

Competencias del Médico General Mexicano

Juan Manuel Muñoz Cano

Desde hace varios decenios se ha discutido la necesidad de un proceso de mejora en la educación médica. Un antecedente importante es el documento emanado en los 80s¹ de la Association of the American Medical Colleges. En ese documento se retomaban una serie de recomendaciones de la American Association for the Advancement of the Science, acerca de disminuir los contenidos y hacer énfasis en la manera en que se generan la ciencia y el conocimiento, así como planear las horas de estudio disminuyendo las horas pasivas en el aula. Sin embargo, no hubo una transformación importante y la práctica de la medicina ha continuado siendo, de acuerdo a documentos de la Organización Mundial de la Salud, sub-óptima, ya que se sustenta en el modelo de enseñanza de “la racionalidad técnica”. Este modelo, instaurado a finales del siglo XIX, plantea que el ejercicio de las profesiones se reduce a aplicar reglas de carácter general deducidas acríticamente de la ciencia o la tecnología. Se postuló en él que la tarea clínica se limita a seleccionar la técnica correspondiente sin reflexión en el método clínico, el epidemiológico o el filosófico. Ese modelo fue

1 Physicians for the Twenty-First Century. Report of the Panel on the General Professional Education of the Physicians College Preparation for medicine. Association of the American Medical Colleges. *J Med Educ, suplemento*, parte 2, 1984:48-51

anquilosándose ya que fue sustentándose en el paradigma de la modernidad, donde todo era posible resolverse con la ciencia y la técnica y en donde las utopías no tenían ningún sentido. En consecuencia, en las escuelas y facultades de medicina, las ciencias básicas han tenido preeminencia, y por lo tanto anteceden a (no obstante que en la realidad explican y deberían ser consecuencia de) la clínica. Paradójicamente esa idea de la modernidad no promueve una práctica basada en la ciencia, la evidencia, y si en una experiencia que tiene escasos controles de calidad, además de que se enfoca a modelos que fueron exitosos en el pasado. Con el surgimiento de las ideas que confluyen en el posmodernismo, la transformación de la escuela se sustenta en la actividad política de la educación en un contexto cambiante. Precisamente para Giroux², “lo que los educadores tienen que hacer es lograr que lo pedagógico sea más político atendiendo tanto a las condiciones a través de las cuales enseñan como a lo que significa aprender de una generación que está experimentando la vida en una forma muy diferente de las representaciones que ofrecen las versiones modernistas de escolaridad”. En esta apertura los cuestionamientos al sistema educativo hechos por

2 Giroux Henry. (1996). Educación posmoderna y generación juvenil. Nueva Sociedad, 146:148-167

Werner y Bower³ continúan vigentes, pues, por ejemplo ¿cuánto de lo que se enseña a los jóvenes en la universidad está relacionado con sus vidas y necesidades laborales? ¿quién decide lo que se enseña y la forma en que se enseña en las escuelas? ¿debe la gente de una ciudad, una comunidad o un municipio participar en decidir lo que se enseña a sus hijos? ¿se debe prestar atención a la opinión de los jóvenes? ¿se les enseña a los jóvenes a cuestionar a los que están en posiciones de autoridad o a obedecerlos? ¿por qué? ¿cómo afecta esto a los más débiles cognitivamente? ¿de qué maneras beneficia o perjudica la educación a la gente de las comunidades o de los barrios pobres? ¿a quiénes beneficia más la educación, a los débiles o a los fuertes, de qué maneras? ¿qué cambios han tenido últimamente en el contenido o enfoque de la educación, porqué? ¿qué cambios se necesitarían para que las universidades beneficiaran más a los pobres?

Por otra parte, desde hace dos decenios la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), estableció en una conferencia mundial que en un contexto económico, social y tecnológico, caracterizado por los cambios y la aparición de nuevos modelos de producción basados en el conocimiento y sus aplicaciones, así como por el tratamiento de la

3 Werner, Bower. (1984). Reflexiones sobre el aprendizaje y la enseñanza. En: Aprendiendo a promover la salud. Fundación Hesperian, Palo Alto. 3-32

información, deben reforzarse y renovarse los vínculos entre enseñanza superior, el mundo del trabajo y otros sectores de la sociedad. Paradójicamente, para no desvalorar el proceso formativo, con base en la teoría desvinculada de la práctica profesional, sin el reduccionismo de sólo hacer sin el conocimiento teórico, el enfoque con base en la competencia ha significado poner mayor énfasis en la globalidad de las capacidades del individuo y de reconstruir los contenidos de la formación en una lógica más productiva, menos vacía académicamente, y más orientada a la solución de problemas, aunque no como único propósito. Puesto que para mejorar el desempeño se debe mejorar el proceso de planeación y evaluación de la enseñanza, durante los últimos años, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. (AMFEM), realizó una serie de talleres con el fin de elaborar un perfil del egresado de medicina en México con base en competencias, y sus resultados se publicaron en el 2008 en el libro *Competencias del Médico General Mexicano*.

A pesar de que el concepto de competencias se encuentra en debate, y que a falta de una definición precisa puede emplearse una operacional, un concepto de competencia es: “el concepto de competencia es que comporta todo un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados,

en el sentido que el individuo ha de saber hacer y saber estar para el ejercicio profesional. El dominio de estos saberes forma la capacidad de actuar con eficacia en situaciones profesionales. Desde esta óptica, no sería diferenciable de capacidad, erigiéndose el proceso de capacitación clave para el logro de las competencias. Pero una cosa es ser capaz y otra muy distinta es ser competente, poseyendo distintas implicaciones idiomáticas.”⁴ La AMFEM estableció grupos de ellas con el fin de que los profesores conozcan lo que deben facilitar, a los estudiantes lo que deben hacer énfasis en aprender, y a la sociedad en general lo que el médico general certificado es capaz de hacer. Además de éstas cada Institución puede establecer competencias adicionales a las establecidas como fundamentales. De acuerdo con la AMFEM, las competencias generales constituyen **referentes evaluables y exigibles** que contribuyen a garantizar la **calidad de la atención** y la **seguridad de los pacientes**, pues se forma a los estudiantes en los métodos para el desempeño con las mejores prácticas posibles. Las siete competencias genéricas de la AMFEM son:

1. Dominio de la atención médica general

4 Tejada José. (2005). El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7 (2). Consultado el 20 de abril de 2009 en: <http://redie.uabc.mx/vo7no2/contenido-tejada.html>

2. Dominio de las bases científicas de la medicina
3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades
4. Dominio ético y del profesionalismo
5. Dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo
6. Dominio de la atención comunitaria
7. Capacidad de participación en el sistema de salud

Para la AMFEM todas las competencias son relevantes y primarias. Sin embargo, como se observa, su articulación tiene como centro la capacidad metodológica o instrumental en ciencias y humanidades. Además, ya que el dominio de las tecnologías de información y comunicación (TIC) por sí mismas no son la herramienta de transformación, el método adquiere la mayor relevancia, pues, en la época en que se tiene acceso de manera instantánea a la información, desarrollar una mente disciplinada y una mente sintética, son condición para abordar temas de importancia. Por ello es necesario cambiar el modelo educativo para transitar a un modo en que esas TIC, marquen “posibilidades y restricciones nuevas y originales a los tipos de relaciones que pueden establecer entre sí los distintos elementos del mismo” pues es abordando “todo lo que circula en la red y a través de los programas de software, cómo el verdadero espacio social de aprendizaje” virtual se construye.

Pero el cambio de una práctica de la medicina con base en la experiencia, a la práctica de una medicina con base a la evidencia científica requiere el cambio en la visión del aprendizaje de la ciencia en las disciplinas del campo de la salud. En la enseñanza actual, se atribuye relevancia de los cursos de ciencia *porque sirven para la preparación de los estudiantes para cursos de clínica* y no con la finalidad de “conseguir una alfabetización científica para ejercer mejor la ciudadanía en un mundo cada vez más impregnado de ciencia y tecnología”. Por lo tanto, “a la luz del conocimiento moderno la idea que interpreta a la práctica clínica como una derivación directa de las ciencias básicas”, que por lo tanto éstas deben ser aprendidas antes de la clínica, “es insostenible”⁵, por lo que se deberá transitar a un modelo de aplicación de la ciencia a partir de la literatura científica como parte de un proceso educativo donde, durante todo el currículum, se propicie la educación clínica. Se constituye así una posición metodológica y epistemológica según la cual la educación médica debe ser practicada, y estudiada, no solo como la suma de las partes sino como una totalidad organizada, de modo que es el “todo” lo que permite distinguir y comprender sus “partes”, y no al contrario, pues se asume que las partes por sí mismas no tienen entidad ni significado alguno al margen del todo, por lo que

5 Abreu Hernández Luis Felipe, Infante Castañeda Claudia B. (2004). La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. Gac Med Méx 140(4)

difícilmente se puede aceptar que el todo sea solo la "suma" de tales partes, asumiéndose entonces que "el todo es algo más que la suma de las partes".