

“¿El sistema actual de salud le permite al médico el desarrollo de las competencias para las que fue formado?”

Conferencia Internacional de educación médica
ASCOFAME 2012

Paula Vásquez Marín¹

Durante los últimos años hemos observado como el mundo entero se vuelca hacia una necesidad de formación de los futuros profesionales, acorde con los desafíos planteados por los entornos de ejercicio profesional y personal, apareciendo entonces el enfoque de formación por competencias como una respuesta a esta necesidad.

Uno de los principales argumentos que apoyan la necesidad de implementar el enfoque por competencias es la existencia de un mundo cada vez más diverso e interconectado que produce continuamente mayor información y conocimiento y que formula nuevos desafíos para las sociedades que aspiran a lograr un crecimiento económico con equidad (Rueda Beltrán). El reconocimiento de la complejidad de las condiciones actuales de vida llevó al planteamiento del concepto de competencia, que involucra la habilidad de enfrentar demandas complejas, apoyándose y movilizándolo recursos psicosociales (incluidas las destrezas y actitudes) en un contexto particular. Al manejo de herramientas, tanto físicas como socioculturales, se agrega su comprensión y adaptación a los propios fines de las personas y a su uso interactivo (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, citado por Rueda Beltrán).

Además de interactuar con grupos diversos, los profesionales necesitan poder tomar la responsabilidad de manejar sus propias vidas, situarlas en un contexto social más amplio y conducirse de manera autónoma, se espera que los individuos se adapten a los continuos contextos variables y que además den muestras de creatividad e innovación, así como de automotivación y valores, superando la sola reproducción del conocimiento acumulado (OCDE, 2005 citado por Rueda Beltrán). Es decir, se requiere de un profesional formado bajo las premisas de una formación integral.

Otros argumentos a favor de implementar este enfoque basado en competencias se basan en la necesidad que tienen los profesionales en medicina de ser capaces de buscar la información pertinente, seleccionarla, procesarla, interpretarla y apropiarse de ella para resolver nuevas situaciones, lo que se conoce como gestión del conocimiento.

El enfoque de formación por competencias, propicia en los estudiantes una mejor adquisición, no solo de conocimientos teóricos y habilidades prácticas necesarias para el ejercicio de la medicina, sino de unas herramientas que utilizadas en situaciones reales o simuladas, garanticen la sedimentación de los conceptos, la permanencia del conocimiento en el tiempo, su adecuada utilización por parte de los estudiantes y fundamentalmente el desarrollo de las potencialidades que cada uno tiene, entendiendo su diversidad y sus procesos diferenciales.

¹ Médica y cirujana CES, Magíster en educación U de Medellín, Jefe de Educación Médica, Facultad de Medicina Universidad CES.

Para dar respuesta a la pregunta de si el sistema de salud en Colombia permite el desarrollo de las competencias para las que el médico fue formado, es necesario revisar en primer lugar cuáles son las competencias del médico general.

Revisando los propósitos formativos de las diversas Facultades de Medicina de Colombia, se encuentra el perfil de un médico con sólidos conocimientos científicos y una gran diversidad de competencias que se expresan también en la gran cantidad de escuelas de medicina que tiene nuestro país (54), cada una con identidad propia y con perfiles de formación orientados hacia las diversas necesidades de nuestro país y en algunos casos, del mundo.

En el ambiente internacional el proyecto Tuning (Beneitone, Esquetini, González, & col, 2004 - 2007) nacido de la experiencia europea en el desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior, propuesto en la declaración de Bolonia buscando, como lo dice el mismo proyecto: "llegar a puntos de referencia, comprensión y confluencia" (Beneitone, Esquetini, González, & col, 2004 - 2007) ha contribuido notablemente a la expansión del enfoque basado en competencias. El proyecto Tuning tuvo como objetivo la generación de espacios que permitan acordar las estructuras educativas de los diferentes países para su mutua comprensión, comparación y reconocimiento, así como para facilitar la movilidad de los estudiantes y de los profesionales. Todo ello bajo el supuesto de que en una etapa de franca internacionalización, la universidad como actor social enfrentará retos y responsabilidades, al margen del lugar geográfico en donde se encuentre (Beneitone, Esquetini, Gonzalez, & col, 2004 - 2007). La búsqueda de puntos comunes de referencia entre los distintos programas se centra en las competencias

expresadas en resultados de aprendizaje para respetar la diversidad, la libertad y la autonomía de cada institución y país, así como para identificar los distintos papeles de los actores más importantes: los profesores y los estudiantes. Las competencias, objeto de los programas educativos, representan una combinación dinámica de conocimientos, comprensión, habilidades y capacidades (González y Wagenaar, 2004).

Este proyecto parte de las funciones generales del médico como son el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y hace especial énfasis en las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que dan respuesta a un enfoque integral en salud. La Tabla 1 muestra las competencias, organizadas por grupos, teniendo en cuenta el nivel de valoración recibida por las personas entrevistadas (egresados, estudiantes, empleadores, etc.) Al hacer dicha valoración se encontró que los estudiantes daban poco valor a las competencias que se trataban de los aspectos éticos, de relacionamiento con el paciente y aspectos médico-legales, ampliamente valorados por los empleadores y egresados y que los estudiantes privilegiaban las competencias que trataban de la realización de procedimientos.

Todos los grupos le dieron poco valor a la administración de los recursos y al conocimiento del sistema de salud y las más valoradas son las competencias de medicina de emergencias.

Otro importante referente es el proyecto 6x4 (Malo, Fortes Besprosvani, Verdejo París, & Orta Martínez, 2007), esfuerzo de los países latinoamericanos y europeos de armonizar los currículos, facilitando la movilidad estudiantil y el posible reconocimiento de titulaciones en un futuro no muy lejano.

TABLA 1

Grupo	Menos importantes	Más importantes
Estudiantes	V60 capacidad para reconocer y gestionar los recursos para la . . . V43 capacidad para aplicar el análisis estadístico de los datos V41 capacidad para identificar los factores ambientales (contaminación . . . V57 capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas . . . V27 capacidad para realizar cuidados de ostomías V28 capacidad para realizar punción suprapúbica	V21 capacidad para evaluar signos vitales V01 capacidad para redactar la historia clínica V04 capacidad para realizar el diagnóstico sintomático y formular . . . V10 capacidad para manejar la fase inicial de la emergencia médica V12 capacidad para proveer soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar V07 capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos
Empleadores	V60 capacidad para realizar un electrocardiograma V57 capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas . . . V26 capacidad para colocar sondas V29 capacidad para realizar toracéntesis, paracéntesis . . . V27 capacidad para realizar cuidados de ostomías V28 capacidad para realizar punción suprapúbica	V07 capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos V21 capacidad para evaluar signos vitales V04 capacidad para realizar el diagnóstico sintomático y formular . . . V18 capacidad para comunicarse de manera eficaz: oralmente . . . V52 capacidad para respetar los derechos del paciente, del equipo . . .

(Beneitone, Esquetini, Gonzalez, & col, 2004 - 2007)

En el área de medicina, se partió también de las funciones propias de la profesión y además de las competencias profesionales requeridas para la realización de estas funciones y se construyeron finalmente competencias genéricas, transversales y específicas. (Lecompte, 2007)

Se plantea entonces, un abanico de competencias del médico latinoamericano (Lecompte, 2007), que incluye aspectos importantes como el liderazgo, las competencias comunicativas, administrativas, investigativas, de desarrollo personal, de procesamiento de la información, trabajo en equipo, humanísticas, entre otras; y competencias específicas en las labores de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, investigación y administración y gestión.

En este escenario mundial, Canadá e Inglaterra proponen el marco de competencias CANMEDS (Royal college of physicians and surgeons of Canada, 1990) que define una serie de competencias en las áreas de ejercicio del médico como profesional, comunicador, colaborador (trabajo en equipo), administrador, defensor de la salud y académico y como en muchos otros países, el escenario de formación de los futuros profesionales se convierte en clave fundamental para lograr el nivel de dominio necesario en las competencias que ese mismo escenario le demandará en el futuro.

Realidad colombiana: la necesidad del perfil médico general

En países latinoamericanos como Colombia y México, existe una realidad importante que define la formación de los futuros profesionales y es el servicio social obligatorio, que le implica a los médicos recién graduados cumplir con un tiempo de ejercicio en una población generalmente rural, como requisito para obtener su licencia médica para ejercer en el territorio nacional.

Esta prescripción hace que la formación del médico colombiano tenga fortalezas necesarias para asumir la atención del primer nivel, pero también impone a los planes de estudio unos perfiles de formación poco flexibles, en los que el gran volumen de los estudiantes deben tener competencias de egreso similares, distinto a lo que ocurre en otras profesiones en las que se recorre el currículo siguiendo los intereses particulares del perfil de formación individual.

Sin embargo, las competencias de egreso del médico general colombiano, superan las expectativas que tiene de él el sistema de salud, que espera un médico que haga, no que piense, proponga, diversifique.

Desde que la reforma al sistema inició, las instituciones de salud se enfrentan a riesgos que a pesar del tiempo transcurrido siguen latentes en términos de la posible desconfiguración

de su razón de ser al aplicar un enfoque extremadamente técnico al manejo de problemas sociales y bienes públicos. Más aun cuando el llamado es a no perder de vista que las instituciones de salud si bien deben ser empresas, no deben dejar de ver y asumir a sus miembros y a sus pacientes con perspectiva social y no económica.

Para las instituciones de salud, las estructuras juegan un papel clave y fundamental que estipula la forma y la cantidad de servicios de salud que deben prestarse más allá de las necesidades de los “usuarios pacientes”. Esto sin duda es inquietante dado el sentido y la razón de ser del servicio de salud en términos de su impacto en la salud de las comunidades, pero también en cuanto a sus implicaciones en las actuaciones y sobre todo en las percepciones de los funcionarios que sienten su práctica y quehacer limitado y supeditado a la estructura, independientemente de los cambios estructurales, de las nuevas denominaciones o de los procesos administrativos que se implementen, *la comunidad siempre espera encontrar en las instituciones de salud el cumplimiento a la promesa por la atención, por la salud, por el cuidado* y quienes “sueñan” con hacerse médicos, también esperan poderlo hacer. . .

Por ejemplo, los “controles disciplinarios” que generan las prácticas acuciosas de la calidad, pueden tornarse en un límite a la libertad de los médicos, no sólo en la posibilidad de hacer, sino en la posibilidad de opinar y disentir sobre aspectos que técnicamente no tienen cabida a los cuestionamientos. Se ha maximizado tanto el concepto de calidad de la atención que ponerla en cuestión es relativizar la razón de ser y el cumplimiento que la empresa hace de su misión y razón social.

Foucault decía que la disciplina es una forma de ejercicio del poder que no ejerce su control sobre los resultados, sino sobre los procedimientos y que implica una vigilancia constante sobre los individuos y supone un registro permanente de datos sobre el individuo, tendríamos que reflexionar sobre si el interés del sistema de salud es tener “médicos disciplinados”.

En otras palabras, nuestro sistema de salud a pesar de sus postulados sociales frente al bienestar, la equidad, la solidaridad y la justicia social ha estado impregnado por una racionalidad instrumental y técnica y una finalidad financiera a corto plazo que ha subordinado los problemas de salud a los medios e instrumentos para brindar servicios, esto es: se exalta el “cómo”, sobre el “por qué” y el “para quién” sin que esto, al parecer, haya tenido repercusiones sustancialmente positivas sobre la eficiencia y la productividad – no en términos económicos y rentables, sino en términos de los propósitos sociales y de salud, en los programas de medicina del país formamos médicos con sentido social, con iniciativa, con inquietudes, con sueños, con competencias que superan lo instrumental.

El sistema de salud colombiano como escenario formativo natural del médico general.

La lógica de la formación por competencias implica necesariamente y de manera natural al escenario de práctica profesional en la formación del individuo. El enfoque curricular por competencias busca cerrar la brecha entre la Universidad y la empresa y las profesiones del área de la salud ya han recorrido ese trayecto desde sus inicios, debido a que la formación del médico solo puede hacerse al lado del paciente.

Por esta razón el sistema de salud colombiano se convierte en un espacio fundamental que ayuda al desarrollo de las competencias que posteriormente se verán reflejadas en el ejercicio profesional de los médicos que harán parte de ese mismo sistema y debido a esto, es muy importante que se implique en la formación de los estudiantes, siguiendo las directrices de las Universidades y teniendo claras las competencias a formar en los mismos.

En Colombia, existe un modelo de relación entre las instituciones asistenciales y las instituciones formativas, que reglamenta la manera como ambas instituciones se comprometen en mayor o menor medida con la formación del recurso humano en salud. La realidad actual es un sinnúmero de acuerdos entre instituciones diversas y en general poco compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud con la formación de los médicos. (Escobar Gaviria, 2010).

La realidad de la relación docencia-servicio en la mayoría de regiones del país se expresa a través de ofrecimiento de “servicios educativos” por parte de las instituciones de salud a cambio de retribución económica, lo cual encarece los costos de matrícula para las instituciones universitarias y además, desdibuja el cumplimiento de los proyectos educativos institucionales, entregándole a terceros la formación de sus estudiantes, generalmente sin tener la cualificación necesaria ni el adecuado conocimiento del modelo pedagógico bajo el cual están siendo formados los estudiantes y con poco conocimiento de los objetivos de formación o de las competencias a formar, ni que decir del escaso conocimiento del enfoque de formación por competencias.

En algunas regiones, la relación docencia servicio se lleva a cabo a través de contratación directa de los docentes por parte de las instituciones formadoras, quienes además apoyan de manera racional la actividad asistencial, y además las instituciones de salud se benefician de los múltiples ventajas que ofrecen las instituciones formadoras, que redundan en ventajas de cualificación y actualización permanente de su recurso humano, calidad en la atención a los pacientes, que se ve privilegiada en los escenarios formativos y en general los beneficios que proveen las Universidades a los escenarios

formativos en salud, a través de sus funciones sustantivas de docencia, investigación y extensión.

En el decreto 2376 de 2010, el Ministerio de la Protección social, define de manera clara la práctica formativa en salud como una “estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión” (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2010), lo cual establece claramente el ámbito de responsabilidad del campo de práctica alrededor de la formación del médico colombiano, bajo las directrices siempre, de una institución educativa.

Es muy importante llamar la atención al sistema de salud colombiano, frente a la responsabilidad que tiene en la formación de los futuros médicos, esos profesionales que serán parte de sus instituciones, tanto públicas como privadas, y que serán los responsables del sistema en el futuro, pero guardando las claridades frente a profesionales como los que espera la sociedad colombiana: capaces de transformar los entornos en los que se inserten, de manera creativa, con competencias argumentativas y propositivas, con competencias necesarias no solo para reproducir de manera acrítica un modelo sino con las competencias necesarias para engrandecerlo, transformarlo y mejorarlo.

Finalmente, dejo una pregunta para la reflexión actual y futura de las escuelas de medicina colombianas: ¿Cuáles son las competencias que deberían adquirir los médicos de hoy, de modo que puedan desarrollarlas a cabalidad y en concordancia con las necesidades de salud globales?

Bibliografía

1. Beneitone, P., Esquetini, C., Gonzalez, J., & col, y. (2004 - 2007). REFLEXIONES Y PERSPECTIVAS DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN AMÉRICA LATINA. Informe Final Proyecto Tuning Latinoamérica. Universidad de Deusto - Universidad de Groningen.
1. Escobar Gaviria, R. (2010). Documento base para el foro virtual de docencia servicio. Modelo docencia servicio: a propósito del decreto 2376 de 2012. En el escenario asistencial se concretan las aspiraciones de un proyecto en medicina. Recuperado el Febrero de 2012, de [ascofame.org.co](http://www.ascofame.org.co: http://www.ascofame.org.co/images/ascofame/documentos/docenciaserviciodbfb.pdf)
3. Lecompte, N. (2007). Propuestas y acciones universitarias para la transformación de la educación superior en América Latina. Informe final proyecto 6 X 4 UEALC. Medicina. Bogotá: Asociación colombiana de Universidades ASCUN.
4. Malo, S., Fortes Besprosvani, M., Verdejo Paris, P., & Orta Martinez, M. (2007). PPropuestas y acciones universitarias para la transformación de la educación superior en América Latina. Informe final proyecto 6 X 4 UEALC. Bogotá: Asociación colombiana de universidades ASCUN.
5. Ministerio de la Protección Social de Colombia. (1 de Julio de 2010). Decreto número 2376 “Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación del área de la salud. Bogotá, Colombia.

6. Royal college of physicians and surgeons of Canada. (1990). Royal College of physicians and surgeons of Canada. Recuperado el Febrero de 2012, de http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/the_7_canmeds_rolas_e.pdf
7. Rueda Beltran, M. (s.f.). La evaluación del desempeño docente: consideraciones desde el enfoque por competencias. REDIE [online]. 2009, vol.11, n.2 [citado 2012-03-10], pp. 1-16 . Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412009000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1607-4041.