

# Revista Médica del IMSS

Volumen  
Volume **43**

Número  
Number **6**

Noviembre-Diciembre  
November-December **2005**

*Artículo:*

Evaluación de la aptitud clínica en  
médicos de primer nivel de atención

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**medigraphic.com**

José Alberto  
García-Mangas,  
Leonardo  
Viniegra-Velázquez,  
Jorge Arellano-López,  
Juan García-Moreno

Coordinación  
de Educación en Salud,  
Centro Médico Nacional  
Siglo XXI,  
Instituto Mexicano  
del Seguro Social

# Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención

## RESUMEN

Objetivo: valorar el desarrollo de la aptitud clínica considerando el tiempo de experiencia clínica del médico de primer nivel de atención y la categoría laboral.

Material y métodos: en un diseño transversal se estudió la aptitud clínica en tres categorías de médicos de primer nivel: médicos generales con funciones de medicina familiar, médicos familiares y médicos familiares con funciones de jefes de departamento clínico, adscritos a unidades de medicina familiar que cuentan con 10 o más consultorios. Para valorar la aptitud clínica se utilizó un instrumento con 412 preguntas en torno a 12 casos clínicos reales, validado en un estudio previo.

Resultados: se incluyeron 499 médicos de las tres categorías. El rango de calificaciones fue de 52 a 245 y una puntuación en porcentaje respecto al total de 41 %. Al realizar la comparación entre las categorías se encontraron diferencias significativas (0.0001) a favor de los médicos con especialidad; no fue así entre los jefes de departamento clínico y médicos familiares con especialidad. En el análisis global entre indicadores no se encontraron diferencias. Al correlacionar la aptitud clínica con los años de experiencia, sin considerar la categoría, se obtuvo una correlación de 0.02.

Conclusiones: la experiencia parece no influir en el desarrollo de la aptitud clínica y la educación pasiva prevalente parece tener escasa influencia para que los médicos profundicen en la solución de problemas de salud frecuentes en su práctica.

## SUMMARY

Objective: to evaluate the development through time of the clinical aptitude in physicians of the first level of attention and the influence of categories of first level physicians.

Material and methods: In a cross-section design the clinical aptitude was studied in three categories of physicians of the first level of attention: general practitioners with functions of family medicine, family physicians, and family physicians working as head of a clinical department in Family Medicine Units with 10 or more consulting rooms. To evaluate the clinical aptitude, an instrument with 12 real clinical cases and 412 questions was used with nine indicators; this instrument was validated in a previous study.

Results: 499 physicians of the three categories were included, the scores range was between 52 and 245, with an average of 169 (41 %). When comparing the categories of physicians, significant differences were found, in favor of the physicians with a specialty. There were no differences among heads of clinical departments and family physicians. In the global analysis among indicators no differences were found. When correlating the clinical aptitude with the years of experience, without considering the category, a correlation of 0.02 was obtained. Conclusions: experience seems to have no influence in the development of clinical aptitude; passive continuing education seems to have little influence in the physicians deepening into frequent health-problem solving in their practice.

Comunicación con:

José Alberto  
García-Mangas.  
Tel.: 5627 6900,  
extensión 21243.

Dirección electrónica:  
[jose.garciam@imss.gob.mx](mailto:jose.garciam@imss.gob.mx)

## Introducción

El eje de este estudio será la experiencia clínica, sus alcances y limitaciones. Nuestro interés está en ahondar en el papel que desempeña la experiencia en el refinamiento de la aptitud clínica

de médicos de primer nivel de atención, para buscar alternativas tendentes a la superación de la educación médica y de la medicina familiar.

Se dice que la medicina es el arte y la ciencia que se ocupa de servir al hombre, de luchar y protegerlo contra sus enfermedades, de aliviar

## Palabras clave

- ✓ educación médica
- ✓ aptitud clínica
- ✓ medicina familiar
- ✓ investigación educativa

## Key words

- ✓ medical education
- ✓ clinical aptitude
- ✓ family medicine
- ✓ educational research

sus sufrimientos, de conservar su salud, de ayudarlo a rehabilitarse y a vivir con la máxima plenitud de sus facultades.<sup>1</sup>

La clínica, sustento de la práctica médica, se refiere al estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad, sean éstas reveladas por el interrogatorio, el examen físico o con el apoyo de procedimientos auxiliares, con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico, instituir medidas preventivas o de rehabilitación apropiadas a un paciente en particular.<sup>2</sup>

Para caracterizar la experiencia clínica se requiere diferenciar entre enfermedad y padecer, debido a que el ejercicio clínico parte de puntos de vista distintos: el dominio de técnicas, por un lado, y atender lo que aqueja al paciente, por el otro. Mientras que la concepción biológico-lesional fragmenta al paciente, excluye otras perspectivas integradoras y frecuentemente carece de elementos para explicar lo que le sucede. La noción biopsicosocial, por su parte, es amplia e incluyente y puede aportar elementos para una práctica clínica de mayores alcances a favor del paciente, y sirve al médico para recordar que el paciente es algo más que una enfermedad, que parte de su problema es subjetivo, ello implica que todo individuo enferma de manera estrictamente individual.<sup>3</sup> El paciente es un todo, donde los límites entre lo orgánico, lo psíquico y lo social se difuminan, se entrelazan y son (o debieran ser) manejados por el médico, cuya función es —solo o como líder de un equipo— abordar los componentes biológicos, psicológicos y sociales del padecer del paciente, simplemente porque están ahí, porque son parte intrínseca, sin importar que participen directamente o no en la etiología de la enfermedad.<sup>4</sup>

### ***La práctica rutinaria***

La *experiencia*, dice el diccionario, es el conocimiento que se adquiere gracias a la práctica y reconoce a la experimentación como el camino para lograrla.<sup>5</sup> En la vida cotidiana el ejercicio continuo de la medicina conforma la práctica y equivocadamente se piensa que la experiencia se instituye sólo por los años de práctica, sin reflexionar en lo que se hace y cómo se hace, sin experimentar y probar alternativas que tiendan a la superación de lo que se hace. La idea falaz

que subyace es que la práctica —acciones repetitivas— conduce inexorablemente al clínico experimentado, sin que se cuestionen tales supuestos que conduzcan a alternativas más promisorias.

En la práctica rutinaria los casos se miran igual y el abordaje es genérico, de rutina: “otro diabético”, “otro cirrótico”, etcétera, y se prescribe de igual manera: “uno por tres”, etcétera, de este modo la experiencia no conduce al perfeccionamiento de habilidades clínicas.

La práctica rutinaria genera pocas dudas, lo que trae como consecuencia autocoplacencia e inmovilidad o, peor aún, se incurre en la ilusión de que se es un “experto”, de que ya se “sabe todo lo requerido”, no se problematiza ni se indaga, lo que impide profundizar y, por lo tanto, el refinamiento de habilidades clínicas no se logra o sus alcances son muy limitados.

El uso de normas y procedimientos estandarizados para solucionar problemas clínicos crea la ilusión de “facilitar el trabajo” y conduce al médico a no reflexionar, a no considerar suficientemente el padecer del enfermo, a no emplear sus habilidades clínicas y a que la experiencia no enriquezca su quehacer en el tiempo.

El respeto al conocimiento establecido es habitual en la práctica rutinaria, se consume lo escrito ávidamente, baste que esté publicado en alguna revista para asimilarlo sin debatir su pertinencia o valor.

Esta práctica médica rutinaria parte del principio falso de que la práctica estereotipada, eje fundamental de la rutina, proporciona “todas” las habilidades necesarias para resolver los problemas de salud y que pueden ser utilizadas igualmente en cualquier paciente con un problema específico. Por ejemplo, la práctica preestablecida en el uso de recursos diagnósticos se puede alejar de lo que verdaderamente necesita el paciente, lo que trae como consecuencia que un porcentaje elevado de estudios no lo beneficie, tampoco suelen ayudar al médico a esclarecer el problema y usualmente contribuyen a elevar innecesariamente el costo del proceso de atención.

El ejercicio clínico es, sin duda alguna, la actividad nuclear del trabajo médico, en el entendido que no es la única. Tenemos que manifestar nuestro descontento por la situación que prevalece, luchar contra la burocratización médica que no sólo amenaza las instituciones asistenciales sino también al propio gremio.<sup>6</sup>

El uso de formas rígidas y rutinarias es característico de la práctica clínica de nuestros tiempos, se orienta más a seguir normas preestablecidas que a reflexionar en la selección pertinente de la decisión. Cuando el ejercicio clínico se realiza de manera repetitiva por costumbre inveterada, se limita a hacer lo mismo y de la misma manera, no ayuda al progreso, se actúa sin reflexión, simplemente porque siempre se ha hecho así y la práctica se torna rutinaria. Hacer las mismas cosas como siempre se han hecho, vuelve al médico autocomplaciente con su proceder en la atención del paciente, donde resulta innecesaria la indagación para tomar la mejor decisión posible a favor del paciente debido a que no cuestiona su actuación. Desde este enfoque, las posibilidades de perfeccionamiento de la práctica y de la medicina son escasas.

La práctica rutinaria es el efecto del centralismo, la regulación redundante, el burocratismo y el autoritarismo propios de las instituciones de salud del Estado que determinan las condiciones desfavorables de los ambientes laborales en donde se bloquea la participación<sup>7</sup> y el desarrollo de habilidades clínicas en la práctica cotidiana.

### *Reflexión crítica, alternativa para alentar los ambientes propicios*

La reflexión crítica es un camino divergente de la práctica rutinaria; se orienta a que el médico reflexione en relación a qué hace y cómo lo hace en la práctica clínica cotidiana. En esta experiencia reflexiva progresivamente aprende a dudar, cuestionar el quehacer cotidiano, a indagar para solucionar los problemas que aquejan al paciente y a proponer alternativas para resolver la situación clínica problema que plantea la atención de cada paciente; se aprende así a persuadir a otros médicos sobre la mejor forma de realizar la práctica médica, todo ello influye favorablemente en el ambiente. Esta secuencia de atributos es un camino alternativo para enriquecer la experiencia y promover el desarrollo de habilidades clínicas.

Desde la reflexión crítica cada paciente es distinto, se comprende que la expresión de la enfermedad es muy variada y que el sujeto padece la enfermedad de manera estrictamente individual. En la reflexión crítica, aprender a dudar de las propias certidumbres, indagar y

proponer alternativas de acción más pertinentes constituye la clave para la superación.

Desde la perspectiva centrada en la reflexión crítica, el interrogatorio y la revisión acuciosa del paciente, la reflexión constante durante la selección de las pruebas diagnósticas y terapéuticas, son la mayor garantía para no limitarse sólo a pensar en la posible defensa ante el paciente. El médico debe hacer todo lo posible por evitar errores, aquilatando sus deficiencias para corregirlas, lo que ayuda a ofrecer la mejor atención; esto es posible a través de la reflexión y la autocritica

Otra característica de la práctica médica contemporánea se relaciona con el uso creciente de la tecnología para la solución de problemas clínicos. Muchos médicos y pacientes se han fascinado con la tecnología, con la ilusoria idea de infalibilidad, se cree casi segura la solución a los problemas de salud. El deslumbramiento por la tecnología ha llevado a médicos y a pacientes a no reflexionar sobre la eficacia real de los aparatos, a no cuestionar sus limitaciones, y eventualmente se han expuesto a riesgos innecesarios.<sup>8</sup>

En la reflexión crítica de la experiencia, la solicitud de pruebas diagnósticas no es el producto de la rutina sino depende de la selección pertinente acorde a las condiciones particulares del paciente.

La mejor crítica es la autocritica; la insuficiente autocritica de qué se hace y cómo se hace en la práctica vuelve a ésta autocomplaciente, desprovista de recursos para probar, verificar, proponer e influir en el ambiente para mejorarlo.

Para la experiencia reflexiva el dominio de las habilidades clínicas no es la resultante de la práctica estereotipada de atender muchos pacientes; atender una gran cantidad quizás puede ser necesario pero no suficiente para lograr profundizar, pues sucede que se puede atender una gran cantidad de pacientes durante largo tiempo y al hacerlo sin cuestionamiento y sin indagar el alcance de otras alternativas, las posibilidades de superación y refinamiento son exigudas.

La experiencia reflexiva se sustenta en las habilidades del clínico como la reconstrucción de una historia clínica cronológicamente lógica, el pertinente interrogatorio, la adecuada exploración física, la solicitud selectiva de pruebas diagnósticas y la prescripción del tratamiento apropiado, todo lo cual presupone la indagación y priorización de las decisiones para una

**José Alberto García-Mangas et al.**  
**Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención**

\*Propedéutica: conjunto ordenado de métodos y procedimientos de los que se vale el clínico para obtener los signos y síntomas, mediante el interrogatorio, la inspección, palpación, percusión, auscultación y métodos auxiliares con el propósito de elaborar un diagnóstico

atención apropiada e individualizada. En donde el proceso, la propedéutica\*, la semiología y el contacto con el paciente son insustituibles.

Aprender a criticar la propia experiencia es un largo proceso de esclarecimiento para cobrar conciencia de las limitaciones y alcances de las acciones para solucionar problemas clínicos, que abre la posibilidad de caminos distintos para profundizar en la clínica y propiciar el consecuente desarrollo de la aptitud clínica.

Para valorar qué tanto la experiencia ha sido reflexiva, importa evaluar la actuación del médico, mediante situaciones clínicas problematizadas, casos clínicos reales, para examinar su criterio en el manejo individualizado del paciente, valorar lo apropiado de lo que no lo es de la actuación clínica, ponderando los beneficios y riesgos potenciales de sus decisiones, a fin de identificar elementos que permitan mejorar la educación médica, la actuación del médico familiar y la calidad de la atención del primer nivel.

El propósito del presente trabajo fue orientar la evaluación para valorar los alcances de los médicos familiares en la solución de problemas de salud frecuentes de su práctica; ponderar el papel de la formación profesional y la influencia del tiempo en el desarrollo de la aptitud clínica.

## Material y métodos

### Diseño

Estudio prospectivo, transversal, comparativo.

### Población

Para cumplir con los objetivos de este estudio se incluyeron tres médicos de primer nivel de atención por unidad de medicina familiar con 10 o más consultorios, que a juicio de las autoridades de la unidad se consideraron los mejores clínicos. Uno de cada categoría:

- a) Médicos generales (sin especialidad) en funciones como médicos familiares.
- b) Médicos con especialidad y funciones de medicina familiar.
- c) Coordinadores clínicos del primer nivel de atención.

El número de médicos analizados fue 499 de 639 (78 %): con especialidad 183 (85.9 %), sin especialidad 155 (72.8 %) y coordinadores clínicos 161 (75.9 %), adscritos a 213 unidades de medicina familiar; del turno matutino 314 (62.9 %) y vespertino 185 (37.1 %), pertenecientes al IMSS en todo el país. No se incluyó a médicos que laboraran en el primer nivel de atención pero con especialidad distinta a la de medicina familiar.

### Variable dependiente

■ *Aptitud clínica:* calidad de las acciones de diagnóstico y tratamiento que hace posible su perfeccionamiento ulterior, lo cual implica dotarse de pertinencia clínica y alcance progresivos que enriquecen la experiencia, que influyen favorablemente en las situaciones cambiantes de la medicina y del paciente que conducen a mejorar su calidad de vida. Fue evaluada según la puntuación obtenida en un instrumento construido ex profeso.

### Variables independientes

- *Tiempo de experiencia clínica:* años de práctica clínica (antigüedad) en la atención de pacientes en el primer nivel.
- *Categoría de médico:* médico familiar con especialidad, sin especialidad y jefe de departamento clínico.

### Instrumento de evaluación

Para explorar la aptitud clínica se utilizó un instrumento con casos clínicos reales cuya construcción y validación se realizó en un estudio previo<sup>9</sup> en el que se exploraron 12 problemas de salud frecuentes que incluyen tres casos por cada una de las especialidades troncales: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía general, con 412 enunciados de respuesta.

El instrumento está integrado por nueve indicadores que conforman el concepto de aptitud clínica en la práctica cotidiana. Los enunciados quedaron distribuidos de la siguiente manera:

- Reconocimiento de factores de riesgo, 61.
- Reconocimiento de indicios clínicos, 85.

- Integración diagnóstica, 71.
- Selección de pruebas diagnósticas, 41.
- Uso de recursos terapéuticos, 83.
- Reconocimiento de factores pronósticos y de gravedad, 13.
- Iatropatogenia por comisión, 34.
- Iatropatogenia por omisión, 25.
- Medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta, 58.

Para valorar el grado de desarrollo de la aptitud clínica se estableció una escala con los siguientes niveles:

- Aptitud propia del profano, explicable por azar, puntuación de 0 a 60.
- Aptitud muy incipiente de 61 a 130 puntos.
- Aptitud incipiente de 131 a 200.
- Aptitud intermedia de 201 a 270.
- Aptitud: avanzada de 271 a 340.
- Aptitud muy avanzada de 341 a 412.

Para un estudio previo<sup>9</sup> la consistencia interna del instrumento fue de 0.94 a través de la alfa de Cronbach. Con la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra el cálculo de las puntuaciones explicables por azar alcanzó 60, es decir, el límite superior de lo que obtendría un profano al contestarlo.

### **Pruebas estadísticas**

Para analizar la diferencia entre dos grupos se usó la prueba U de Mann-Whitney. Para la comparación global de tres o más grupos se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, así como la correlación de Spearman para valorar el grado de asociación entre aptitud clínica y años de experiencia.

## **Resultados**

**José Alberto García-Mangas et al.  
Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención**

El grupo de 499 médicos estudiados obtuvo una mediana en las calificaciones de 169 con un rango de 52 a 245; la puntuación global expresada en porcentaje del total fue de 41 %. En el cuadro I destaca que el grupo de médicos con especialidad en medicina familiar obtuvo las puntuaciones mayores. Al efectuar la comparación de las puntuaciones globales se encontraron diferencias estadísticas significativas entre las diferentes categorías.

Al comparar por separado el grupo de médicos sin especialidad con el de especialidad se encontraron diferencias estadísticas significativas ( $p < 0.0001$ ) a favor del segundo. Situación similar se encontró en la comparación entre los médicos sin especialidad y los jefes de departamento clínico a favor de estos últimos. En la comparación entre médicos con especialidad y jefes de departamento clínico no se encontraron diferencias estadísticas significativas.

Al realizar el análisis por cada uno de los indicadores por categoría se encontró diferencia significativa en las medianas obtenidas en siete de los nueve indicadores. No se encontró diferencia significativa en el reconocimiento de factores pronósticos y de gravedad, ni en la iatropatogenia por omisión. Cabe destacar respecto a las decisiones potencialmente iatropatogénicas por comisión (la puntuación revela la magnitud de las decisiones bien realizadas en las diferentes situaciones clínicas descritas), que el grupo de médicos con especialidad mostró una proporción menor de este tipo de decisiones (cuadro II).

Al correlacionar la aptitud clínica y los años de experiencia (antigüedad) con la prueba rs de Spearman, la asociación fue nula ( $rs = 0.02$ ). Al

**Cuadro I  
Aptitud clínica en 499 médicos de primer nivel de atención**

	Médico familiar sin especialidad n = 155	con especialidad n = 183	Jefe de Departamento Clínico n = 161	p*
Mediana	153	178	170	0.0001
Rango	52-218	56-245	85-244	
Desviación estándar	30.1	33.9	32.4	
Puntuación**	37.1	43.2	41.3	

\* Prueba de Kruskal-Wallis  
\*\* Puntuación expresada en porcentaje del total

analizar las calificaciones por estratos de antigüedad, se encontraron diferencias entre los tres grupos. Obsérvese que no se encuentra una tendencia sugerente de que a mayor experiencia (antigüedad) mayor desarrollo de aptitud clínica como cabría esperar (cuadro III).

En el cuadro IV se puede apreciar la distribución del grupo total de médicos estudiado de acuerdo con la escala: 70.1 % de los médicos mostró una aptitud incipiente, 15.6 % una aptitud muy incipiente y 13.8 % una aptitud intermedia. Ningún médico mostró una aptitud avanzada o muy avanzada; un médico sin especialidad y otro con especialidad obtuvieron calificaciones explicables por efecto del azar (60 o menor).

## Discusión

El estudio representa una nueva aproximación al primer nivel de atención en el IMSS. En esta ocasión se incluyeron tres categorías de médicos:

- a) Médicos generales con funciones de médico familiar.
- b) Médicos con especialidad en medicina familiar.

- c) Médicos con especialidad de medicina familiar en funciones de jefes de departamento clínico.

De acuerdo a estudios previos en residentes de medicina familiar, teníamos algunas hipótesis de lo que esperábamos encontrar, por lo que consideramos que los resultados no difieren sustancialmente de lo que ya observado.

En la comparación por categorías, las diferencias estadísticas a favor de los médicos con especialidad (mediana de 178) y jefes de departamento clínico (mediana de 170) sobre los médicos generales (mediana de 153) eran de esperarse, en cambio, esperábamos que los jefes de departamento clínico tuvieran diferencias con los médicos familiares con especialidad debido a que ellos deben supervisar el trabajo clínico de los médicos familiares, sin embargo, no fue así. Llama la atención que dos médicos, uno con especialidad y otro sin ella, obtuvieron calificaciones explicables por el azar (cuadro I). Este resultado es una llamada de atención para la educación continua de los médicos de primer nivel.

En el análisis global entre indicadores no se encontraron diferencias, pero al comparar las categorías por indicador se encontraron diferencias en

**Cuadro II**  
**Comparación de medianas por indicador de aptitud clínica en 499 médicos del primer nivel de atención**

Indicador global	Enunciados 412	Rango 52 a 245	Médico familiar		Jefe de Departamento Clínico n = 161	*p	Puntuación ***
			sin especialidad n = 155	con especialidad n = 183			
Reconocimiento de factores de riesgo	61	3 a 51	27	32	30	0.001	44.6
Reconocimiento de indicios clínicos	85	- 17 a 59	31	34	33	0.05	36
Rec. Fac. pronósticos y de gravedad	13	- 6 a 13	4	5	5	ns	27
Selección de pruebas diagnósticas	41	- 8 a 30	11	13	13	0.001	31
Integración diagnóstica	71	- 6 a 54	26	31	28	0.0001	31
Uso de recursos terapéuticos	83	- 9 a 59	25	33	29	0.0001	34.9
Medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta	58	4 a 47	30	32	31	0.01	46
Iatropatogenia por comisión ****	34	-26 a 32	10	14	12	0.003	34
Iatropatogenia por omisión **** p**	25	-3 a 21	10	11	10	ns	25.2 ns

\* Prueba de Kruskal-Wallis

n = 99

\*\*  $\chi^2$

\*\*\* Puntuación expresada en el porcentaje del total

\*\*\*\* Expresado en errores del indicador

siete de los nueve indicadores. Fue en el reconocimiento de factores pronósticos y de gravedad y en el de iatropatogenia por omisión donde no se encontraron diferencias. En el caso de factores pronósticos y de gravedad probablemente se deba a que, en general, los médicos de primer nivel tienen poco contacto con pacientes graves o en estado crítico, por lo que se trata de indicadores menos relevantes de su experiencia cotidiana (cuadro II).

Al correlacionar las puntuaciones con los años de experiencia, independientemente de la categoría, se obtuvo una correlación nula; es decir, la experiencia clínica expresada en años de práctica (antigüedad) no parece influir en el perfeccionamiento de la aptitud clínica, o sea que parece existir un estancamiento en el desarrollo de habilidades clínicas. Cuando se estratificaron por antigüedad al interior de cada grupo tampoco se encontraron diferencias estadísticas en el desarrollo de la aptitud clínica, lo que probablemente se deba a las condiciones del ambiente laboral que imponen una práctica rutinaria y a una educación continua con un enfoque pasivo que no logra incidir en el desarrollo de habilidades clínicas. A pesar de las diferencias encontradas, el nivel de las puntuaciones revela que el desarrollo de la aptitud clínica es claramente insuficiente desde la perspectiva de la educación y de la clínica (cuadro III).

Los pobres resultados pueden mirarse como un indicador indirecto de las condiciones del ambiente y como una situación de la práctica en el primer nivel de atención marcada por la rutina, donde también prevalece una concepción

de la medicina reducionista, dependiente de la tecnología que ha propiciado que las habilidades clínicas se hayan estancado o deteriorado y no se propicien mejores alternativas de atención a los pacientes. El médico se encuentra ante las exigencias de acatamiento de dos responsabilidades: una invisible y silenciosa de nuestra conciencia, que busca el bien del enfermo, y otra visible e implacable que le obliga a obedecer normas impuestas para controlar, que hacen rígidas las actividades y las entorpecen.

Avanzar en este contexto implica contar con estrategias de educación continua que permitan efectivamente profundizar; para ello es necesario partir de una concepción distinta de la habitual. La educación participativa propone la reflexión crítica, para que el proceso educativo induzca el aprendizaje autónomo al dudar de las propias certidumbres, al cuestionar qué se hace y cómo se hace la atención de los pacientes, al indagar, proponer y al realizar investigación para que se haga posible el refinamiento de la aptitud clínica.

Las habilidades clínicas y la propedéutica hoy en día se ponderan poco, aun cuando una buena exploración e interrogatorio son insustituibles para permitir, entre otras acciones, un uso apropiado de los exámenes paraclínicos. El médico ha extraviado el sentido de su quehacer al solicitar irreflexivamente una “batería de estudios”.

La tecnología para el diagnóstico y el tratamiento entrañan —cuando son bien utilizadas— indiscutibles beneficios para resolver problemas de salud en medicina, de hecho no se concebiría la práctica actual sin el apoyo de

**José Alberto García-Mangas et al.  
Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención**

**Cuadro III**  
**Comparación de la aptitud clínica de 499 médicos del primer nivel de atención, según su antigüedad**

Antigüedad en años	Global		Medicina familiar		Jefe de Departamento Clínico		*p		
	n	Mediana	n	Mediana	n	Mediana			
1 a 9	44	158.5	23	133.5	16	178	5	163.5	0.0003
10 a 19	27	170	90	161.0	96	177.5	89	173.5	0.001
20 a 29	180	168	42	146.5	71	178	67	163	0.0001
*p	499	ns	155	ns	183	ns	161	ns	

\*P prueba de Kruskal-Wallis

Correlación global de Spearman rs = 0.02

pruebas auxiliares del laboratorio y gabinete para el diagnóstico o los recursos de tratamiento. No obstante, la práctica médica desprovista de reflexión, rutinaria y sin indagación de qué se hace y cómo se hacen las cosas, ha conducido al abuso y al aumento innecesario del costo de la atención médica.

Con el predominio de la educación pasiva, el creciente deterioro de las habilidades clínicas y la práctica clínica rutinaria han conducido a los médicos del primer nivel a alejarse del paciente y de la clínica, lo que ha traído como consecuencia graves limitaciones en el desarrollo de su aptitud clínica, en la calidad de la atención médica, y como resultante de ello una disminución de su reconocimiento social.

**Cuadro IV**  
**Escala de aptitud clínica en 499 médicos del primer nivel de atención**

Escala de aptitud	Puntuaciones	n	%
Profana	0 a 60	2	0.4
Muy incipiente	61 a 130	78	15.6
Incipiente	131 a 200	350	70.1
Intermedia	201 a 270	69	13.8
Avanzada	271 a 340	0	0
Muy avanzada	341 a 412	0	0
Total		499	100

La educación orientada a reflexionar acerca de qué, cómo, porqué y para qué de las actividades clínicas, al valorar los alcances y limitaciones conduciría a una práctica distinta, de cuestionamiento, problematizadora e inquisitiva, debatiendo el conocimiento establecido en busca de alternativas de superación.

Bajo el enfoque aquí desarrollado, los resultados de la evaluación del médico de primer nivel pueden ser una fuente rica para la reflexión, la autocritica y la autoevaluación de profesores y médicos; los resultados son indicios para el profesor en torno a las fortalezas y debilidades del programa académico, lo cual puede facilitar la selección de contenidos y aportar los elementos necesarios para determinar qué actividades clínicas es indispensable fortalecer durante el proceso educativo de los médicos para ahondar en habilidades diagnóstico-terapéuticas propias de su especialidad.

## Epílogo

Si no se reflexiona en lo valioso de la cultura médica y el papel fundamental de la clínica, en lo que es digno de preservar y lo que debemos desechar, la práctica clínica estará condenada irremisiblemente a su extinción. La perspectiva de la reflexión crítica abre la posibilidad de incidir profundamente en el médico para que perfeccione su práctica médica, pensando siempre en la mejor actuación posible, pero sobre todo en la protección del paciente.

## Referencias

1. Jinich H. Prólogo. En: Carrillo FLMR. La responsabilidad profesional del médico. México: Porrúa; 1998.
2. Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM-IMSS; 1999. p. 161-180.
3. Viniegra VL. Solución de problemas cínicos. En: Laredo F, Lifshitz A. Introducción al estudio de la medicina clínica. México: Prado; 2000. p. 153-165.
4. Jinich BH. Factores psicológicos y el aparato digestivo. Rev Med IMSS 2000;38(1):69-76
5. El Pequeño Larousse Ilustrado. México: Ediciones Larousse; 2005.
6. Narro RJ. El sentido de la medicina. En: Los desafíos de la educación médica en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1990. p. 167-178.
7. Viniegra VL. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud ¿porqué deben ser distintas? Rev Med IMSS 2004;42(1):37-53.
8. Reiser SJ. Los defectos de la tecnología en la toma de decisiones médicas. En: La medicina y el imperio de la tecnología. México: Biblioteca de la Salud; 1990. p. 183-201.
9. García MJA, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2003;41(6):487-494. 