

¿Bioingeniería o medicina?

El futuro de la formación integral del médico

Todos los que participamos en la formación de los profesionales de la salud debiéramos plantearnos urgentemente cambios en nuestros objetivos y sistemas docentes.

Referentes sociológicos

Barcelona acogerá los días
8 y 9 de febrero las Jornadas
Estatales de Estudio y
Debate sobre el Futuro de la
Formación Integral del
Médico, un encuentro que
tiene entre sus objetivos
profundizar en la realidad de
la formación de estos
profesionales en los países
desarrollados y reflexionar sobre sus diferentes
modelos, teorías y herramientas metodológicas.
Jornadas Estatales de Estudio y Debate sobre el
Futuro de la Formación Integral del Médico.
Barcelona, 8-9 de febrero.
www.fccsm.net
www.gencat.net/salut/ies

Resulta un lugar común decir que las ciencias y tecnologías médicas crecen a un ritmo casi exponencial. Como consecuencia, ese progreso de las disciplinas médicas y la biotecnología ha producido y está produciendo efectos positivos indiscutibles en el estado de salud de la población y un prestigio sostenido de algunas profesiones e investigaciones médico-biológicas. Sin embargo, al mismo tiempo, estamos asistiendo a la generalización de una serie de efectos secundarios inesperados y a una creciente iatrogenia biológica, psicológica y social: mitificación de la biomedicina, aumento exponencial de las demandas y de la iatrogenia biológica, medicalización y farmacologización de casi todos los aspectos de la vida, expectativas poco realistas de los pacientes, los políticos y los medios de comunicación, presiones de la industria farmacéutica sobre los médicos, con repercusiones negativas para la salud de éstos y de la población en general...

Como se recuerda a menudo, entre otros lugares en el programa de las anunciadas Jornadas Estatales sobre la Formación Médica, todo ello está dando lugar a una disociación creciente entre los diversos intereses de los profesionales y entre los de éstos y la población. Si bien una y otra vez los ciudadanos se manifiestan por la personalización e integralidad de la asistencia –“lo que quiero de mi médico es que sea persona / que me escuche”–, la medicina oficial parece estar alejándose progresivamente de esos intereses y, en esa medida, de la ciudadanía: “Lo que quiero de mi trabajo es que sea científico / tener medios tecnológicos / no tener discusiones ni con pacientes ni con jefes / que me dé dinero, seguridad, bienestar...”. Incluso los estudios empíricos y las encuestas entre los ciudadanos dan como resultado repetido esa



“La caricatura la muestran algunos estudios recientes, en los que los estudiantes de medicina sienten más “desgaste profesional”... cuanto más avanzan en la carrera.”

La imagen, de Tino Soriano

Un grupo de estudiantes de medicina se prepara para superar un examen práctico de nefrología, en el Hospital Clínic de Barcelona.

valoración de la relación humana, la escucha, el “poder hablar” por parte de los consultantes, una valoración bastante alejada de los deseos y expectativas de los profesionales.

Modelos formativos anticuados

Las características de la formación y la docencia de la medicina actuales poseen una parte de la responsabilidad para que se estén desarrollando esas perspectivas tan excesivamente escindidas o divididas entre los médicos y la población, o incluso entre los diversos intereses médicos. La formación que recibe el médico en la universidad, en el período MIR y a lo largo de su carrera profesional –formación continuada–, tal vez se esté sustentando en modelos, sistemas y políticas formativos anticuados, o no adaptados a su finalidad u objetivo fundamental: formar clínicos –y no investigadores o docentes–. La población y sus representantes a menudo acusan a los profesionales y a sus organizaciones de no tener en cuenta algunos principios ideológicos que deberían ser básicos para la medicina actual, tales como la empatía, la solidaridad, la sostenibilidad, el respeto de la autonomía de los consultantes, la integración con otros intereses y dispositivos sociales, etc.

Desde otros puntos de vista, se acusa a la formación y formación continuadas en medicina de estar demasiado orientadas a la adquisición y mantenimiento de conocimientos y habilidades, pero descuidando ampliamente la adquisición y mantenimiento de las capacidades, actitudes y valores básicos para una relación asistencial autonomizante y no medicalizadora... En la población,

eso está llevando a un progresivo descrédito de la medicina oficial a favor de medicinas “alternativas” y a un disparatado aumento de los costes. Entre los profesionales de medicina y enfermería, un resultado no desdeñable es el aumento del síndrome de desgaste profesional o *burn out* en los países tecnológicamente desarrollados. La caricatura la muestran algunos estudios recientes, en los que los estudiantes de medicina sienten más “desgaste profesional”... cuanto más avanzan en la carrera. Al igual que sus docentes. Además de que sus capacidades de empatía, también según estudios recientes, parece que disminuyen en los cursos clínicos, es decir, conforme avanzan en su carrera y entran más y más en contacto con el mundo de la práctica médica, que debería ser el mundo de la *clínica* –etimológicamente vinculada con la capacidad de “estar en la cabecera del paciente”. Por cierto, ¿cuándo fue la última vez que usted se sentó “a la cabecera del paciente”?–.

Ante todo ese cúmulo de problemas, ante toda esa *némesis médica*, a menudo la actitud de profesionales y gestores sanitarios y universitarios es considerarla inevitable, inamovible, indispensable en ocasiones... En ese sentido, se tiende a pensar que no existen alternativas para esos sistemas de formación médica, para sus objetivos obsoletos, para la parcialidad de las actitudes asistenciales e interpersonales que parecen difundir... Pero ¿de verdad no hay alternativas para esos modelos formativos o, al menos, no hay alternativas para intentar disminuir los déficits de la formación actual, en especial en el campo de la preparación para la relación asistencial, para la relación médico-paciente y médicos-población?

Competencia profesional

En este ámbito, no hay que olvidar que la formación y la docencia pretenden conseguir una competencia profesional. Y la competencia médica incluye no sólo el uso de razonamientos clínicos y técnicas, sino que hoy es definida como “el uso habitual y juicioso de la comunicación, las herramientas y tecnologías sanitarias, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la autorreflexión en la práctica diaria para el beneficio de individuos y comunidades”. Es decir, no es algo que se refiera tan sólo a conocimientos y/o técnicas biomédicas, sino a ese conjunto de factores. Además, no es algo que se adquiere puntualmente: ni con el final de carrera, ni con el MIR, ni con el título de especialidad. La competencia se logra y mantiene, sobre todo, gracias a la formación continuada, además de ser una cualidad contextual, es decir, referida a contextos sanitarios determinados. De esa forma, profesionales con competencia acreditada en determinados contextos pueden resultar poco competentes en contextos sanitarios o médicos diferentes.

Cuando la relación médico-paciente ha comenzado a estudiarse desde el punto de vista empírico, se ha visto que, como decía Michael Balint, una atención sanitaria centrada en el paciente –y no en la enfermedad, el médico o el aparato sanitario– es la más eficaz y eficiente forma de ejercer la medicina. Se ha podido comprobar que la competencia médico-clínica hoy tiene que ver sobre todo con la capacidad de practicar una medicina “centrada en el paciente” o, mejor aún, “centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad”. Con la ventaja de que ya existen medios y métodos probados para enseñar esa orientación, difundirla y evaluarla.

Incluso en este campo más abstruso de la evaluación, se han desarrollado técnicas para evaluar la relación médico-paciente y la “focalización en el paciente” de dicha relación. Métodos como, por ejemplo, la observación directa de las entrevistas seguida por la aplicación posterior de sistemas de codificación, análisis interaccional, *checklist* y escalas evaluación... Pero también mediante la observación directa de la relación con pacientes simulados, sincrónica o incluso longitudinal. O los autoinformes del médico y el consultante con escalas para evaluar su capacidad para ser soporte de la autonomía y de inducir confianza o bien desconfianza. Hoy se pueden también estudiar empíricamente las competencias del médico para hacerse con un conocimiento global, biopsicosocial; del paciente, para explorar lo que le satisface en la asistencia y poderse lo proporcionar o no... Otros sistemas se basan en medios videográficos que son puntuados después por los pacientes o bien en entrevistas semiestructuradas con ellos, posteriores a la consulta, para que evalúen una serie de capacidades del profesional.

Por otra parte, no hay que olvidar que pueden usarse, como formas de evaluación directa o indirecta, las comunicaciones en grupos focales y grupos “tipo Balint”, así como otra serie de sistemas para la evaluación por pares, colegas o compañeros —una de las vías más efectivas de evaluación—; o modelos de evaluación incluso procedentes de otras ciencias y técnicas, como por ejemplo los derivados de la observación etnoantropológica de campo, que parte de la consideración de la relación médico-paciente como una variable cultural relevante en muchas culturas contemporáneas...

Fo mar clínicos

La imposibilidad de operativizar y evaluar modelos de enseñanza de la medicina diferentes del tradicional se había aducido a menudo como obstáculo para ponerlos en marcha, para aplicarlos. Como vemos, hoy ya no puede decirse lo mismo. Se han aplicado, estudiado y evaluado otros modelos de enseñanza y, como vemos, no faltan sistemas para evaluarlos. ¿Por qué, pues, seguir

comenzando la carrera dedicando tantas horas a la disección de cadáveres y tan pocas al aprendizaje de las técnicas de comunicación y entrevista, o a técnicas familiares y grupales? Evidentemente, no se trata de sustituir unos elementos por otros, sino de complementarlos orientando la enseñanza de la medicina hacia su objetivo fundamental, que no es formar investigadores o científicos, sino clínicos. Y eso quiere decir personas *competentes* en la medicina según la definición de competencia antes expuesta, que procede de grupos de investigación sobre el tema como los de la Universidad de Rochester (EE UU).

Un clínico, como decimos, no es un científico ni un investigador. Más exacta y modestamente, es una persona que se juzga competente para la utilización de ese conjunto de tecnologías, razonamientos científicos, técnicas, artesanía y “arte clínico” que forman la esencia de la aproximación médica. Y, para los médicos de nuestros días, tal vez la mejor forma de potenciar sus capacidades de contacto sería comenzar la carrera o, al menos, los cursos clínicos, con aproximaciones a la experiencia del enfermar, tema para el que se han utilizado ya numerosos métodos y modelos. Sólo para provocar un poco el pensamiento alternativo sobre el tema, se podría mencionar la posibilidad de utilizar grupos y técnicas grupales con los estudiantes de medicina: la mejor forma para prepararlos, seleccionarlos y que se autoseleccionen para trabajar en equipo.

Otros sistemas y posibilidades

Otros sistemas y posibilidades: grupos de reflexión sobre las enfermedades vividas en la familia y sobre las relaciones de la propia familia con la medicina, grupos enfocados a ayudar a entender y soportar los procesos de duelo y pérdida, grupos sobre las experiencias del enfermar de los pacientes, sobre esas experiencias en la literatura y el cine, o bien perfeñados mediante medios audiovideográficos... A otro nivel, utilizando las técnicas antes enunciadas, habría que incrementar las posibilidades y perspectivas docentes sobre habilidades de comunicación y para la entrevista, y la formación para entrevistas de motivación: cómo poner, cambiar, quitar, perseverar en tratamientos; como intentar cambiar hábitos o hacer una prevención que no dé como resultado nuevas formas de medicalización... Los sistemas tecnológicos modernos basados en registros videográficos, informatizados o no, en entrevistas tutorizadas *online*, en la utilización creativa de internet, en las modernas técnicas motivacionales y organizacionales —básicas para el trabajo en empresa y en equipo—, unidos a sistemas más tradicionales tales como supervisiones, tutorizaciones e incluso medios psicoterapéuticos expresamente orientados para los profesionales y la formación, tendrían mucho que decir en este ámbito. Pero ¿lo están diciendo?

En definitiva: todos los que de alguna manera participamos en la formación de los profesionales de medicina y enfermería, en su pregrado y en sus posgrados, tal vez debiéramos plantearnos urgentemente cambios tanto en nuestros objetivos como en nuestros sistemas docentes. Tal vez sea ya hora de aplicar sistemas y modelos que evalúen no sólo conocimientos memorísticos —algo necesario, pero enormemente insuficiente para ser un buen médico, un médico competente— sino también habilidades técnicas de todo tipo —incluidas las comunicacionales y psicosociales—, así como las aptitudes y valores necesarios para practicar una medicina “centrada en el paciente” o, mejor aún, una “atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad”. Porque para las necesidades de la mayor parte de la asistencia actual resulta enormemente insuficiente e ineficiente seguir enseñando y aprendiendo lo mismo y con los mismos métodos, y luego añorar unas gotas de “humanidad” y “humanismo” en la práctica de nuestra profesión. Pero sobre este tema esperamos poder proponer algunas reflexiones en un próximo número.]