

¿Cómo enseñar y cómo aprender en las residencias médicas?

Federico L. Rodríguez Weber*

No hace mucho se decía que lo único que se necesitaba para ser médico era inscribirse en la facultad y esperar seis años. Muchos médicos piensan, el día de hoy, que para ser especialista sólo se requiere un poco de suerte para pasar el examen de residencias y estar inscrito en algún curso y, nuevamente, esperar el tiempo correspondiente para salir diplomado.

Esta visión es un poco simplista y lejana de la realidad. Hoy las residencias médicas deben tener una organización adecuada que se inicia con la selección de profesores e instituciones hospitalarias por estar comprometidas con la casa de estudios que avale dicho programa de especialidad, pero también tanto profesores como hospitales deben tener el compromiso de dar elementos prácticos (destrezas), elementos teóricos (fundamentos para actuar) y elementos que contribuyan a la formación ética y responsable de cada residente.

Hoy, como lo marcan los sistemas de educación, se debe tender a educar en forma personalizada, implicando: dedicación, tiempo, interés, etc. Permitiendo una relación profesor-alumno, especialista-residente más profesional, más supervisada, más humana en la que se permita ver y evaluar los progresos (uno de los elementos que ayudan a cumplir con esta función son los portafolios académicos) y, en caso de no evidenciarlos, el sistema educativo debe permitir retener la aprobación para la diplomación en forma responsable por parte de las autoridades. Para que esto funcione, todos deben cumplir con sus obligaciones: las universidades dando el apoyo y las facilidades a su profesorado y alumnos para que estos cumplan con sus

compromisos educativos y de formación, los hospitales brindando los recursos para que los residentes adquieran las destrezas necesarias para cumplir con el perfil de especialista seleccionado, los profesores dedicando el tiempo y los recursos académicos mediante las diferentes técnicas y formatos de docencia, el residente esforzándose día a día en cumplir con los lineamientos académicos y laborales aumentando la cultura general y particular de sus materias y ejercitando el desarrollo cotidiano de la relación medico-paciente (esencia del trabajo del médico).

Insistimos en que es de suma importancia estar cerca a los residentes como parte esencial en el proceso de las residencias médicas, sin olvidar el papel de profesor que juega el propio residente en el día a día, de acuerdo con el grado que ocupa en este proceso, cerrando el círculo, haciéndolo un círculo virtuoso en donde todos enseñan y todos aprenden, siempre orientados y supervisados por los profesores universitarios. En cuanto a los recursos a utilizar, hoy las tendencias educativas nos ofrecen varios que deben aplicarse en el día a día, como la medicina basada en evidencias, la medicina basada en competencias y la medicina basada en problemas.

La medicina basada en evidencias es una estrategia de la práctica médica que trata de asegurar que la práctica clínica se fundamente en el rigor científico y no sólo en la costumbre, la autoridad, intuición o experiencia. Esta estrategia tiene su origen en la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster, en Canadá, en 1992.¹ La medicina basada en evidencias es un método de enseñanza-aprendizaje que permite al alumno evaluar objetivamente la validez de los conocimientos adquiridos y la experiencia obtenida de la práctica y compararlos con resultados de estudios científicos confiables, sistemáticamente elaborados y validados.² Como toda estrategia, no es perfecta y tiene riesgos; por ejemplo: tratar de encasillar el problema del paciente forzando una búsqueda que no corresponde a la realidad del paciente o, bien, realizando una interpreta-

* Médico Internista, profesor titular de propeuéutica clínica. Facultad de Medicina de la Universidad La Salle; profesor adjunto de la Residencia en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle; jefe de la División de Enseñanza Médica del Hospital Angeles del Pedregal. México DF.

ción errónea de la información generando un cambio de conducta en la práctica, que no beneficiará al paciente.

Otro de los recursos que debemos tener presente es la medicina basada en competencias, que se inició en los campos clínicos en el decenio de 1970. La competencia se define como el uso habitual y juicioso de la comunicación, habilidades, conocimiento, razonamiento clínico, valores y emociones que se observan en el ejercicio profesional cotidiano en beneficio de los pacientes y sus sociedades. Las competencias son formas de ser de los médicos que se marcan a lo largo de la vida.^{3,4}

Uno de los retos en la aplicación de la medicina basada en competencias es definir que competencias son las que debe dominar cada residente en cada especialidad. De una manera simple parecería que los programas académicos serían quienes lo debería definir,⁵ sin embargo, queda claro que el progreso en el conocimiento hace que las competencias sean cambiantes a través del tiempo, con el inconveniente que no todos los hospitales podrán desarrollar todas las competencias en todos sus residentes porque para poder hacerlo se deben tomar en cuenta los recursos económicos, geográficos, demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, etc.⁶ No sólo esto aplica para la formación de residentes, sino que debe contemplarse en la educación continua de los médicos ya formados (educación médica continua), tomando en cuenta que las competencias son cambiantes.⁷ Otro punto a tomar en cuenta es que los programas académicos de una misma especialidad son diferentes entre universidades, entre estados y entre países, lo que hace difícil el reconocimiento universal de un perfil único. En este punto es de llamar la atención el esfuerzo que en la actualidad realizan diferentes universidades en nuestro país, con el liderazgo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que hace realidad un programa único de residencia.

Otro de los recursos que pueden utilizarse es el aprendizaje basado en problemas que, nuevamente, fue promovido por la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster, en 1969.⁸ Sistema que consiste en la presentación de un caso (problema) y en una dinámica grupal en la discusión, análisis y generación de preguntas que tendrán que responderse mediante la información biblio-

gráfica, repitiendo la discusión con nuevas aportaciones hasta llegar a la conclusión o resolución del problema o, en su defecto, regresar a la información bibliográfica y a la discusión hasta resolver el problema.

Hoy también se cuenta con numerosos recursos didácticos y de las tecnologías de la información⁹ aplicadas a la formación de recursos médicos. Es necesario conocer e incorporar algunos de ellos a los procesos de formación de residentes, por ejemplo el uso de simuladores, maniquíes, programas cibernéticos, etc.^{10,11}

Las residencias médicas no son ajenas a los tiempos y sus progresos. Por eso hoy, tanto universidades como las instituciones hospitalarias, profesores y residentes, deben incorporar continuamente nuevos recursos que permitan mejor formación como especialistas, y mejor educación continua al ejercicio médico, haciendo del proceso de formación médica especializada un continuo en donde puedan utilizarse los recursos antiguos y modernos que permitan hacer del médico un profesional.

REFERENCIAS

1. Sackett DL. Evidence-based medicine, what it is what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-72.
2. Ponce de León Ma E. Enseñanza de la medicina basada en la evidencia. *Rev Fac Med UNAM* 2001;44(3).
3. Leach DC. Competence is a habit. *JAMA* 2002;287(2):243-244.
4. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007;356(4):387-396.
5. Harden RM. Developments in outcome-based education. *Med Teach* 2002;24(2):117-120.
6. Frase SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.
7. Almuedo-Paz A, Brea-Rivero P, Buiza-Camacho B, Rojas de la Mora-Figueroa A, Torres-Olivera A. Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Rev Calidad Asistencial* 2011;26:14.
8. Neufeld V, Barrows H. The "McMaster Philosophy": an approach to medical education. *J Med Educ* 1974; 49:1040-1050.
9. Vázquez-Mata G. Virtual reality and simulation in the training of medical students. *Educ Méd* 2008;11(Supl.1).
10. Goldberg HR, Haase E, Shoukas A, Schramm L. Redefining classroom instruction. *Adv Physiol Educ* 2007; 30:124-127.
11. Vázquez-Mata G. Realidad virtual y simulación en el entrenamiento de los estudiantes de medicina. *Edu Méd* 2008;11(Sup. 1).