



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



SER MÉDICO

La educación clínica ayer y hoy

Present and past clinical education



“El estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es como navegar en un mar desconocido, mientras que el estudiar libros sin pacientes es como nunca hacerse a la mar”.

Sir William Osler

La verdad es que no es fácil identificar qué experiencias generadas a través de tantos años de actividad profesional en el sistema sanitario y educativo pueden servir de base para futuras reflexiones, especialmente para los que comenzamos nuestra carrera profesional con el sistema MIR (Médico Interno Residente), con la jerarquización de la seguridad social y con otros eventos no menos importantes y cuyas consecuencias modificaron todo nuestro sistema sanitario, nutriéndolo de profesionales del más alto nivel. Todo esto no fue fruto de la casualidad, sino de unos excelentes médicos y hospitales que dieron cobijo a una medicina de gran calidad, sin más secreto que la dedicación

al enfermo, al que con una tecnología y unos laboratorios no comparables a los actuales y sólo con la historia clínica, la exploración minuciosa y el estudio permanente, se lograba una aproximación diagnóstica no superada por las técnicas actuales. Esto, además, era válido tanto para generalistas como especialistas, y la razón era sencilla. La educación clínica de alto nivel y aplicada a pie de cama era la única herramienta para la toma de decisiones, independiente de su trascendencia, y hay que añadir que este elevado nivel asistencial fue la base del desarrollo de la investigación clínica.

Esta forma de hacer medicina ha sido la habitual en la mayoría de los hospitales del sistema público y era de la que se nutrían los MIR que realizaban su especialización médica y les aportaba una excelente formación. Sin embargo, y desde hace tiempo, llevamos observando con importante preocupación un progresivo deterioro en la formación de las competencias médicas de nuestros valiosos residentes, hecho que de continuar afectaría de manera importante la calidad de nuestros médicos y lógicamente de nuestro sistema sanitario.

Es evidente que éste es un problema conocido desde hace años y así lo señalaba con su habitual brillantez el Prof. Martínez López de Letona, prototipo de lo que debe ser un clínico, en un congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en el período que yo era presidente: “cómo un numeroso sector de la propia profesión subestima el quehacer clínico frente al instrumental y cómo escuchar y explorar al enfermo requiere más tiempo, capacidad y esfuerzo que la realización de muchas técnicas por las que se puede obtener una remuneración muy superior”¹. Este problema del que todos hablamos, pero para el que nadie ofrece soluciones definitivas, es el motivo de esta reflexión, cuyo fin no es más que aportar puntos de vista asumidos durante una larga trayectoria profesional y transmitirlos, por si pueden serles útiles, a los lectores y a los responsables de llevar a buen fin la reforma del sistema educativo médico.

Quizás algunos piensen que es una reflexión “trasnochada”, pero de verdad pienso que la recuperación de una educación clínica de nivel es fundamental para el futuro de nuestro sistema educativo y sanitario.

Educación clínica como base de una asistencia de calidad

¿Qué ha ocurrido para que un sistema MIR, verdadero colchón de las deficiencias del pregrado y orgullo de todos durante años, comience a hacer “aguas” y requiera una modificación tan necesaria como urgente? Han pasado muchas cosas, pero una de ellas es que los excelentes y necesarios especialistas son cada vez, y de manera más precoz, comenzando ya en el período MIR, más especialistas y menos médicos. Buscan el aprendizaje técnico sobre el “ser médico”, sin adquirir el nivel deseado de competencias que debe caracterizar a cualquier buen profesional médico, y sustituyen cada vez más rutinariamente el método clínico por el uso de tecnologías, la mayoría de las veces con indicaciones más que dudosas. Esta preocupación se recoge perfectamente, pero con cierta tibieza, en un borrador recientemente conocido sobre “La troncalidad en las especialidades médicas” del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud². Entre otras cosas, y después de subrayar las ventajas de la especialización, en este documento se hace una especial referencia a los contenidos de los programas formativos de las especialidades, y señala como un inconveniente el potenciar los contenidos propios de éstas en detrimento de una formación más integral.

Este inconveniente, dominante durante muchos años por ser “muy progresista”, ha sido un mal camino que con el paso del tiempo ha llevado a nuestros residentes, atraídos por la idea de que la calidad médica va ligada al tratamiento especializado y a los recursos tecnológicos, a alejarse progresivamente de una educación clínica minuciosa y de un abordaje integral del enfermo.

Todo esto ha ocurrido sin que nadie, ni profesionales ni organismos sanitarios, se sintiesen responsables directos de lo que estaba ocurriendo y menos que tratasen de modificarlo. Las consecuencias no han tardado en aparecer: las historias clínicas son incompletas, la exploración clínica es sesgada, el juicio diagnóstico está relegado a la obtención de datos de laboratorio o de imagen que en muchas ocasiones se solicitan sin siquiera molestarse en explorar al enfermo, la falta de interés por otros problemas del enfermo independientes de su propia especialidad o de la propia enfermedad y un largo etc. Como es lógico, los profesionales formados con estas carencias las han trasladado al finalizar su residencia, al igual que sus virtudes, a la red sanitaria, con efectos globales poco deseados para la asistencia médica, para la propia docencia integral de alumnos y MIR (“es el pez que se muerde la cola”) y, en general, generando una insatisfacción en los diferentes estamentos afectados (enfermos, profesionales, administración)³.

Este fenómeno, y hay que decirlo, no es único de nuestro país, sino también de otros⁴, y en todos ellos han surgido las voces de alarma, porque en definitiva su origen parte de vaciar de contenido el “ser médico” y no dotarlo durante los períodos formativos de las competencias que, como muy

bien señala el Prof. Rozman⁵, nunca podrán ser sustituidos por la tecnología. En definitiva, se ha ido progresivamente olvidando que lo primero es ser médico y demostrarlo, y luego ser especialista.

Esta reflexión no es un mero ejercicio intelectual, sino una realidad curiosamente poco reseñada, por lo menos en nuestro medio, especialmente cuando conocemos que con nuestro sistema formativo actual (pregrado y MIR) un residente, dependiendo de en qué facultad haya estudiado, de dónde haya rotado durante su período MIR y del hospital en que trabaje, puede finalizar su período de formación formal desconociendo principios fundamentales de la práctica clínica y, lo que es peor, sin echarlos de menos en su actividad asistencial diaria. Y esto es muy grave.

No es extraño leer sobre lo poco que aportan nuestras instituciones sanitarias a la investigación biomédica, otro hecho grave e importante⁶, pero muy poco sobre el deterioro en la educación clínica de nuestros residentes, hecho mucho más grave, ya que si el problema persiste, la misma poca investigación se verá afectada. Sigue vigente el principio de que sin asistencia de calidad no existe una investigación clínica de excelencia, y si el especialista adquiere cada vez menos una educación clínica integral, que no le quepa a nadie la menor duda que la asistencia disminuirá su nivel y con ella la investigación clínica⁷.

La solución del problema no es fácil y nuestras autoridades han comenzado por poner en marcha una reforma formativa que afecta tanto al pregrado como al MIR, pero posiblemente haga falta alguna medida más. Sólo unas líneas en relación con el pregrado para indicar que a pesar de la labor de nuestros decanos⁸ y del cambio positivo en el sexto curso, soy poco optimista y atisbo un final general no muy feliz, lo que me ratifica en la necesidad de preservar un alto nivel formativo en el “colchón” MIR.

Formación troncal en el sistema MIR

En relación con el MIR, la joya de la corona, uno de los hechos positivos reseñados en el borrador sobre la troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud² es intentar poner en marcha la formación troncal y aparcando los diferentes programas formativos de algunas especialidades. Existen algunos programas actualmente vigentes perfectamente válidos, donde se percibe una preocupación por una formación inicial integral antes del acceso a la especialidad, mientras que hay otros que obvian esta cuestión y resulta difícil pensar cómo han sido aprobados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Es evidente que una formación tan escorada, en la que el residente se acostumbra a percibir al enfermo como una suma de partes en lugar de constituir el núcleo central de estudio, no es el mejor camino para llegar a ser médico y sí es el mejor para conseguir un coro de múltiples especialistas alrededor de la patología del enfermo con todas sus malas consecuencias.

Como ya he señalado, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud ha elaborado el borrador de un estudio inicial para la implantación en nuestro sistema MIR de la formación troncal, sobre cuya importancia formativa me vengo pronunciando desde la década de los noventa⁹. Su fin es una formación común en todas las especialidades del

tronco y tiene indudablemente muchos aspectos positivos, como pueden ser el intentar establecer una línea de continuidad entre la troncalidad y el pregrado o considerar la necesidad de una valoración al final de la formación troncal y previa a la elección de la especialidad.

Sin embargo, existen también algunas ideas preocupantes. Alguien puede pensar, por ejemplo, que con el cronograma de rotaciones propuesto y sus posibles variaciones a elección del residente, ¿va adquirir éste las competencias “como una integración holística de conocimientos, habilidades y actitudes para una actuación adecuada a los estándares profesionales?”; lo dudo, porque el problema que quiere resolver la troncalidad no se consigue con la suma de las partes. Las especialidades por donde pase el residente deben tener objetivos de formación para que éste desarrolle los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para convertirse en un médico formado, y esto no depende sólo de la especialidad elegida en la rotación, sino de la formación y al actitud de los profesionales ya especializados. Siempre ha habido buenas y malas rotaciones, pero el “colchón” MIR las amortiguaba, y con el sistema propuesto no lo veo claro. Por todo esto y algo más, creo que este punto y algún otro necesitan una vuelta de rosca, porque en ello está el éxito de los fines formativos y de la reforma.

De lo expuesto previamente se puede deducir que, modificando las rotaciones en el período troncal, puede no resolverse totalmente la situación. Esto tiene su lógica, porque aunque podamos modificar rotaciones o planes de estudio, si falla el colectivo profesional de un hospital docente, la posibilidad de éxito es mínima, por no decir nula. Y éste es otro problema por resolver.

Actividad docente de los médicos de plantilla

Es evidente que el profesional médico bien formado tiene un “rol” fundamental en la educación clínica, enseñando de manera activa y sobre todo criticando y modificando las conductas erróneas, y este método interactivo entre alumno o residente-enfermo-médico responsable todavía no ha sido superado por ninguna de las nuevas tecnologías educativas; además, porque no puede enseñar la clínica más que el que la ejerce oyendo, viendo y pensando frente al enfermo, explorándolo meticulosamente, estudiando mucho y aplicando el método científico al razonamiento clínico.

Sin embargo, algo está sucediendo también en este colectivo que de manera progresiva va perdiendo su interés por la educación clínica de los alumnos y los residentes, poniendo en peligro funciones que destacaban fundamentalmente en nuestros hospitales: enseñar y aprender.

Las razones de este cambio pueden ser variadas, pero un hecho tristemente destacado es que algunos excelentes profesionales sienten el hospital docente como un medio hostil, en el que difícilmente pueden satisfacer sus aspiraciones asistenciales, docentes e investigadoras. Si desean realizar su labor docente con una tutela personalizada o cualquier método educativo similar, se tropezarán con que la carga asistencial monopoliza todo su tiempo (estudio de los enfermos, información a los pacientes, consentimientos informados, reclamación de pruebas, guardias, libranzas, comisiones, etc.). Todo ello hace casi

imposible tener la dedicación necesaria hacia el estudiante del nivel que sea, además de someterlo a un importante estrés porque entre otras cosas se siente desasistido, tanto por el sistema sanitario como universitario, que por cierto ignora una labor altruista y en muchos casos ni siquiera concede un escrito de agradecimiento.

Pero éstos no son sus únicos problemas. Si quiere investigar, lo hará por la tarde o en su casa o los fines de semana, y si quiere aspirar a un puesto asistencial del máximo nivel y pregunta qué hacer para conseguirlo, en general no recibe respuesta porque sencillamente no la hay, por lo menos que se pueda decir mirando a los ojos. Un hecho tristemente muy llamativo y que simboliza la difícil relación entre los profesionales y su hospital es que hace años uno se sentía orgulloso de pertenecer a determinados hospitales, fuesen grandes o pequeños, porque en el hospital o alrededor de él estaba su vida profesional y casi personal, y así lo expresaba. Desgraciadamente ahora, esto es la excepción y más bien sucede todo lo contrario.

¿Cómo recuperar una educación clínica de excelencia?

Decía el gran Quevedo que quizás nada produzca más dolor que ser un “fue”. Nuestro sistema MIR y nuestros hospitales docentes con sus profesionales motivados han sido el ejemplo de ser una excelente escuela de educación clínica, y todo nuestro esfuerzo —especialmente de los responsables sanitarios— es recuperar aquellos valores que nunca se debieron perder y añadir lo que la experiencia y los nuevos tiempos aconsejen. Y en esta dirección debe encaminarse cualquier reforma del sistema MIR y de los hospitales docentes o universitarios, que deberían ser algo más que un título colgado en la puerta, y se los debería dotar de los recursos suficientes, especialmente humanos, para realizar con dignidad, buscando la excelencia, las tareas asistenciales, docentes e investigadoras.

Si este objetivo es necesario en sí mismo, lo es mucho más si miramos al futuro. Parece claro que el avance de las ciencias y las nuevas tecnologías es algo imparable, por lo que los expertos consideran difícil predecir cómo será la práctica médica dentro de 15–20 años o saber los contenidos futuros de muchas especialidades, en concreto, las de contenido tecnológico más elevado¹⁰. Puede ocurrir, como la misma historia de la medicina nos enseña, que en estos vaivenes de los conocimientos y las tecnologías, algunas especialidades pueden quedar prácticamente sin contenido. Esto hace todavía más importante tener claro la necesidad de una sólida formación de los médicos, independiente de su especialidad, ya que las competencias que la definen poco pueden ser modificadas por los futuros cambios y, además de ser una apuesta firme y segura, permitirá al profesional bien formado elegir nuevos rumbos asistenciales dentro del complejo futuro del entramado sanitario.

Bibliografía

1. Martínez López de Letona J. El internista general, una especie amenazada. Avances en Medicina Interna IV. Sociedad Española de Medicina Interna. Ediciones Aran. 1997;4:301–14.

2. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La troncalidad en las especialidades médicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2008.
3. Teres J, Capdevila JA, Novell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:139-44.
4. Feddock CA. The lost art of clinical skills. *Am J Med*. 2007;120: 374-378.
5. Rozman C. Fundamentos de la práctica médica. En: Farrera/Rozman Medicina Interna. Decimosexta Edición. España: Elsevier; 2009. p. 3-6.
6. Rodes Teixidor J. El presente y futuro de la investigación biomédica en España. *Rev Clin Esp*. 2001;201:431-5.
7. Soriguer F. El fracaso de la investigación clínica en España. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:219-21.
8. Libro Blanco. Título de grado en Medicina. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [citado Jun 2009]. Disponible en: <http://www.aneca.es/librosblancos>
9. Aguirre C. La formación troncal en el proceso formativo de un especialista. En: La formación de los profesionales de la salud: las profesiones sanitarias. Madrid: Fundación BBVA; 1999. p. 279-291.
10. Frist WH. Health care in the 21 century. *N Engl J Med*. 2005;352: 267-272.

C. Aguirre Errasti
*Ex Jefe de Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cruces,
Catedrático Emérito de Medicina, Universidad del País
Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Vizcaya, España
Correo electrónico: ciriacoaguirre@telefonica.net*