

Examen de ingenios para las ciencias: Edipalaci frente a ECOE

Sr. Director: Hemos leído con interés el reciente artículo de Pedregal et al¹ y la verdad es que no se comprende bien cómo es que la ECOE (Evaluación Clínica de la Competencia Objetiva y Estructurada) no se ha extendido más, implantándose como la Inspección Técnica de Profesionales, incluida la acreditación de tutores, como sugieren los autores, debido a su racionalidad. Quizá, para entender esta situación nos sea útil estudiar una idea precursora de la ECOE, la Edipalaci (Evaluación de Ingenios para las Ciencias), que fracasó a pesar de lo racional y bien pensada que estaba. Así como la ECOE pretende la evaluación de la competencia del médico en el desempeño de su oficio («ingenio o habilidad»), Juan Huarte ya propuso en 1529 hacer un examen de ingenios para las ciencias². Según Huarte, para que las obras de los artífices tuviesen la perfección se debía establecer por ley un examen de ingenios (la Edipalaci).

Según Huarte, evidentemente, el examen de ingenios había de hacerse con criterios racionales. De este modo, unos examinadores oficiales vigilarían que tales pruebas se basasen en el saber «científico» que ellos indicasen. Su finalidad no era la felicidad individual, sino el perfeccionamiento social. La naturaleza que determina las diferencias de ingenio o habilidad se debe a la combinación de las 4 cualidades primarias: frialdad, sequedad, humedad y calor que se da en el cuerpo de cada hombre. Cierto es, sin embargo, que en el modelo de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria³ hay una importante novedad, que sin duda mejora la propuesta de Huarte, pues se establecen 5 áreas competenciales (a diferencia de las 4 cualidades primarias de Huarte): habilidades de atención a la persona, a la comunidad, docencia, investigación y aspectos organizativos.

Por último, las «señales» para reconocer los diferentes tipos de «ingenios», para el ECOE y para el Edipalaci, en síntesis son

de 2 clases. Por una parte, los signos físicos como el lenguaje corporal y oral... Y por otra parte, las características psíquicas, tales como el modo de actuar en la práctica, de hablar, de moverse, características morales...

A la vista de esta comparación, la verdad es que no parece que, dada la naturaleza del comportamiento profesional, su complejidad y sus múltiples determinantes, la ECOE (¡ni la Edipalaci!) sea capaz de medir sus aspectos centrales. La fragmentación del proceso clínico y la simplificación del problema que requiere la ECOE impiden la verdadera evaluación⁴. Quizá debemos recordar, para no seguir haciendo «exámenes de ingenios», que evaluar no es prioritariamente medir, ni demostrar, sino entender.

J.L. Turabián Fernández^a
y B. Pérez Franco^b

^aCentro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España. ^bCentro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. España.

1. Pedregal González M, Molina Fernández E, Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F, Bonal Pitz P, Iglesias Arrabal C. Evaluación de la competencia clínica de tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*. 2004;34:68-72.
2. Huarte de San Juan J. Examen de ingenios para las ciencias. Madrid: Espasa Calpe; 1991.
3. Poy M, Oñoro S. ECOE, la prueba de la discordia. *El Médico*. 2004;6-II:52-62.
4. Loayssa Lara JR. Dilemas y alternativas en la evaluación de la formación del médico de familia. *Aten Primaria*. 2003;32:376-81.

Aristóteles y los traslados forzosos

Sr. Director: Recientemente tuvimos que realizar un traslado forzoso según el artículo 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento

to Civil (internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico). A las 18.30 horas se solicitó la ambulancia y a las 21 horas todavía no había llegado. Al llamar de nuevo nos dicen que «tardará bastante porque sólo hay ¡UNA! ambulancia psiquiátrica para Madrid capital y hay más avisos por delante».

Aristóteles hablaba acerca del acto y la potencia^{1,2}. Con ciertas licencias, podríamos decir que tenemos la potencialidad de realizar un traslado forzoso y el acto sería el traslado mismo. Filosóficamente está muy claro, pero la realidad es otra. En este caso, el acto fue llevar en el coche de uno de los facultativos a la paciente acompañada por otros 2 compañeros. Menos mal que la paciente no era agresiva.

¿Cuánto tiempo se puede esperar una ambulancia psiquiátrica en el centro de salud? Tener una ambulancia psiquiátrica en cada centro no es realista ni práctico, pero tener una para todo Madrid capital tampoco. Como asumo que en el resto de las comunidades la situación es similar, ¿no podría haber algunas ambulancias polivalentes para las situaciones en las que fueran necesarios más traslados forzosos?

Aristóteles nos dice que la virtud «es un medio entre 2 vicios»¹. ¿Dónde está la virtud en cuanto a las ambulancias psiquiátricas?

Agradecimientos

A D. José Morcillo (administrativo del centro de salud) que estuvo «al pie del cañón» en todo momento.

S. Machín Hamalainen,
M.L. Gimeno Santamaría,
J. Vázquez Piqué
y F. Gutiérrez Sánchez

Centro de Salud El Espinillo. Área 11 de Madrid. Madrid. España.

Palabras clave: Evaluación. Habilidades. Clínica.

Palabras clave: Traslados forzosos. Ambulancias. Centro de salud.

Gestación y el uso del cinturón de seguridad

Sr. Director: La prevención primaria es una de las principales áreas de trabajo del médico de atención primaria (AP). La multiplicidad de campos que engloba la AP dificulta en ocasiones dicha tarea y facilita que se proceda, en ocasiones, de forma poco adecuada.

Acude a nuestra consulta una gestante de 35 semanas solicitando un certificado médico oficial en el que se refleje su estado actual de gestación con el fin de que se la exima de la necesidad de llevar colocado el cinturón de seguridad de su automóvil.

Valorado el riesgo/beneficio, se declinó resolver dicha solicitud y se aconsejó el uso adecuado del cinturón de seguridad (CS).

Los accidentes de tráfico (AT) y la violencia doméstica son las causas prevenibles de traumatismo más frecuentes en la gestante¹. La mortalidad por accidente de tráfico es un grupo de mortalidad innecesariamente prematura y potencialmente evitable².

Los AT constituyen en la actualidad una auténtica epidemia. En España, son la quinta causa más frecuente de muerte y la primera en el grupo de 15-34 años de edad, con una tasa de mortalidad en el 2002 de 13,1 por cada 100.000 habitantes².

Los AT son la causa de muerte no obstétrica más frecuente de la madre y el feto³. La tasa de mortalidad fetal en el AT es del 3,4-38%, debida en primer lugar a la muerte materna y en caso de supervivencia de la madre, al desprendimiento de la placenta⁴. La eyección de la madre fuera del vehículo

en un AT va asociada a una mortalidad materna de un 33% y fetal de un 47%, frente al 5 y el 11%, respectivamente, en la embarazada no eyectada gracias a los sistemas de anclaje convencionales⁵.

Aunque los AT son los principales responsables de la morbilidad materno-fetal, persiste una baja tasa del 3,4 al 21% del uso del CS por parte de las mujeres embarazadas¹.

Por su parte, el Reglamento de Circulación⁶, en el Capítulo IV del artículo 119 apartado 1 b) cita «... podrán circular sin los cinturones u otros sistemas de retención homologados... las mujeres encintas, cuando dispongan de un certificado médico en el que conste su situación o estado de embarazo y la fecha aproximada de su finalización». Colocado adecuadamente, el uso del CS es el factor modificador más significativo en la disminución de la mortalidad materna y lesión fetal y muerte después de accidente de tráfico⁷.

La embarazada sin CS, se ha comunicado que presenta 2,8 veces más riesgo de perder el feto que la portadora de CS¹.

La banda horizontal del CS debe colocarse por encima de caderas y debajo del abdomen y la banda oblicua entre las mamas y por la línea medioclavicular, nunca encima del vientre¹.

Finalmente, según la bibliografía revisada, la solicitud de exención de llevar colocado el CS en la gestante no parece justificada, dada la elevada disminución de morbilidad fetal asociada al AT con adecuada colocación del CS.

Esto, asociado con el escaso uso del CS por parte de las gestantes, hace esencial el conocimiento del tema por parte de los médicos del servicio de AP, para realizar una adecuada educación sanitaria de la población gestante¹.

J. Melé Olivé^a y L. Melé Olivé^b

^aMédico de Familia ABS Mollerussa. Lleida, España. ^bCirugía Ginecológica y Obstetricia. Hospital General de Segovia. Segovia, España.

1. Grossman NB. Blunt trauma in pregnancy. *Am Fam Phys.* 2004;70:1303-10.
2. Andrés de Llano JM. Los accidentes de tráfico, una mortalidad innecesariamente prematura y potencialmente evitable. *Aten Primaria.* 2004;33:303-4.
3. Tinkoff G. Care of the pregnant trauma patient. En: Peitzman A, Rhodes M, Schwab CW, editors. *The trauma manual.* 2nd ed. Philadelphia: LWW Ch; 2002. p. 461-8.
4. Corsi PR, Roslan S, De Oliveira IB. Trauma in women: analysis of maternal and fetal mortality. *Injury.* 1999; 30:239-43.
5. Williams JK, McClain L, Rosemurgy AS. Evaluation of blunt abdominal trauma in third trimester of pregnancy: maternal and fetal considerations. *Obstet Gynecol.* 1990;75:33-7.
6. BOE núm. 306. pág. 45714. Diciembre de 2003. Título III. Capítulo II. Art. 119 (Exenciones). Apartados: 1. b) y c).
7. Hyde LK, Cook LJ, Olson LM. Effect of motor vehicle crashes on adverse fetal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;102: 279-86.