

Los retos de la educación médica: ¿retomar al mentor?

Patricia Santillán Doherty* 

*Editor en Jefe de la Revista Neumología y Cirugía de Tórax; Subdirección de Cirugía. INER.

Trabajo recibido: 23-III-2012; aceptado: 23-III-2012

Recientemente, la directiva del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas presentó un análisis minucioso de la problemática educativa en la preparación de especialistas en el área neumológica, y que sustentan el inicio de un programa alterno de entrada directa a la especialidad elaborado en conjunto con el Comité Académico de Neumología de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Sustentado, en parte, por el estudio de la fuerza de trabajo en la especialidad de neumología publicado en NCT¹ donde se demuestra que la necesidad de especialistas neumológicos en el país sobrepasa por mucho su capacidad de producción, justifican enteramente con ello la exploración de alternativas menos rígidas que permitan preparar especialistas mediante programas bien estructurados que no vayan en detrimento de la calidad de dicha preparación.

William Osler, en su ensayo titulado *La Vida del Estudiante* nos advertía: «*Ningún ser humano tiene la capacidad de conocer la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad; aun los mejores deben contentarse con fragmentos, con vistas parciales, nunca con la cristalización completa.*»

Y sin embargo, la verdad es algo que nos mueve. El impulso que nos lleva a buscarla es una razón primordial que explica los avances importantes que ha tenido nuestra actividad médica desde que Osler escribió su advertencia. Reflexionar sobre la vida médica es importante si nos atenemos a lo mencionado por Osler y a aquello dictado por el mismo Platón donde llega a sentenciar que la vida no examinada no vale la pena vivirse.

Una reflexión importante acerca del proceso educativo en medicina fue traída a la luz recientemente por el Dr. Luis Muñoz Fernández en su columna semanal y que comparte a través de una página electrónica: *Facebook*.² Dice Muñoz-Fernández que su tocayo, el Dr. Luis Humberto López de León, le comentó sobre el libro *Aprendiendo el Razonamiento Clínico* (Kassirer, Wong y Kopelman, 2009), y establece una pregunta que

no es menor: «*¿Por qué, con la misma información para todos, los médicos de distintas capacidades llegan a conclusiones diferentes con diferentes consecuencias?*» Y continúa diciendo que «*los autores señalan que la sabiduría se basa en el modo de utilizar la información y los conocimientos (que implica un método), y la tarea para adquirir ese conocimiento se llama razonamiento clínico, que va de la mano con los ejemplos de los profesores clínicos.*»

Por otro lado, Michel Foucault, crítico poco piadoso con la medicina pero que nos hizo reflexionar sobre el poder que la misma ejerce dentro de la sociedad, escribía en *El Nacimiento de la Clínica*: «*Lo que define el acto del conocimiento médico no es el encuentro del médico y del enfermo, ni la comparación de un saber con una percepción; es el cruce sistemático de dos series de informaciones homogéneas la una y la otra, pero ajenas la una a la otra, dos series que desarrollan un conjunto infinito de acontecimientos separados, pero cuyo nuevo corte hace surgir, en su dependencia aislable el hecho individual.*»³

Y he aquí que surge la pregunta necesaria: ¿Cómo hacer que el método de adquisición de ese conocimiento necesario se realice de tal forma que la «información homogénea» del médico pueda cruzarse con la otra, la del paciente, y hacer que surja el hecho individual del cual deriva aquello que finalmente constituye lo que busca el paciente y lo mueve a solicitar nuestra ayuda? ¿Cómo hacer que las conclusiones a las que llegamos los médicos ante nuestros pacientes sean lo más homogéneo posible?

No pretendo aventurar una respuesta; sin embargo, uno detecta una serie de variables que intervienen en esta cuestión: la información en sí, los médicos de distintas capacidades, las conclusiones a las que llegan y sus consecuencias; a lo que tal vez agregaría yo una pequeña consideración con respecto del método mencionado para adquirir los conocimientos; estos últimos entendidos no sólo como los mecanismos fisiopatológicos y otros datos que utilizamos, sino como las habilidades y aptitudes necesarias para el desarrollo

profesional. Lo que obliga a una pregunta más en relación a la homogenización del acto médico. ¿Depende este acto médico homogéneo de la información, de las capacidades de los médicos o del método utilizado para adquirir los conocimientos? Todo esto, a mi parecer, forma parte de lo que habitualmente conocemos como educación médica, reto no menor que comienza por el análisis crítico de la manera en que producimos conocimiento médico (una verdadera epistemología médica), el estudio de las capacidades de los seres humanos que nos dedicamos a la medicina y la forma en que adquirimos, desarrollamos y hacemos interactuar dichas capacidades en conjunto con el paciente buscando su beneficio. El «hecho individual» que menciona Foucault.

¿Cómo hacer para que se dé todo esto? Es la labor de la educación médica, tanto la formal a través de las escuelas y facultades del país en conjunción con el gremio médico y las instituciones hospitalarias, como la informal (entre comillas) dada mediante la labor cotidiana de los médicos a la que hacía referencia Osler.

Mi sesgo quirúrgico me hace parafrasear al cirujano norteamericano John Kirklin cuando advertía a sus discípulos: «*En Dios puedes creer, para todo lo demás tienes que presentar tus datos.*» La presentación de datos obtenidos en investigaciones sobre la educación médica es un tema de la revista NCT: investigaciones sobre la información que damos, los conocimientos que producimos, las capacidades que tenemos y los métodos que usamos para allegarnos todo esto.

La metodología científica puede aplicarse en la educación médica, pero es importante pensar que el proceso educativo se establece mediante una relación humana. El método socrático reconocía la verdadera enseñanza como aquella que se lleva a la práctica mediante el ejemplo. Es, literalmente, ejemplar. Muchos médicos y cirujanos enseñan explorando pacientes y operando; pero también enseñan con sus intervenciones en las sesiones, los congresos y demás reuniones médicas y hasta no médicas. El ejemplo es muchas veces establecido a través de dichos o aforismos. Verdaderas paráboles llenas de sabiduría como las que he podido recibir de parte de mis propios maestros cuando al estar operando me decían: «...hay que operar derecho porque el que se agacha pierde...»; o resumir el análisis de riesgo beneficio de una operación con el argumento «...el que se quema con leche, hasta al jocoque le sopla...». O bien, cuando al cuestionar al maestro sobre las razones de tolerar alguna arbitrariedad o traición por parte de algún conocido se limitaba a hacernos reflexionar con su «...mira compadre, si a Jesús, siendo Hijo de Dios, se le metió un hijo de la fregada... pues, ¿qué quieres que yo haga?».

Esto ha llevado a muchos a repensar la figura del mentor en medicina. Como Mentor, el amigo encargado

por Odiseo de vigilar su palacio y guiar o aconsejar a su hijo Telémaco, la relación que se da entre el mentor y su discípulo es algo que, como comunidad médica debemos rescatar aun a riesgo de caer en la incorrección política y recibir acusaciones de favoritismo o de abierto nepotismo. Si bien, la visión clásica le tiene como consejero o consultante, no es infrecuente que el mentor aparezca como agente promotor, entrenador, administrador o coadyuvante en el desarrollo del joven especialista. Finalmente se le mira como lo que es: un maestro líder que ofrece algo más en la relación profesional, la amistad. Debemos revalorar la importancia del mentor en el proceso educativo médico, analizar sus características y favorecer su aparición.

En el futuro, la experiencia educativa en medicina será mejor de lo que ha sido, ya que los educandos (pregrado y postgrado) adquirirán sus competencias cognoscitivas y de habilidades manuales de manera múltiple a través de varias vías; además, recibirán reforzamiento inmediato con el objeto de incorporar el nuevo conocimiento dentro del contexto clínico de su vivencia cotidiana. Estas vías de adquisición de conocimientos y habilidades, así como los instrumentos de evaluación y las técnicas de reforzamiento utilizadas, deben alejarse cada vez más del empirismo, el pensamiento bien intencionado, la costumbre o la superstición, y acercarse más a la metodología científica, tal y como sucede actualmente con la producción de conocimiento sobre mecanismos fisiopatológicos o la evaluación de nuevas modalidades de tratamiento. NCT debe ser partícipe en la publicación de manuscritos sobre estos temas.

REFERENCIAS

1. Vázquez-García JC, Salas-Hernández J, Fernández-Vega M, Palomar-Lever A, Pérez-Padilla JR. *Crecimiento y distribución geográfica de los neumólogos en México: Implicaciones para el mercado de trabajo y la formación de recursos humanos.* Neumol Cir Torax 2010;69:64-74.
2. Muñoz-Fernández L. *Escuchando el alma y oyendo el cuerpo (2^a parte).* En: Mesa de autopsias. El Heraldo de Aguascalientes. Fecha de consulta: 17 de marzo de 2012. Accesible en: www.heraldo.mx/columna/mesa1574-escuchando-el-alma-y-leyendo-el-cuerpo-segunda-parte.108.html
3. Foucault M. *El nacimiento de la clínica.* Siglo XXI. México, 1966.

✉ Correspondencia:

Dr. Patricio Santillán-Doherty
Editor en Jefe de NCT
Subdirección de Cirugía. Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI.
México, D.F., 14080
Correo electrónico: patricio.santillan@gmail.com