales y secundarios resultantes del análisis integrador de las entrevistas y los documentos curriculares del Royal College.

Cuadro 3 Definiciones de CCP obtenidas de las entrevistas y los documentos de los planes de estudios

- a) "El paciente es el centro de la atención" (RCP)
- b) "Trabajar con las partes interesadas para crear y mantener un servicio centrado en el paciente", plan de estudios de cirugía cardiotorácica, Programa Intercolegial de Planes de Estudios Quirúrgicos (ISCP), 2014 [45]
- c) Definición de PCC del RCGP:
 1. Comprender el contexto más amplio de la consulta: esto significa percibir que el paciente es una persona; creer que el paciente enfermo no es una máquina averiada; y que la "salud" y la "enfermedad" son algo más que la presencia o ausencia de signos y síntomas. Una disposición constante, por tanto, a entrar en el "mundo vital" del paciente y a ver las cuestiones de salud y enfermedad desde la perspectiva del paciente, teniendo en cuenta las diferencias sociales, educativas y culturales.
 2. Reconocer que la medicina centrada en el paciente depende de la comprensión de la estructura de la consulta, en particular que las buenas consultas suelen asociarse a estilos y habilidades de consulta concretos. Sin embargo, las expectativas y preferencias de los pacientes variarán, por lo que, como médico centrado en el paciente, debe ser capaz de elegir entre una gama de estilos y habilidades.
 3. Comprometerse con una actitud ética y reflexiva que le permita comprender y supervisar su práctica, y desarrollarla en beneficio de sus pacientes.

El plan de estudios del RCGP: Módulos profesionales y clínicos, p5-6" [47]
- d) "La práctica reflexiva, hay algunas maneras diferentes de verlo, usted podría pensar en ello como una herramienta de auto-mejora, pero la práctica reflexiva también significa ser capaz de reflexionar en el, en el momento con el paciente, ya sabes" (RCPsych)

Tabla 4 Aptitudes y atributos propuestos para un profesional centrado en la persona

- a) Bueno, las habilidades profesionales se ajustan al programa de conocimientos y habilidades de la especialidad y cubren cosas como la comunicación con los pacientes, la comunicación con los colegas también, pero la comunicación con los pacientes, es decir, ser capaz de establecer una relación, escuchar activamente, responder con comprensión, comprobar la comprensión del paciente, implicar al paciente en su atención sanitaria, aprovechar las oportunidades para ayudar a los pacientes a cuidar de sí mismos, ese tipo de cosas...". El programa de competencias profesionales trata de ser un buen comunicador y, dentro de ese tipo de trabajo con los pacientes, creo que es el área principal" (RCS).
- b) Ámbito de la buena práctica médica relativo a la comunicación, la colaboración y el trabajo en equipo (50; p13):
1. Debe escuchar a los pacientes, tener en cuenta sus opiniones y responder honestamente a sus preguntas.
 2. Debe dar a los pacientes la información que quieren o necesitan saber de una forma que puedan entender. Debe asegurarse de que se toman medidas, siempre que sea posible, para satisfacer las necesidades lingüísticas y de comunicación de los pacientes.
 3. Debe tener en cuenta a las personas cercanas al paciente y ser sensible y receptivo a la hora de darles información y apoyo.
 4. Cuando esté de servicio, debe ser fácilmente accesible para los pacientes y compañeros que busquen información, consejo o apoyo.
- c) "la psiquiatría es, por su propia naturaleza, una especialidad en la que la empatía y el mensaje centrado en la persona forman parte de todo lo que hacemos" (RCPsych)
- d) "Como médico de familia, esto significa que debe <...> Demostrar un enfoque no crítico en su trato con pacientes, cuidadores, colegas y otras personas, respetando los derechos y la dignidad personal de los demás y valorando la diversidad" (46; p15).
- e) "no, no utiliza esas palabras [toma de decisiones compartida] y tal vez haya espacio para utilizar realmente esa frase en particular, <...> pero podría decir...".
- un comportamiento es "demostrar un enfoque integrador y centrado en el paciente, con respeto por la diversidad y los valores de pacientes, cuidadores y colegas". Ese es uno de los comportamientos que se esperan en este tema, así que probablemente hasta ahí llegue" (RCS).

documentos. Aquí se ofrece una definición más clara, que vincula la comunicación y la atención centrada en la persona (Cuadro 4b).

Los entrevistados describieron otras habilidades y atributos asociados que eran clave para un profesional centrado en la persona, incluyendo la empatía, la compasión y una actitud no crítica (Tabla 4c y d). Las habilidades específicas asociadas a la CPC identificadas por los entrevistados incluían la GDS o la planificación de la atención personalizada; sin embargo, hubo variaciones en la redacción utilizada para describir estas habilidades (Tabla 4e).

La "coordinación" es un tema bien tratado en los documentos curriculares y muy vinculado a la "comunicación". El RCGP, en su sección "Permitir que las personas con enfermedades crónicas mejoren su salud", hace especial hincapié en "los perjuicios para la salud de los pacientes y los costes para los servicios sanitarios que se derivan de una atención inadecuada, fragmentada o descoordinada" [46].

El CCP no es un concepto nuevo

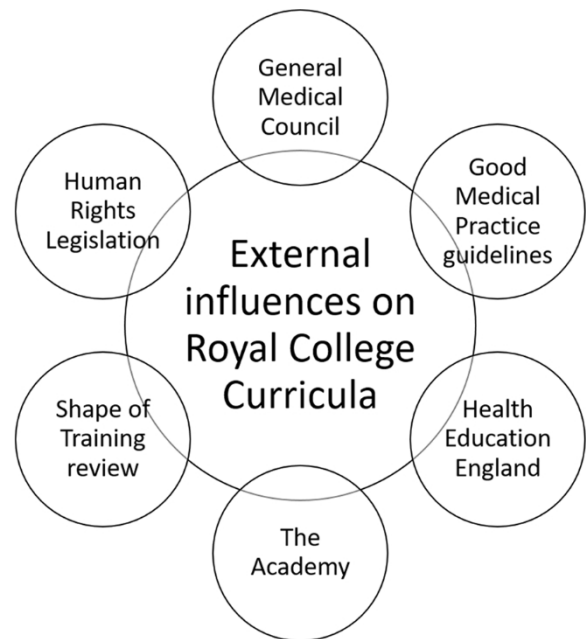
Los entrevistados consideraron que la CPC no es un concepto nuevo y que sus especialidades ya estaban respaldadas por filosofías alineadas con la CPC; de hecho, el plan de estudios del RCGP utiliza un lenguaje que implica que la CPC forma parte integral de lo que hacen los médicos de familia [46]. Sin embargo, no todas las especialidades describen la CPC utilizando la misma terminología, lo que significa que puede no ser reconocida por quienes no pertenecen a la especialidad (Tabla 3). Además, el entrevistado de RCPsych identificó retos en la enseñanza de la CCP sin implicar que sus clínicos carecieran de estas habilidades.

"Creo que a veces la gente se pone un poco a la defensiva porque piensan 'bueno, he estado

haciendo esto, y luego me estás diciendo que no estoy practicando de una manera centrada en la persona' <...> y donde la gente lo está haciendo muy bien pero no lo llaman centrado en la persona, eso está bien, ya sabes, no queremos denigrarlos de ninguna manera" (RCPsych)

Tema 2: Factores que influyen en el desarrollo de los planes de estudio de la CCP *Factores significativos de la inclusión de la CCP en los planes de estudio del Royal College* La figura 2 muestra los factores externos que influyen en la inclusión de la CCP. Naturalmente, el GMC y sus directrices fueron clave, y la inclusión de la CCP puede verse claramente en estas directrices (Tabla 4b). Otros ejemplos proporcionados no siempre hacían referencia explícita a la TPC (por ejemplo, la legislación sobre Derechos Humanos). Uno de los entrevistados señaló que las modificaciones de las políticas pueden exigir cambios difíciles de encajar en un plan de estudios ya sobrecargado (Tabla 5a).

Fig. 2 Influencias externas de la inclusión del PCC en los planes de estudios del Royal College



Cuadro 5 Impulsores internos de la inclusión de la TPC

- a) "En respuesta a la pregunta sobre las prioridades y políticas nacionales, y el impacto en su programa, se puso de manifiesto que se trata de una cuestión frecuente, que repercute en sus procesos de revisión anual. Hizo referencia al reto de encajar todas las demandas relevantes en el programa de tres años". (Nota de campo, entrevista RCGP)
- b) "Creo que todas ocupaban el mismo espacio perceptivo, que es probablemente el mismo espacio perceptivo del que estás hablando, que trata sobre la toma de decisiones compartida y la práctica colaborativa, la práctica centrada en la persona. Así que formé un grupo en la universidad el año pasado, <...> y el grupo se centró esencialmente en la atención centrada en la persona en el plan de estudios, porque para mí creo que la cuestión era que creo que la educación sustenta la atención que proporcionamos, y por lo tanto tenemos que asegurarnos de que la formación centrada en la persona es correcta" (RCPsych).
- c) "Hemos realizado un trabajo muy importante sobre la toma de decisiones compartida y el apoyo a la autogestión. Fue una de las principales recomendaciones del Informe de la Comisión sobre el Hospital del Futuro. <...> Así pues, forma parte de lo que se ha convertido en el programa Hospital del Futuro, que ha tenido diversas manifestaciones" (RCP).
- d) "Los retos siempre tienen que ver con la comunicación y la divulgación, <...> pero en general, si estas cosas se adoptan en todas las especialidades y se discuten con todas las especialidades, entonces es bastante fácil transmitirlas y conseguir su aprobación [por parte del GMC]" (RCS).

Además de las influencias externas, los entrevistados describieron la promoción de la CPC dentro de sus respectivos Royal Colleges, impulsada por métodos como la formación en habilidades humanas basada en la simulación y los grupos de interés especial en CPC (Tabla 5b). La RCP llevó a cabo una importante consulta que dio lugar a un informe sobre la prestación de cuidados intensivos (el Future Hospital Commission Report [51]) que hace hincapié en la importancia de la GDS y la atención integrada y ha impulsado su práctica (Tabla 5c). Una barrera interna comúnmente identificada para el cambio curricular fue la dificultad de alcanzar un consenso cuando se trabaja con varias especialidades que deben estar de acuerdo antes de poder actuar. Sin embargo, esto también podría ser un punto fuerte en términos de implementación, donde los cambios propuestos fueron apoyados (Tabla 5d).

Participación de los pacientes y el público en el desarrollo de los planes de estudio

A pesar de que la persona es el objetivo principal de la NCP, había pocos indicios de la participación de los pacientes o el público en el desarrollo de los planes de estudio, la formación o la evaluación de las competencias en NCP, tanto en las entrevistas como en los documentos de los planes de estudio. En consonancia con esto, las páginas web de los planes de estudio del Royal College ofrecen una orientación muy limitada sobre cómo pueden participar los pacientes y el público en el desarrollo de los planes de estudio de la APC o en la evaluación de la competencia. Los entrevistados señalaron que los pacientes y/o el público solían estar representados en sus comités. Sin embargo, había pocos indicios de su influencia.

No se dieron ejemplos específicos de participación de los pacientes y/o el público como motores importantes en el desarrollo de los planes de estudios (Tabla 6a y b). Sin embargo, algunos entrevistados identificaron la implicación directa de los pacientes en la evaluación de los aprendices mediante encuestas o la inclusión de los pacientes en métodos de retroalimentación multifuente (Tabla 6c y d).

Tema 3: Impartición y evaluación de la TPC**Cómo se enseña el PCC**

Todos los entrevistados sugirieron que la CPC es una parte clave de la asistencia sanitaria contemporánea y, por lo tanto, se incluye en el currículo de los programas de formación de los profesionales sanitarios. En general, los entrevistados consideraron que la CPC sustenta sus especialidades, pero que puede no ser obvia debido a la terminología.

La ubicación de los contenidos específicos de la CCP dentro de los planes de estudio varió entre los Royal Colleges (Fig. 3). El RCPsych y el RCS ubicaron la mayor parte de su enseñanza sobre la CCP en secciones relacionadas con las habilidades profesionales, mientras que el RCP y el RCGP ubicaron su contenido sobre la CCP en secciones que cubrían áreas clínicas específicas como las enfermedades crónicas y los cuidados al final de la vida. Aunque la mayoría de los contenidos de la CCP de la RCPsych se incluían en las competencias profesionales, también integraban la CCP específicamente en la enseñanza de las enfermedades crónicas.

Tabla 6 ¿Cómo participan los pacientes y el público en el desarrollo de los planes de estudio del Royal College?

- a) "Siempre que se introduce un cambio en el plan de estudios, contamos con la participación de representantes de los pacientes y sus grupos, pero también con un amplio abanico de partes interesadas a las que pedimos su opinión" (RCS).
- b) "En términos de obtener la opinión de los pacientes sobre cómo funciona, no creo que hayamos seguido ese camino todavía, y no estoy seguro de cómo ha sido la participación de los pacientes en el plan de estudios, porque hemos tenido representantes de los pacientes en todos nuestros comités en el Colegio, tenemos una red de pacientes y cuidadores bastante grande y muy activa en el Colegio y están íntimamente involucrados" (RCP).

d) "Señaló que los aprendices también hacen un MSF, Multi-Source Feedback, y cuando están en una práctica de GP, tienen la retroalimentación de los pacientes a través de una encuesta de satisfacción del paciente". (Nota de campo, entrevista RCGP)

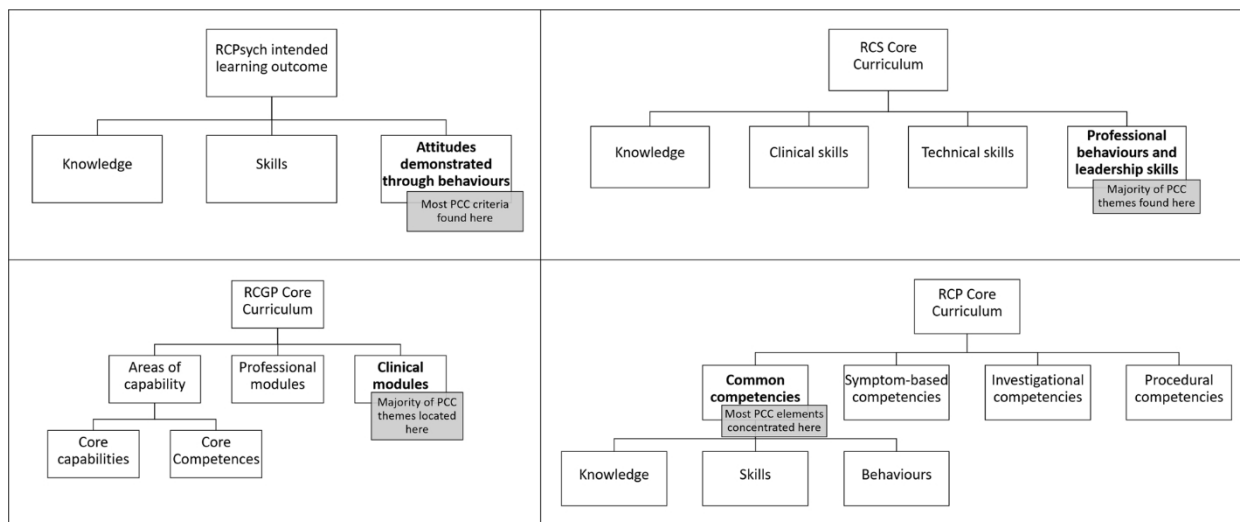


Fig. 3 Estructura de los planes de estudios y ubicación de la mayoría de los elementos del PCC en cada Royal College. N.B. Estos diagramas de flujo representan la estructura básica más que la detallada. El nivel 2 de la jerarquía muestra las divisiones en el área de formación de cada Royal College; los títulos en negrita destacan dónde se encuentran la mayoría de los elementos específicos del PCC. En el caso del PCR, las subdivisiones del nivel 3 son ilustrativas de las subdivisiones de cada capítulo de las divisiones de nivel 2 en formación

Los entrevistados indicaron que la formación en CCP estaba integrada en todos los años, con una complejidad creciente en la enseñanza y la competencia de los conocimientos, actitudes y toma de decisiones de los alumnos esperada en cada etapa, descrita como un plan de estudios "en espiral" por RCPsych y RCP [40, 52]. El modo en que este enfoque se aplica a la formación en CCP es evidente en secciones específicas del currículo de Medicina Interna General de la RCP, donde los descriptores de nivel para "gestión de enfermedades de larga duración y promoción del autocuidado del paciente" muestran niveles crecientes de competencia en relación con la CCP, desde "Es consciente de la necesidad de promover el autocuidado del paciente" en el nivel 1 hasta "Ayuda a las redes de pacientes a desarrollarse y fortalecerse" en el nivel 4 [52]).

Mientras que los Royal Colleges desempeñan un papel importante en la definición del plan de estudios y los requisitos de competencia de los alumnos, los decanatos locales imparten la formación de forma independiente (Tabla 7a), lo que puede dar lugar a variaciones en la práctica (Tabla 7b). Los entrevistados indicaron que no evalúan directamente el contenido específico de la enseñanza del PCC por parte de los decanatos locales;

Sin embargo, sí imparten formación a los formadores en sus decanatos para garantizar la competencia de los formadores (cuadro 7c).

Evaluación de la competencia de los becarios en PCC

En cuanto a la evaluación, los entrevistados describieron las técnicas que implican la demostración práctica de habilidades como la forma más pertinente de evaluar la competencia en CCP (por ejemplo, mediante evaluaciones en el lugar de trabajo (Tabla 8a)), aunque no se encontraron ejemplos específicos de ello en el análisis actual. La CCP se evaluó indirectamente en exámenes escritos (Tabla 8b). Hubo variaciones en la medida en que los entrevistados consideraban que sus procesos de evaluación medían adecuadamente la competencia de los alumnos en materia de CCP, y el entrevistado del RCPsych reflexionó sobre la incertidumbre acerca de cómo se evalúan las competencias interpersonales, incluida la CCP (Tabla 8c).

Otro entrevistado describió que las competencias se han centrado históricamente en la competencia del alumno en una serie de habilidades concretas, sin tener necesariamente en cuenta cómo el alumno gestiona esas habilidades en conjunto.

Cuadro 7 Aplicación práctica de los programas de formación PCC

- a) "Tenemos una estructura en la que los estudiantes deben tener un director de programa, un supervisor educativo y un supervisor clínico que participan en la formación, pero la forma y el momento en que esto ocurre se determinan a nivel local. También dejamos en manos de los distintos departamentos de educación, ya sea dentro de un decanato o dentro de colegios y facultades, la enseñanza, ya sabes, impartir cursos y ese tipo de cosas". (RCS)
- b) "Cada Decanato, y en las denominaciones, sus versiones locales de los Decanatos, ofrecen cursos, por ejemplo, y el plan de estudios está incluido en el curso, creo que probablemente es justo decir que hay una buena cantidad de variación regional en la forma en que la enseñanza se lleva a cabo, todos están enseñando el mismo programa y el plan de estudios, pero la forma en que realmente se hace, en la práctica, varía".

c) "Pero esperamos que cualquier persona que sea supervisor designado esté debidamente cualificada, haya asistido a determinados cursos de formación y tenga una evaluación con un superior jerárquico para ver cómo están rindiendo y luego, a través del ARCP [Annual Review of Competence Progression], también averiguamos si hay pruebas de que está funcionando y dónde están las áreas problemáticas" (RCS).

Cuadro 8 Estrategias y obstáculos para evaluar la competencia de los TPC

- a) Hay un sistema de evaluación, exámenes y evaluaciones en el lugar de trabajo que siguen el plan de estudios y se espera de los alumnos que, cuando realicen las evaluaciones en el lugar de trabajo, las relacionen específicamente con los distintos temas del plan de estudios y, a continuación, en el examen habrá preguntas sobre distintas áreas". de todos los programas de estudios". (RCS)
- b) "en el examen final, <...> No creo que <...> que hay un específico, conjunto de preguntas que cubren la atención centrada en la persona, pero, dicho esto, estoy seguro de que hay preguntas que probablemente mapa en ese territorio, <...> preguntas en torno a los aspectos históricos de la psiquiatría y el potencial de la psiquiatría para haber sido objeto de abuso, por ejemplo, así, por lo que podría haber algo a lo largo de esas líneas que tocan el tema "(RCPsych)
- c) "Supongo que se trata de una cuestión genérica sobre cómo evaluamos cosas como la empatía, la creación de relaciones, ya sabes, la práctica basada en valores, por lo que es un reto para los exámenes sumativos hacerlo en el corto espacio de tiempo y, en cierto modo, en el entorno artificial en el que a menudo se desarrollan los exámenes" (RCPsych).
- d) "los planes de estudios se basan en competencias, y hay millones de ellas, y evaluar esas competencias lleva mucho tiempo, es bastante oneroso y, en realidad, para serle sincero, muchas de las cosas que se hacen en torno a la evaluación de la competencia individual no son necesarias. Es una carga y, a veces, no tiene mucho sentido. Además, las competencias están muy centradas en el alumno. Ya sabes, "¿Puede el aprendiz pellizcarse el dedo gordo del pie izquierdo?" <...>Lo que realmente quieres saber es cómo el aprendiz puede atender a un paciente" (RCP)
- e) "Básicamente, pone a prueba las competencias planteando una pregunta ligeramente distinta. ¿Qué confiaría en que hiciera esta persona en prácticas y cómo podría desglosar su práctica de una manera significativa que me permitiera plantear esa pregunta? Así que hemos utilizado el término 'CIPs', C-I-P-s, Competencias en la Práctica" (RCP)
- f) "Dio algunos ejemplos y dijo que, ciertamente, estaban viendo cierto paternalismo en algunos aprendices, que potencialmente podría atribuirse a su cultura y a su raza. El resultado es que se perciben a sí mismos como expertos y no como pacientes. Lo habían observado durante el proceso de OSCE [Examen Clínico Objetivo Estructurado], y lo observaron en varios estudiantes extranjeros. Han trabajado mucho para intentar identificar los logros diferenciales, evaluarlos, dar la retroalimentación adecuada y abordarlos". (Nota de campo, entrevista RCGP)

en la práctica (es decir, prestar cuidados de forma centrada en la persona; Tabla 8d). Para abordar esta cuestión, el entrevistado del RCP describió cómo habían reposicionado sus criterios de evaluación para centrarse de forma más holística en las habilidades específicas necesarias para ejercer de forma centrada en la persona (Tabla 8e). El desarrollo de los estudiantes que no cumplen los requisitos de competencia representó otro reto, con descripciones sobre la identificación de áreas específicas en las que los estudiantes pueden mejorar. Uno de los entrevistados explicó que su centro había identificado factores culturales que influyen en las actitudes, los comportamientos y las habilidades de comunicación de los alumnos. Por lo tanto, la puesta en marcha de una estrategia para desarrollar a los alumnos que no cumplían los requisitos de competencia del PCC se había convertido en una prioridad para esta escuela (Tabla 8f).

Garantía de calidad del PCC en el plan de estudios

Los Royal Colleges no supervisan directamente la forma en que los decanatos locales cumplen los requisitos de competencia de los alumnos para el CCP en su enseñanza (Tabla 9a). Sin embargo, todos los entrevistados describieron mecanismos de retroalimentación para garantizar la calidad, como: indicadores de calidad para los programas de formación; muestreo y evaluación independientes del trabajo de portafolio; encuestas a los estudiantes; y retroalimentación informal de los directores de escuelas y comités asesores (Tabla 9b y c). Los entrevistados se centraron en el impacto de la TCC en el currículo para formadores y aprendices más que para pacientes individuales o grupos de pacientes (Tabla 9d). El entrevistado del RCPsych indicó que la mayoría de los formadores estaban convencidos de la necesidad de la formación y la evaluación, mientras que los formandos tenían más dificultades para ver su valor (Tabla 9e).
Medición

Cuadro 9 Enfoques y actitudes hacia la TPC identificados por las medidas de garantía de calidad

- a) "No disponemos de un documento que vincule las competencias reales con el plan de estudios de la enseñanza y la formación, por lo que no podemos garantizar la calidad de lo que se hace o no" (RCPsych).
- b) "La forma de hacer las cosas, ejecutarlas, evaluarlas, etc., la acuerdan básicamente todos los DPT [Directores de Programas de Formación], que serán los encargados de ponerlo en práctica. De este modo se obtiene información y retroalimentación. <...> Básicamente evaluamos a todos nuestros DPT. Hay un informe anual de cada TPD sobre su STC [Specialty Training Committee], y hay un informe anual general, como sabes, de la Escuela de Medicina. Y eso se transmite al PTB [Programme Training Board] y, finalmente, al GMC". (RCP)
- c) A través del ARCP también averiguamos si hay pruebas de que está funcionando y dónde están las áreas problemáticas. Por supuesto, también tenemos la encuesta de formación del JCST [Comité Conjunto de Formación Especializada], otra forma de comprobar que las cosas están funcionando".
- ing. <...> pero comprobamos que si hay algún área problemática y qué se ha hecho al respecto" (RCS)
- d) "No creo que midamos directamente la experiencia de los pacientes, sino la experiencia de la formación y de los formadores" (RCPsych).
- e) "Creo que hubo más resistencia por parte de los alumnos, <...> la mayoría de los formadores pensaban que incluir elementos centrados en el paciente en el plan de estudios y la evaluación era una buena idea, y que teníamos que hacerlo, y que teníamos que mejorar la forma en que lo hacíamos en nuestra formación <...> nuestros alumnos probablemente no eran tan vociferantes en su expresión de esto, pero creo que algunos de

o "surgió la cuestión de poder demostrar el impacto. Se refería a la pregunta sobre el impacto de su plan de estudios en la experiencia de los pacientes. Señaló que esto es bastante difícil, y que se les pide que lo demuestren en su estudio de viabilidad. Sin embargo, afirmó que el impacto de la atención centrada en la persona en el programa se veía, en su opinión, en los resultados de la formación, es decir, en su capacidad para demostrar las competencias que tienen en el programa. Éstas se basan en la atención centrada en el paciente, la comunicación y el uso eficaz de las habilidades interpersonales" (Nota de campo, RCGP).

La evaluación directa de la experiencia de los pacientes se describió como un reto; el RCGP, por ejemplo, señaló que era más probable que se midiera indirectamente a través de la evaluación de la competencia de los alumnos (cuadro 9f).

Debate

Esta investigación es la primera en considerar cómo se representa la CCP en los planes de estudio de medicina de postgrado en el Reino Unido, y en explorar los factores que influyen en la inclusión de la CCP en el contenido de los planes de estudio, utilizando cuatro Royal Colleges como ejemplos (RCGP, RCPsych, RCP, RCS). La CPC y los conceptos asociados, como la GDS, se describen cada vez más como la práctica esperada entre los profesionales sanitarios del Reino Unido a través de una serie de documentos políticos [1-4, 23, 28, 53, 54] y requisitos de registro médico [50]. El análisis combinado de las entrevistas y los documentos curriculares reveló definiciones incoherentes de la CPC que carecían de especificidad, junto con variaciones en la terminología utilizada para identificar los componentes de la CPC. Cabe destacar que los documentos utilizaban la atención "centrada en el paciente" en lugar de "centrada en la persona", lo que en parte refleja la variación en las definiciones identificadas, pero puede representar una perspectiva más limitada, como se discutió en un análisis comparativo de temas en la literatura que utilizaba los dos términos [55].

La TPC se incluyó en el plan de estudios de diferentes maneras; por ejemplo, algunas facultades enseñan la TPC a través de la formación profesional y otras a través de condiciones específicas. Sin embargo, ninguna de las facultades incluidas en este estudio supervisó directamente cómo se implementaba la enseñanza de la TPC, lo que deja un margen significativo para la variación entre los decanatos locales. Las medidas de garantía de calidad se centraron en los formadores y los alumnos, más que en los pacientes, y curiosamente, los entrevistados consideraron que los formadores parecían estar más convencidos de la necesidad de la enseñanza de la NCP que los alumnos. Además, las formas en que los pacientes y el público pueden contribuir y contribuyen al desarrollo curricular, la enseñanza y la evaluación de la competencia carecían de claridad, por lo que el significado de estas contribuciones es incierto.

Las definiciones de trabajo de la CCP y de lo que constituye un profesional competente en CCP carecían de especificidad y coherencia entre los colegios (el RCGP proporcionó la definición más completa), lo que se corresponde con la falta de claridad observada en la bibliografía [56, 57] y en las normas profesionales [50]. Investigaciones recientes indican que la falta de comprensión se transmite a los alumnos de distintas especialidades [58]. Desde la finalización de nuestro análisis, el GMC ha publicado el Marco Genérico de

Capacidades Profesionales [59], que, aunque no incluye una sección específica sobre la CPC, ofrece una definición amplia en el glosario. Aunque esta definición abarca el concepto de CCP, no especifica las competencias necesarias para garantizar una aplicación precisa y coherente a la formación médica de postgrado. Se ha intentado crear una competencia

El marco de competencias para la GDS en el Reino Unido [60], y las actividades y comportamientos de GDS fueron identificados recientemente por una serie de expertos en los Países Bajos [61]. Sin embargo, ninguno de ellos identifica las expectativas de competencia en función de la etapa de formación, y no existe ningún marco de competencias para la GCP en general. La colaboración entre organizaciones para desarrollar un marco de competencias para la CCP que defina qué habilidades se esperan, así como el nivel de competencia requerido en los distintos momentos de la formación, abordaría algunas de estas cuestiones. La Academia de Reales Colegios Médicos puede desempeñar un papel en la coordinación de esfuerzos para ofrecer un enfoque coherente de la formación en CCP en la educación médica de postgrado.

Una consecuencia de la actual falta de claridad en torno a la CCP señalada por los entrevistados es que distintos grupos pueden tener una comprensión diferente de la misma terminología. Así, los profesionales sanitarios pueden estar practicando la CCP sin interpretarla directamente como tal, y otras personas ajenas a la profesión pueden no reconocer la CCP dentro del contenido de los planes de estudios. Aunque el uso de las destrezas es más importante que la terminología, esta variación puede plantear problemas a la hora de auditar el contenido de la CCP en los planes de estudios, evaluar la enseñanza y compartir la práctica entre especialidades. De hecho, esto se hizo evidente en la variabilidad de los Colegios a la hora de incluir la CCP en sus planes de estudios, un hallazgo que también se ha observado en la formación médica de pregrado [26]. Algunos Royal Colleges centraron el contenido de la CCP en la formación de habilidades profesionales, mientras que otros lo incluyeron en la formación sobre enfermedades específicas. Esta diferencia en la ubicación de los contenidos de la TPC puede dar lugar a tipos muy diferentes de profesionales de la TPC, con algunas diferencias en la flexibilidad de uso en las consultas. Aunque podemos observar esta diferencia, tenemos muy pocos conocimientos sobre qué enfoque conduce a profesionales más competentes en CCP, y cómo el contexto puede influir en las mejores prácticas en la formación en CCP. Sólo la evaluación sistemática y la comparación de diferentes métodos de enseñanza en diferentes contextos aclararán este punto.

Varias políticas, legislaciones y guías nacionales influyeron en la inclusión de la CCP en el plan de estudios (p. ej. [50, 51, 62]), pero un impulsor clave para todas las facultades fue el GMC, que puede verse en algunos de los puntos en común del enfoque entre las facultades. Uno de estos puntos en común fue el fuerte énfasis en las habilidades de comunicación, que también se encontró en la formación médica de pregrado [26]. La fuerza impulsora detrás de esto pueden ser las directrices de Buena Práctica Médica del GMC [50], que hacen hincapié en las habilidades comunicativas y aparecen en gran medida en todos los documentos curriculares analizados, independientemente de la especialidad. Otro elemento

común fue la CCP en referencia a las condiciones de largo plazo y los cuidados al final de la vida, incluso cuando el enfoque general se centraba en las competencias profesionales. Tanto el GMC [50], como el NHS England [54, 63-65] han desarrollado una serie de políticas

directrices que apoyan la inclusión de la CCP en estas áreas de atención, lo que puede alimentar de nuevo los aspectos específicos del desarrollo curricular de la CCP en los Royal Colleges.

Es importante reconocer que, aunque los Royal Colleges establecen el contenido de los planes de estudios, no supervisan directamente los métodos o el grado de aplicación de los contenidos por parte de los decanatos locales, ni el éxito de los enfoques. Un estudio reciente con médicos en formación de posgrado sugirió que percibían muy poca enseñanza formal de la CCP, que seguía el aprendizaje conceptual de la formación de pregrado y las directrices del GMC y del Trust, y que la mayor parte del aprendizaje se producía a través de observaciones en el trabajo [58]. No está claro si estas percepciones están relacionadas con la falta de conocimiento sobre las oportunidades de formación de los TCP o con la falta de formación directa. Los Royal Colleges utilizan mecanismos de retroalimentación para garantizar la calidad, y los entrevistados describieron la falta de evaluación sumativa directa, las diferencias en los métodos de evaluación, junto con una evaluación limitada de la experiencia del paciente, y reflexiones sobre el éxito de las técnicas de evaluación para evaluar de forma holística la atención centrada en la persona. Por el contrario, RCP se había esforzado por mejorar su evaluación de la CPC y consideraba que los resultados eran positivos. Estos factores dificultan la evaluación de la competencia en CCP de los alumnos y el éxito de los planes de estudios a la hora de ayudar a los alumnos a alcanzar dicha competencia. Sin una garantía de calidad adecuada, es poco probable que las competencias en CCP tengan el mismo rigor que otras áreas del plan de estudios [66]. Aunque una mayor participación de los Royal Colleges podría garantizar una mayor coherencia en los enfoques de los decanatos locales, la flexibilidad de la oferta local para satisfacer las necesidades locales tiene su valor, y es importante encontrar un equilibrio entre ambos.

Aunque los formadores tenían claro que la formación y la evaluación de la TPC eran importantes y podían mejorarse, los entrevistados indicaron que algunos alumnos creen que se trata de un ejercicio de marcar casillas, que ya saben cómo hacerlo y que es condescendiente sugerir que necesitan formación. Estas actitudes pueden deberse al hecho de que la TPC engloba una serie de competencias interpersonales que se enseñan a lo largo de la formación de grado, o quizá al contenido de la TPC a nivel de posgrado. Las creencias sobre la competencia preexistente de los alumnos en materia de TPC pueden influir negativamente en su disposición a participar de forma significativa en la formación existente [67]. En una mesa redonda sobre la mejora de la formación en CCP se sugirió que los Royal Colleges deberían liderar el cambio en este ámbito haciendo que los alumnos se den cuenta de que no lo saben todo [68], lo que mejoraría el

compromiso con la formación. Los Royal Colleges también pueden desempeñar un papel a la hora de hacer que la formación en CCP (formal o informal) sea más fácilmente identificable por los alumnos, junto con la declaración explícita de cómo las expectativas de competencia van más allá de la formación de pregrado; un punto en el que un marco de competencia claro desempeñaría de nuevo un papel.

Además, implicar a los formadores en el desarrollo de medidas significativas de la CCP podría proporcionar soluciones clínicamente relevantes, prácticas y viables para integrar la formación y la evaluación de la CCP.

Además del valor de la aportación de los formadores, existe una clara necesidad de una mayor participación de los pacientes y el público en el desarrollo del plan de estudios, la enseñanza y la evaluación de la TCC. La escasa participación de los pacientes y el público es especialmente preocupante dado el tema que se aborda. Aunque todos los entrevistados informaron de la presencia de representantes de pacientes y público en los comités pertinentes, sólo había pruebas limitadas de que influyeran activamente en el cambio. Una revisión metanarrativa [69] sobre la participación de los pacientes en la formación de los profesionales sanitarios se centró en el aprendizaje con el paciente como profesor, que va más allá de los modelos biomédicos, el papel de los pacientes reales como "pacientes estandarizados" y el aprendizaje como parte de la prestación de servicios mediante teorías constructivistas del aprendizaje. Los datos disponibles sobre el papel de los pacientes en el desarrollo curricular son escasos [69, 70], lo que pone de manifiesto una clara necesidad de desarrollar modelos de inclusión y evaluar las mejores prácticas en este ámbito. Las directrices recientemente publicadas por el NICE [71] sobre la implementación de la GDS a nivel organizativo, incluida la utilización de los usuarios de los servicios, pueden proporcionar información sobre la implementación de planes de estudios flexibles desde el Royal College hasta el decanato local.

Puntos fuertes y limitaciones

Estos resultados sólo son aplicables a los Royal Colleges que han participado en este trabajo y a los documentos de planes de estudios analizados. Los itinerarios de formación médica especializada de postgrado son (necesariamente) complejos, por lo que este trabajo se ha centrado en la formación básica, partiendo de la base de que ésta incluiría el CCP. Sin embargo, durante nuestros análisis, descubrimos que las especializaciones del RCS contenían una sección específica (estandarizada para todas las especialidades) que cubría las habilidades profesionales y contenía más información sobre el CCP que su plan de estudios básico. Además, todos los planes de estudios hacían referencia a las "Buenas prácticas médicas" del GMC [50], lo que sugiere que los documentos de los planes de estudios requieren un conjunto más amplio de lecturas y conocimientos. En este sentido, confiamos en que los entrevistados del Royal College nos indicaran dónde encontrar referencias a las CCP, pero es posible que este análisis haya pasado por alto algunos contenidos de las CCP. Puede ser beneficioso realizar en el futuro investigaciones que exploren toda la complejidad de una especialización. En esta ENT no consultamos a formadores, alumnos ni pacientes, aunque cerrar el círculo de esta manera explorando cómo interpretan en la práctica los planes de estudios las distintas partes interesadas ayudaría a informar

sobre todos los aspectos del plan de estudio de postgrado. También sería beneficioso ampliar este trabajo a la formación de desarrollo profesional continuo, posterior a la especialización.

Los puntos fuertes del estudio son que se trata del primer estudio de este tipo que explora el CCP impulsado por las universidades del Reino Unido.

El marco analítico se basó en una revisión bibliográfica específica y se desarrolló en colaboración con los autores. El marco analítico se basó en una revisión bibliográfica específica y fue desarrollado en colaboración por los autores. Se incluyeron diversos colegios para reflejar distintos tipos de especialidades (quirúrgicas/no quirúrgicas, atención primaria/secundaria/sanitaria mental y colegios con subespecialidades). Por otra parte, las entrevistas se realizaron con un informador clave de cada facultad (aunque seleccionado cuidadosamente por su experiencia y conocimiento de los planes de estudios), pero esto también se contrarrestó con la triangulación con la documentación de las facultades. En el futuro, convendría encuestar a una muestra más amplia de todos los niveles (formadores, estudiantes en prácticas, representantes de los pacientes y del público en los colegios) para averiguar si los miembros de los colegios comparten estas opiniones.

Conclusión

Para concluir, identificamos una serie de retos para lograr una formación de alta calidad en CCP a nivel de postgrado, incluida la falta de claridad sobre el significado específico de la CCP y las habilidades necesarias para convertirse en un profesional competente en CCP, la variación en la implementación y la incertidumbre sobre las mejores formas de enseñar y evaluar las habilidades de CCP, la falta de compromiso de los alumnos y la incertidumbre sobre cómo los pacientes y el público pueden contribuir al desarrollo del plan de estudios, la enseñanza y la evaluación de la competencia. No obstante, existen imperativos legales y políticos que exigen la competencia de los profesionales de la salud en materia de CCP, así como el deseo de los Royal Colleges de comprender cómo hacerlo de forma más eficaz. Es necesaria la colaboración entre organizaciones para desarrollar un marco de competencias en CCP que defina las habilidades y el nivel requeridos en los distintos momentos de la formación. Es importante garantizar la claridad en torno a las diferencias entre los requisitos de formación de grado y de postgrado para aumentar el compromiso de los estudiantes con este aspecto del plan de estudios. Una mayor auditoría y garantía de calidad de la ejecución de los programas sería beneficiosa para identificar las prácticas que han tenido éxito y compartirlas dentro y entre los Royal Colleges, manteniendo al mismo tiempo la flexibilidad de la oferta local. La participación de los pacientes y el público en esta labor no puede sino reforzar la oferta.

Información complementaria

La versión en línea contiene material suplementario disponible en <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04730-2>.

Additional file 1. Apéndice.

Archivo adicional 2. Tablas suplementarios.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las organizaciones participantes y a los encuestados individuales.

HLM: Recopilación de datos; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Funciones/Redacción-borrador original; Redacción-revisión y edición. RW: Recopilación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Funciones/Escritura-borrador original; Escritura-revisión y edición. AF: Recopilación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Funciones/Escritura-borrador original; Escritura-revisión y edición. KG: Conceptualización; Investigación; Metodología; Redacción-revisión y edición. DT: Conceptualización; Obtención de fondos; Metodología; Supervisión; Funciones/Escritura-borrador original; Redacción-revisión y edición. RGT: Conceptualización; Obtención de fondos; Metodología; Supervisión; Funciones/Escritura del borrador original; Revisión y edición de la escritura.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por la Health Foundation y la Health Education North East.

Disponibilidad de datos y materiales

Los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el presente estudio no están a disposición del público. No obstante, pueden solicitarse al autor correspondiente, previa petición razonable y con el permiso de los participantes en el proyecto.

Declaraciones

Aprobación ética y consentimiento para participar

Las entrevistas y los análisis documentales se llevaron a cabo como parte de la evaluación y el desarrollo del programa, no implicaron la recopilación de datos sensibles y se consideró que el proyecto no requería aprobación ética según las directrices del Comité de Ética de la Universidad de Newcastle. Todos los métodos se aplicaron de acuerdo con las directrices y normas pertinentes de la Declaración de Helsinki y los entrevistados dieron su consentimiento informado antes de comenzar.

Consentimiento para la publicación

No se aplica.

Intereses contrapuestos

Los autores declaran no tener intereses contrapuestos.

Datos del autor

¹School of Psychology, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne NE2 4DR, Reino Unido. ²School of Education, Communication and Language Sciences, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, Reino Unido. ³Instituto de Ciencias de la Salud de la Población, Universidad de Newcastle, Newcastle Upon Tyne, Reino Unido. ⁴Facultad de Ciencias de la Salud y Bienestar, Universidad de Sunderland, Sunderland, Reino Unido. ⁵Collingwood Surgery, Collingwood Health Group, North Shields, Reino Unido.

Recibido: 16 de octubre de 2022 Aceptado: 27 de septiembre de 2023

Published online: 11 October 2023

Referencias

1. Red de Innovación Sanitaria del Sur de Londres. Qué es la atención centrada en la persona y por qué es importante? 2016 [Disponible en: https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf].
2. Voces nacionales. Atención centrada en la persona 2020: Calls and contributions from health and social care charities 2015 [Disponible en: <https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/person-centred-care-2020.pdf>].
3. NHS England. Transforming participation in health and care: 'The NHS belongs to us all' 2013 [Disponible en: <https://www.nurtureddevelopment.org/wp-content/uploads/2016/01/NHS-England-participation-and-inclusion-guidance-2013.pdf>].
4. NHS England. Universal Personalised Care: Implementing the comprehensive model 2019 [Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/universal-personalised-care.pdf>].
5. La Fundación de la Salud. La atención centrada en la persona

Couns. 2021;104(4):877-86.

eSimple_0https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMad.pdf.

6. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570.
7. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Ayudas para la toma de decisiones para personas que se enfrentan a decisiones de tratamiento o cribado sanitario. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4:CD001431.
8. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, et al. Autogestión para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD002990.
9. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Planificación de la atención personalizada para adultos con enfermedades crónicas o a largo plazo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;3:CD010523.
10. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A ensayo controlado aleatorizado por grupos. *Patient Educ Couns*. 2007;67:324-32.
11. Härter M, Buchholz A, Nicolai J, Reuter K, Komarahadi F, Kriston L, et al. Shared Decision Making and the Use of Decision Aids: A Cluster-Randomized Study on the Efficacy of a Training in an Oncology Setting. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(40):672-9.
12. Stacey D, O'Connor AM, Graham ID, Pomey MP. Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *J Telemed Telecare*. 2006;12(8):410-5.
13. Kasper J, Liethmann K, Heesen C, Reissmann DR, Geiger F. Training doctors briefly and in situ to involve their patients in making medical decisions-Preliminary testing of a newly developed module. *Health Expect*. 2017;20(6):1254-63.
14. Geiger F, Liethmann K, Reitz D, Galalae R, Kasper J. Eficacia del módulo de formación doctormitSDM para apoyar la toma de decisiones compartida. - Resultados de un ensayo multicéntrico doble ciego, aleatorizado y controlado. *Patient Educ Couns*. 2017;100(12):2331-8.
15. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 2017;357:j1744.
16. Legare F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Intervenciones para mejorar la adopción de la toma de decisiones compartida por parte de los profesionales sanitarios. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;9:CD006732.
17. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891.
18. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Toma de decisiones compartida: un modelo para la práctica clínica. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-7.
19. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1172-9.
20. Légaré F, Politi MC, Drolet R, Desroches S, Stacey D, Bekker H. Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):159-69.
21. Müller E, Strukava A, Scholl I, Härter M, Diouf NT, Légaré F, et al. Strategies to evaluate healthcare provider trainings in shared decision-making (SDM): a systematic review of evaluation studies. *BMJ Open*. 2019;9(6):e026488.
22. Health Education England. Skills for Health, skillsforcare. Person-centred approaches: A core skills education and training framework. 2017.
23. Health Education England. Framework 15: Health Education England Strategic Framework 2014 [Disponible en: https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/HEE%20strategic%20framework%202017_1.pdf].
24. Instituto de Medicina. Cruzar el abismo de la calidad: Un nuevo sistema sanitario para el siglo XXI 2001 [Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>].
25. Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services 2011 [Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>].
26. Moore HL, Farnworth A, Watson R, Giles K, Tomson D, Thomson RG. Inclusion of person-centred care in medical and nursing undergraduate curricula in the UK: Interviews and documentary analysis. *Patient Educ*

27. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):271.
28. Ministerio de Sanidad. The NHS Constitution for England UK2015 [Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england>].
29. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Intervenciones para que los proveedores promuevan un enfoque paciente-paciente. Enfoque centrado en el paciente en las consultas clínicas. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD003267.
30. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Aff.* 2010;29(8):1489-95.
31. Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, et al. El hogar médico centrado en el paciente: A systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(3):169-78.
32. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. ¿Cuáles son los elementos centrales de la atención centrada en el paciente? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs.* 2013;69(1):4-15.
33. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(4):CD003267.
34. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferencias de los pacientes por el enfoque centrado en el paciente en las consultas de atención primaria: estudio observacional. *BMJ.* 2001;322(7284):468.
35. Stewart M. Hacia una definición global de la atención centrada en el paciente: El paciente debe ser el juez de la atención centrada en el paciente. *BMJ.* 2001;322(7284):322-444.
36. Fundación para la Salud. Helping measure person centered care - Evidence review 2014 [Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care>].
37. La Fundación para la Salud. La atención centrada en la persona simplificada. 2014.
38. Wood S, Collins A, Taylor A. ¿Se está centrando más el SNS en la persona? Resumen del tema. Fundación para la Salud. 2015.
39. Kvale S. La pregunta de las 1.000 páginas. *Qual Inq.* 1996;2(3):275-84.
40. Real Colegio de Psiquiatras. A Competency Based Curriculum for Specialist Core Training in Psychiatry. Core Training in Psychiatry CT1-CT3. 2013. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/training/curricula-and-guidance/curricula-core-psychiatry-curriculum-april-2018.pdf?sfvrsn=881b63ca_2.
41. Joint Royal College of Physicians Training Board. Speciality Training Curriculum for Core Medical Training. 2009.
42. Joint Royal College of Physicians Training Board. Speciality Training Curriculum for Cardiology. 2010.
43. Comité Intercolegial para la Formación en ACCS. Acute Care Common Stem Core Training Programme. Plan de estudios y sistema de evaluación. 2012.
44. Programa curricular quirúrgico intercolegial. Formación Quirúrgica Básica. 2015.
45. Programa curricular quirúrgico intercolegial. Curriculum de Cirugía Cardioráquica (y subespecialidad de cirugía cardiaca congénita). 2014.
46. Real Colegio de Médicos Generales. The RCGP Curriculum: Core Curriculum Statement. 100: Being a General Practitioner. 2016.
47. Real Colegio de Médicos Generales. El plan de estudios del RCGP: Profesional y Módulos Clínicos 201-321 Módulos Curriculares. 2016.
48. QSR International Pty Ltd. NVivo. 12th ed. 2018.
49. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. En: Bryman A, Burgess G, editores. *Analysing qualitative data.* London: Routledge; 1994. p. 173-94.
50. Consejo Médico General. Buenas prácticas médicas. 2013.
51. Real Colegio de Médicos. Comisión de Hospitales del Futuro. The Royal Colegio de Médicos. 2013.
52. Joint Royal College of Physicians Training Board. Speciality Training Curriculum for General Internal Medicine. 2009.
53. Inglaterra HE, Health Sf, Care Sf. Enfoques centrados en la persona: Capacitar a las personas en sus vidas y comunidades para permitir una mejora en la prevención, el bienestar, la salud, la atención y el apoyo. A core skills education and training framework. 2017.
54. NHS Inglaterra. Colección de políticas y orientaciones sobre atención personalizada. [Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/>].
55. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "¿Igual o diferente?". A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):3-11.

56. Mead N, Power P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087-110.
57. Légaré F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, Stacey D, Härter M, Bastian H, et al. Core competencies for shared decision-making training programs: insights from an international, interdisciplinary working group. *J Contin Educ Heal Prof.* 2013;33:267-73.
58. Patel V, Buchanan H, Hui M, Patel P, Gupta P, Kinder A, et al. ¿Cómo adquieren los médicos especialistas en formación habilidades para practicar una atención centrada en el paciente? A qualitative exploration. *BMJ Open.* 2018;8(10): e022054.
59. Consejo Médico General. Marco genérico de capacidades profesionales. 2017.
60. Légaré F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, Stacey D, Härter M, Bastian H, et al. Core competencies for shared decision making training programs: insights from an international, interdisciplinary working group. *J Contin Educ Health Prof.* 2013;33(4):267-73.
61. Baghus A, Giroldi E, Muris J, Stiggelbout A, van de Pol M, Timmerman A, et al. Identifying Entrustable Professional Activities for Shared Decision Making in Postgraduate Medical Education: A National Delphi Study. *Acad Med.* 2021;96(1):126-33.
62. Greenaway D. Securing the future of excellent patient care - Final report of the independent review led by Professor David Greenaway. 2013.
63. NHS Inglaterra. Nuestra Declaración: Person centred care for long term condition- tions. 2015.
64. NHS Inglaterra. Cuidados al final de la vida. 2019.
65. NHS Inglaterra. Our work of long term conditions <https://www.england.nhs.uk/ourwork/ltc-op-eolc/ltc-eolc/our-work-on-long-term-conditions/>: NHS England; Sin fecha.
66. Archer E, Bitzer EM, van Heerden BB. Interrogating patient-centredness in undergraduate medical education using an integrated behaviour model. *Práctica familiar sudafricana.* 2017;59(6):219-23.
67. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(4):662-73.
68. Parish E. BMJ roundtable debate: How can we get better at providing patient centred care? *BMJ : British Medical Journal.* 2015;350: h412.
69. Rowland P, Anderson M, Kumagai AK, McMillan S, Sandhu VK, Langlois S. Participación del paciente en la educación de los profesionales de la salud: una revisión metanarrativa . *Adv Health Sci Educ.* 2019;24(3):595-617.
70. Gordon M, Gupta S, Thornton D, Reid M, Mallen E, Melling A. Patient/ service user involvement in medical education: A best evidence medical education (BEME) systematic review: BEME Guide No. 58. *Medical Teacher.* 2020;42(1):4-16.
71. NICE. Toma de decisiones compartida. 2021.

Nota del editor

Springer Nature se mantiene neutral con respecto a reclamaciones jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

¿Listo para presentar su investigación? *Choose BMC y benefíciese de:*

- presentación en línea rápida y cómoda
- revisión exhaustiva por investigadores con experiencia en su campo
- publicación rápida tras la aceptación
- soporte para datos de investigación, incluidos tipos de datos grandes y complejos
- Acceso abierto al oro, que fomenta una mayor colaboración y un aumento de las citas
- máxima visibilidad para su investigación: más de 100 millones de visitas anuales a su sitio web

En BMC, la investigación siempre está en



curso. Más información

biomedcentral.com/submissions