

¿Estamos formando los médicos que nuestros pacientes necesitan?

Campos, Soledad

La principal responsabilidad social de una escuela de medicina es formar médicos competentes que puedan dar respuesta a las necesidades de los pacientes, de la comunidad y del sistema de salud. Probablemente, esta afirmación no genere grandes desacuerdos, pero puede que haya discrepancias en la conceptualización de qué es un buen médico. En este sentido, hay distintas definiciones que tienen similitudes, pero enfatizan de distinta manera algunos aspectos. Para algunos, un buen médico es un científico que combina la experiencia clínica personal con la evidencia científica, toma decisiones basadas en la evidencia, es reflexivo, y utiliza “recursos personales intangibles” en el cuidado de sus pacientes (1). Para otros, es aquel que tiene cualidades personales para establecer relaciones interpersonales significativas, es competente en el conocimiento, tiene habilidades técnicas y buenas intenciones (2). Estas definiciones, elaboradas por miembros de la comunidad médica, son complementarias y el orden en que están expresadas las características, no necesariamente implican prioridades.

Para tener una conceptualización integral de un buen médico es necesaria la perspectiva de los pacientes. Diversos estudios exploran esa visión, dos de ellos, uno realizado en Argentina (3) y otro en Suiza (4), nos dan algunas luces sobre las concepciones de los pacientes. En el primero, los pacientes expresaron que valoraban de un “buen médico” y las respuestas se agruparon por categorías de acuerdo con la importancia asignada. Fueron mencionadas por igual, dar lugar a las emociones en la relación con el paciente (escucha y comprende las necesidades y problemas emocionales, empatía) y poseer características de personalidad positivas (amables, cálidos, sonrientes, respetuosos, identifican al paciente por su nombre, buenas relaciones interpersonales) luego, ser científicamente competentes (habilidades diagnósticas, terapéuticas y técnicas; dominio del conocimiento), experto en comunicación (brinda información adaptada al paciente y detallada sobre su enfermedad), y por último estar disponible (dedica suficiente tiempo durante la consulta). En el segundo estudio los pacientes priorizaron la competencia científica y luego, ser sensible a las emociones de los pacientes (escucha y comprende lo que sienten), tener características de personalidad positivas (amable, cálido, sonriente), adaptarse a cada paciente individual, estar disponible, ser experto en comunicación (brinda información adaptada al paciente) y decir la verdad. En el primero los pacientes destacan que las cualidades personales del médico son más importantes que el conocimiento y las habilidades técnicas, y en el segundo, si bien el conocimiento es priorizado, es altamente valorado que sea sensible a las emociones, se adapte a cada paciente y domine las habilidades de comunicación. Estos estudios demuestran el valor que le atribuyen los pacientes a los aspectos humanos y a las habilidades comunicacionales del médico. Se refieren a las mal llamadas “habilidades blandas” del profesionalismo médico.

En el pasado se pensaba que estas habilidades eran innatas. Hoy sabemos que pueden aprenderse y que esto ocurre de manera progresiva. Comienzan a incorporarse en la formación de grado, se van consolidando en el postgrado, se maduran y perfeccionan a lo largo de toda la vida profesional. Eso nos lleva a preguntarnos si las escuelas de medicina, los programas de postgrado (residencias y especialidades) y las instancias de certificación profesional están promoviendo y asegurando que haya médicos que puedan dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

En la formación de grado dedicamos tiempo y esfuerzo a la enseñanza y a la evaluación de los aprendizajes vinculados con el conocimiento científico de la medicina. En nuestros planes de estudio consignamos detalladamente los conocimientos que el estudiante tienen que aprender, de la molécula al hombre, de lo fisiológico a lo patológico, las habilidades que tiene que adquirir y las tareas que podemos delegarle para que realice con distinto grado de supervisión. Las “habilidades blandas” también suelen estar enunciadas, tal como comprender las necesidades y problemas emocionales del paciente, ser amable, cálido, estar disponible, etc. De estas priorizamos las comunicacionales, tal vez porque son menos difíciles de enseñar y de evaluar. Es más complejo cuando pretendemos valorar si un alumno tiene características de personalidad positivas, si se adapta y es sensible a las emociones y necesidades de cada paciente. Para la enseñanza y evaluación de estas habilidades se han ensayado diversas estrategias e instrumentos con distinto grado de efectividad, pero con frecuencia la evaluación es implícita, no sistemática y no formativa, privando al alumno de la posibilidad de modificar su comportamiento. Los docentes juegan un rol medular en la enseñanza de las “habilidades blandas”, ya que son modelos y modeladores de los estudiantes, por lo que deberían poseerlas y estar comprometidos con su transmisión. Los estudiantes aprenderán a ser honestos si sus docentes reconocen los errores, a ser amables si ellos y los pacientes son tratados con amabilidad, a ser veraces cuando siempre les dicen la verdad. Esto no implica la ausencia de modelos negativos, pero en caso de haberlos, es necesario un docente que estimule la reflexión y de *feedback*.

Las “habilidades blandas” así como todos los atributos del profesionalismo médico deberían ser tenidos en cuenta en la promoción de los estudiantes, ya que, de no hacerlo, el único criterio de graduación será el conocimiento científico y las habilidades técnicas.

Los programas de residencias son una nueva instancia para adquirir las “habilidades blandas”. Sin embargo, la mayoría de las veces, no son tenidas en cuenta en el proceso de selección, cuyo único criterio es el conocimiento científico y el razonamiento clínico. Probablemente, pretender su compleja evaluación en la instancia de selección a la formación de postgrado sea un planteo utópico y de difícil implementación. Sin embargo, deberíamos pensar en estrategias posibles. Quizás, las cartas de recomendación, tal como las utilizadas en otros países, si bien en ocasiones son una formalidad poco sincera, podrían ayudar a orientar acerca de las características de personalidad positivas, habilidades de comunicación, empatía y otras características del postulante.

Los programas de residencias proporcionan múltiples ocasiones para adquirir y consolidar las “habilidades blandas”. A veces son oportunidades perdidas porque, dependiendo de los sitios de entrenamiento, se suele poner mayor énfasis en el aprendizaje y evaluación de los conocimientos científicos, y de las habilidades técnicas. Si bien, en algunos programas las “habilidades blandas” son tenidas en cuenta, su enseñanza depende de la cultura institucional y del valor que le asignan quienes lideran el entrenamiento. Si no hay una enseñanza explícita, el currículo oculto adquiere mayor protagonismo y su influencia puede ser positiva o negativa. Es infrecuente que a alguien no se le conceda el certificado de residencia o el título de especialista por carecer de “habilidades blandas”, esto sólo ocurre cuando no se alcanzan los objetivos del programa o ante la existencia de faltas graves de ética profesional.

La evaluación de la calidad de los programas de residencia focaliza en el programa de entrenamiento, el número de procedimientos que se realizan, la infraestructura del servicio y en la titulación y capacitación científica de los docentes, pero infrecuentemente se indaga en la enseñanza del profesionalismo y menos aún en las “habilidades blandas”.

Asimismo, al certificar y recertificar nuestra formación médica sólo tenemos que dar evidencia de la realización de cursos y congresos, publicaciones, actividad docente y cualquier otra prueba que demuestre que nos hemos mantenido actualizados en el conocimiento; no se nos pide que demos que somos amables, empáticos, capaces de entender la perspectiva del paciente, de comunicar efectivamente, de escuchar activamente y ser veraces.

Desde un punto de vista teórico la mayoría de los médicos consideramos esencial en la formación de un médico la adquisición del profesionalismo y de sus aspectos humanísticos. No obstante, existe una distancia entre nuestro aspiracional y la vida real, ya que no siempre estos aspectos ocupan un rol protagónico en las instancias de graduación, selección, formación y promoción profesional. No se trata de resignar la formación científica y las habilidades técnicas en beneficio del profesionalismo y sus "habilidades blandas", sino de lograr un equilibrio entre ambas para formar de manera integral médicos que puedan dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Referencias

1. Coulter A. Patients' views of the good doctor. *BMJ* 2002; 325: 668-91
2. Hurwitz B, Vass A. What's a good doctor, and how can you make one? *BMJ* 2002; 325:667-8.
3. Borracci RA, Álvarez Gallesio JM, Ciambone G, Matayoshi C, Rossi F, Cabrera S. What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient. *Rev Med Chil.* 2020 Jul; 148(7):930-938
4. Luthy C, Cedraschi C, Perrin E, Allaz AF. How do patients define "Good" and "bad" doctors? Qualitative approach to the representations of hospital patients. *Swiss Med Wkly* 2005; 135:82-86

Soledad Campos
Universidad Austral
scampos@austral.edu.ar