

La formación de médicos especialistas, una responsabilidad compartida

Santiago Echevarría-Zuno

En las últimas décadas se han dado avances significativos en el campo de la medicina. En México, los médicos que se encuentran en formación en las diferentes especialidades lo hacen en modalidades educativas conformadas por planes y programas académicos que no necesariamente coinciden, porque emanan de universidades, facultades, escuelas o instituciones de educación superior distintas y que utilizan los campos clínicos de las unidades médicas del Sector Salud y de la Seguridad Social.

Deseablemente debiese haber un “Modelo Educativo Nacional en Salud por Competencias Profesionales”, a partir del cual emanan modelos específicos por especialidad médica, adecuados en criterios, contenidos programáticos y estrategias claramente definidas para que los médicos en formación desarrollen competencias metódicas que se manifiesten como aptitudes cognitivas, psicomotoras y afectivas.

En la realidad, y particularmente en las salidas del proceso educativo de posgrado, los egresados presentan asimetrías formativas que se hacen evidentes a la hora de prestar sus servicios como responsables de pacientes, que se manifiestan como desigualdades de preparación y capacidad.

Al respecto, hemos de reflexionar que se están formando médicos especialistas con conocimientos distintos, no uniformes, y habilidades y destrezas con profundas diferencias. Lo mismo puede suceder que encontremos egresados quirúrgicos con excelentes capacidades aptitudes y competencias pero bajo nivel cognitivo y, del otro lado, egresados con niveles buenos o magníficos en el ámbito de conocimientos y muy poca práctica, baja habilidad, poca destreza e insuficiente experiencia operativa.

Lo cierto es que por diferentes razones no hay calidad única, calidad uniforme, por lo que es propósito fundamental en el IMSS integrar y vincular con sentido lógico los esquemas académicos y docentes acordes con la congruencia que demanda nuestra población derechohabiente, en especial los pacientes.

Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de sobretiros:

Santiago Echevarría-Zuno,
Paseo de la Reforma 476, tercer piso,
Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc,
06600 México, D. F.
E-mail: santiago.echevarria@imss.gob.mx; sechevarriaz@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 26-05-2008

Aceptado para publicación: 25-08-2008

Al igual que todas las disciplinas médicas, la visión contemporánea y prospectiva de formación de médicos y, específicamente de los que cursan especialidades quirúrgicas, debe mostrar resultados de congruencia entre el conocimiento, las aptitudes y competencias, de tal forma que ya como profesionales especializados puedan otorgar sus servicios al paciente con seguridad, eficacia, aptitud y calidad.

En el campo formativo educativo se puede señalar que existen tres niveles no necesariamente bien vinculados: el primero corresponde al que procede de las universidades e instituciones de educación superior; el segundo que aplica en las unidades médicas del sector salud; y el tercero, profundamente operativo, es el que se vive en las salas de operaciones, siendo en este espacio donde se conjugan tres elementos torales: el cirujano como maestro, el residente como médico de formación y el paciente como sujeto de beneficio y de aprendizaje.

En estos niveles son donde deben interrelacionarse de manera lógica, el universitario, integrando lo teórico y cognitivo, y el de la unidad médica, guardando una equidad formativa entre el desarrollo y construcción del conocimiento con las habilidades, destrezas y lo afectivo.

Infortunadamente en el campo clínico y quirúrgico identificamos asimetrías o desigualdades entre los niveles citados. Los planes académicos de posgrado en una misma especialidad varían de una universidad a otra, las instituciones de salud no tienen los mismos recursos, instalaciones, equipos y personal docente, y pocos son los que tienen personal de carrera o con los atributos de actitud y aptitud para enseñar, querer enseñar y saber hacerlo.

Esto explica por qué no hay en los egresados de las especialidades médicas, calidad única o calidad uniforme, no solo entre una institución y otra, sino entre egresados de una misma institución y en ésta, entre sus propias unidades de servicios, incluso siendo sedes del mismo curso de posgrado en una misma ciudad.

Las perspectivas educativas para el siglo XXI nos invitan a reconsiderar un cambio en los procesos formativos, de tal manera que sea verdaderamente intersectorial y se pueda conjuntar el Sector Salud y el de Educación en modelos educativos por competencias profesionales que estén alineados a las competencias laborales.

Es así que los integrantes de los niveles aludidos deben reconocer que forman parte de un todo y que integrarse en modelos por competencias armonizadas puede conjuntarse en planes académicos que tengan continuidad bajo una visión integral.

La educación en salud vive nuevos tiempos y condiciones, nuestra propia sociedad no permanece inmutable, por el contrario, cada día incrementa para bien su cultura y nivel educativo, exige con toda razón servicios profesionales de salud y, por ende, médicos, enfermeras y personal técnico bien preparado, calificado y reconocido. Como cualquier otra disciplina en salud, la educación formativa y la capacitación continua debe ser efectiva, en donde escuelas, instituciones, alumnos y maestros participen bajo esa visión integral, a esto le podríamos llamar “la modernización de educación en salud incluyente y participativa”.

La educación por competencias es en la actualidad un buen modelo, por ahora es la corriente que más domina y seguramente no cambiará hasta en tanto haya otra que la sustituya. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, estamos integrando y combinando con sentido prospectivo y de servicios, *el modelo de competencias profesionales* con *el modelo por competencias laborales*, de esta manera interrelacionamos los programas de las instituciones de educación superior sin modificarlos, al tiempo que operativamente reforzamos las actividades reales que parten de las necesidades de salud de nuestros pacientes. De esta manera promovemos que los escenarios educativos y de atención médica ocurran en los mismos sitios y confluyan positivamente los intereses institucionales con los individuales profesionales.

Es decir, pretendemos que todo lo que se alcance en sentido académico conlleve el beneficio a los pacientes y no se quede exclusivamente en el reconocimiento individual. En concreto, que haya una congruencia entre la docencia y la asistencia, el conocimiento y la experiencia al servicio de los derechohabientes.

Por otra parte, es nuestro propósito no olvidar la visión humanista, recuperando para la medicina actual los valores de la ética, bioética, la deontología médica y, sobre todo, la comprensión hacia el dolor ajeno.

Hoy vemos con tristeza como algunos médicos han cambiado sus valores, cuidando y estimando más sus equipos tecnológicos que a sus pacientes, dejando en segundo término el bienestar del hombre.

Para las especialidades quirúrgicas, los aspectos metodológicos de competencias debiesen considerar el análisis situacional de los niveles sustantivos, el cognitivo, las aptitudes o competencias de profesores y alumnos, incluyendo lo afectivo y la

relación entre las necesidades de atención de la población a la que servimos y las tendencias de la educación.

Contratar a un recién egresado de especialidad médica por el simple hecho de que reúne requisitos documentales no es sinónimo de garantía de servicio, seguridad o calidad.

Un diploma de posgrado no garantiza el conocimiento, la competencia o la aptitud de quien lo ha recibido; con frecuencia vemos que los egresados de especialidades quirúrgicas, aun siendo de la misma institución, no tienen los conocimientos ni la habilidades de manera uniforme, algunos son muy teóricos y poco prácticos, dominan procedimientos de alta especialidad y carecen de habilidades para realizar la cirugía más frecuente, la de más demandada, la de todos los días. En el extremo, otros son muy pragmáticos, realizan satisfactoriamente la cirugía más común y dudan o no realizan las complejas, las de alta especialidad porque durante su proceso formativo no tuvieron la oportunidad de rotar por esos servicios. Entre estos extremos, el conjunto de variables puede ubicarse en todas las posibilidades vividas y experimentadas por el propio lector.

El problema y la solución han quedado planteados, corresponde a nuestra generación y a las venideras, crear los escenarios de éxito, buscar al final del camino la creación de especialidades médicas y quirúrgicas con “calidad uniforme”, “calidad única” al servicio de la sociedad mexicana.

Bibliografía

1. Joyner BD. An historical review of graduate medical education and protocol of accreditation council for graduate medical education compliance. J Urol 2004;172(1):34-39.
2. Karchmer SK. La educación médica para el siglo XXI: una aproximación al problema. Ginecol Obstet Mex 2005;73:265-281.
3. Marple BF. Competency based resident education. Otolaryngol Clin North Am 2007;40:1215-1225.
4. Sociedad Española de Educación Médica. Declaración del Lazareto de Mahon: Evaluación de las competencias profesionales. Educ Med 2004; 7(4): 103-105.
5. Weatherby BA, Rudd JN, Ervin TB, Stafford PR, Norris BL. The effect of resident work hour regulations on orthopaedic surgical education. J Surg Orthop Adv 2007;16(1):19-22.