Entrevista

Dr. Jorge E. Valdez García

**Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.**

**Le agradecemos su disposición para esta entrevista. EL CONACEM en conjunto con la Asociación Mexicana de Facultadas y las Escuelas de Medicina que usted preside tienen en común el propósito de poner al paciente en el centro de la atención médica de calidad, quisiera preguntarle ¿cómo impulsa este objetivo para que sea homogéneo en la educación médica nacional?**

**Dr. Valdez**: Suele asumirse que por el hecho de estar en el ámbito de ciencias de la salud, particularmente la educación médica, el paciente siempre está al centro, sin embargo, desde la perspectiva educativa, hay que explicitarlo y hay que generar modelos de educación que tengan al paciente en el centro, pues no puede obviarse, ya que, por ejemplo, los diseños hospitalarios, los modelos de atención no necesariamente están pensados desde la perspectiva de los pacientes. En la educación médica ocurre lo mismo, seguimos manteniendo desde hace mucho tiempo los mismos modelos.

Con varios colegas, desde el siglo pasado, hemos desarrollado el aprendizaje centrado en el paciente, esto tiene 4 perspectivas, en la que **la humana** es la más importante, en ella se ve a la persona como tal con toda su integridad y no como datos meramente, intentamos entender a la persona con todo el contexto que la hace ser quien es. Obviamente, está también **la** **biológica**, que esla que se ha usado siempre, pero sostenemos que es un error creer que solos los datos biomédicos son suficientes para definir al paciente, pues el sujeto se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Tenemos 100 años haciéndolo así, hay que dejar muy claro que no está mal pero es insuficiente.

**Es decir, tener una visión integral…**

**Dr. Valdez**: Sí, eso es lo que nos permite la tercera perspectiva: **la de gestión**, es decir, cómo se transita el paciente al ser atendido. Hoy se le llama “*Patient journey*” (el recorrer del paciente).

Hay dos elementos importantes del Patient journey: cómo va a vivir en el modelo educativo y cómo va a vivir en el modelo de atención dentro de la estructura que le tocó. Por ejemplo hablando de mi especialidad en oftalmología, no es lo mismo el ser operado de catarata en el ISSTE, en el IMSS, en el Hospital Central Militar, en el Hospital Metropolitano de Monterrey o en el Hospital Universitario de Monterrey; la cirugía de catarata es la misma, el procedimiento tiene sus pasos, la diferencia está en el proceso desde que se diagnostica al paciente hasta que se da de alta. De eso se trata esta perspectiva, de cómo se gestiona la enfermedad. Es importante que los alumnos sepan gestionar, no basta con que en los libros y en las clases aprendan a diagnosticar y dar tratamientos, sino que se cuestionen más, que sepan tratar, salirse del cartabón de la aproximación biomédica ya es poner al paciente en el centro. Nuestro trabajo es acompañarlos.

La cuarta perspectiva es **la del emprendimiento**, es decir, qué hay que hacer como médico para mejorar la atención de este paciente y de los pacientes como este; esto rara vez ocurre porque estamos muy limitados a decir que así es el sistema y así aprendí a hacer las cosas y por esto tenemos grandes inconformidades de los pacientes. La mayoría de los errores que se repiten son sistemáticos y no individuales, todos piensan que este trabajo es del otro, los médicos que es de los administradores y al revés.

Hay mucho trabajo por hacer todavía, en México apenas empieza a crecer y a profesionalizarse.

**¿Cómo evolucionar a este nivel de enfoque que usted está mencionando?**

**Dr. Valdez**: hay distintos niveles, según la responsabilidad de los alumnos. Podría empezar por ejemplo, notando que los turnos para consultas de cataratas se dan al mismo tiempo y tienes a los pacientes desde las 8:00 para tomarles la agudeza visual, el primero pasa pronto, pero según avanzan los turnos habrá quien pase hasta las 12:40 y lo tuviste sentado en una sala de espera cuatro horas sin el mínimo respeto por su tiempo. Un alumno podría empezar a desarrollar competencias de gestión, relaciones públicas de liderazgo con este ejemplo e ir pasando a otros niveles, para que cuando llegue a niveles de mayor responsabilidad sea capaz de actuar como un agente activo de cambio.

Ha sido un largo camino lograr que estas competencias se incorporen en el pregrado, todavía hay escuelas que siguen modelos muy tradicionales, esto nos obliga a pensar en el desarrollo de las competencias y los espacios clínicos para lograrlo.

**¿Cómo ha avanzado el propósito de que la AMFEM sea líder en esta transformación de la medicina académica, desde que se propuso como su presidente?**

**Dr. Valdez:** fue una decisión grupal. Primero hay que entender el concepto de medicina académica, ¿qué es la medicina académica? Es la que atiende tres hélices: la atención de los pacientes, la educación de los profesionales y los pacientes, y la investigación.

**¿Cuál es la diferencia entre medicina académica y la educación médica?**

**Dr. Valdez**: la medicina académica ocurre en centros que tienen y realizan estas tres cosas simultáneamente, es decir, que hacen investigación en los espacios clínicos, atienden a los pacientes, pero también son sujetos de investigación y se educan en este proceso de atención y en la investigación que se genera este entorno.

La educación médica es un campo relativamente nuevo, es el campo del conocimiento sobre los procesos formativos de los profesionales de la salud, hacemos investigación médica como parte de la investigación en áreas de ciencias de la salud; hay quien dirá que la educación médica también es la educación social de humanidades, pero esa está en el contexto de la práctica de salud. Entonces la educación médica es justamente eso: estudiar los modelos bajo los que se educa de las mejores maneras.

**Desde esa visión global que le permite estar al enfrente de la AMFEM ¿cuál es su evaluación específicamente de la formación médica especializada?**

**Dr. Valdez**: Creo que primero es importante entender que por el avance del conocimiento, la evolución y el enriquecimiento de las técnicas diagnósticas y terapéuticas es necesario especializarse para dar un servicio adecuado, con conocimientos. Sin que esto signifique que deba abandonarse la atención del médico general, pues me parece que para tener un buen especialista es un requisito indispensable tener un buen generalista, sin este médico no se está completo.

Es importante decirlo porque hay especialistas que creen que él puede solucionar los grandes problemas de salud, cuando muchos se solucionan en el primer nivel, es decir, con los médicos generales.

Desarrollar el perfil por competencias del médico especialista mexicano, como lo ha hecho la AMFEM, es un trabajo colaborativo, que debe seguir haciéndose entre pares, que va más allá de la educación de la praxis; para esto tenemos que desarrollas lo que llaman Social Professional Activities.

**¿Qué competencias serían?**

**Dr. Valdez**: hay una gran discusión, ¿hasta dónde son las competencias? En general son las de **comunicación** y **gestión**, que se separan de las de **liderazgo**, **conocimientos científicos** que es donde usualmente nos enfocamos y evidentemente esto se convierte cuando tenemos en conjunto las seis competencias, con eso se logra el experto médico

**Contamos en México con instancias formadoras idóneas para la medicina especializada con una visión de altos estándares de exigencia educativa y creo que va de la mano de este análisis respecto a la necesidad de tener estas competencias.**

**Dr. Valdez**: voy a separar dos temas. Primero están las escuelas de medicina, en la AMFEM hicimos un diagnóstico basado en el modelo incremental de calidad para todas las escuelas que pertenecen a la AMFEM, asumiendo que la calidad no es un fin al cual llegar sino un continuo que debe buscarse siempre. Lo primero a cumplir es la parte legal, luego están los requisitos para ingresar a la AMFEM, después los elementos de estandarización que en este caso son la acreditación de las escuelas y el COMAEM. Después está el nivel de la innovación, a nivel pregrado no hay mucho de esto en México. Y en el último nivel está la sustentabilidad, es decir, cuando una entidad formadora ya entró en continuos de calidad, que siempre está renovándose y es reconocida internacionalmente; en México, en este nivel solamente hay 6 escuelas, que son las que tienen los 3 elementos: atención, educación y formación.

En los espacios formadores lo único que tenemos es la certificación por parte del Consejo de Salubridad General. En México, no hay un solo hospital en México que esté certificado como centro médico académico, algunos tenemos la declaratoria, estamos en proceso, los Institutos Nacionales podrían ser y los Centros Médicos del IMSS. Pero, por ejemplo, hablando de la calidad en este modelo incremental estamos en el nivel intermedio, en el nivel de estandarización somos acreditados por el Consejo de Salubridad General, la más alta que sería ser un centro médico académico pero ninguno la tiene. Para esto tendríamos que migrar del típico hospital-escuela a un verdadero centro médico académico, la diferencia es que un hospital-escuela solo se encarga de la parte formativa, es un espacio formativo y no hace investigación ni atención integrada, que es lo necesario para poder convertirse en un centro médico académico.

El segundo tema son las residencias médicas. En el primer nivel tenemos solo tenemos, igual que en las escuelas de medicina, la parte legal; en el siguiente nivel únicamente está CONACYT para verificar los programas el PNPC (Programa Nacional de Posgrados de Calidad), hay muy pocos programas de calidad internacional. Luego están los Consejos de Especialidad Médica, la calidad de los egresados es otro indicador muy importante para saber si están bien, cumplieron el estándar en la universidad, están sujetos a la opinión de pares, si tienen ese estándar para hacer considerado un especialista y actualmente ya es un requisito legal. Todos los directores de programa de especialidad médica reciben información de los consejos del desempeño de sus egresados; pero hay que entender que esta evaluación no evalúa el programa, evalúa el desempeño del egresado.

En ese sentido, ¿en la práctica, México es comparable con la de países desarrollados?

**Dr. Valdez**: Sí, yo creo que México desde que empezó con el movimiento de los Consejos ha sido muy ordenado, tiene muy claro los procesos de licenciamiento y los procesos de certificación, creo que eso es hablar de las cosas bien hechas. La organización de nuestro país está al nivel de los mejores modelos de certificación de la calidad de los profesionales y también con esta visión que es de cara al público, es decir, el trabajo que hacemos en los Consejos es proteger al público, lo que queremos es decirle que tenga la certeza de que este profesional que ha egresado de una universidad de muy buena calidad cumple con los requisitos, está certificado como un especialista.

Tenemos áreas de oportunidad, por supuesto, hay que definir al egresado en un perfil por competencias, tenemos que abocarnos a la tarea del desarrollo por competencias, eso nos lleva también a los procesos de recertificación o revalidación de la certificación, lo que en Estado Unidos se llama el mantenimiento a la competencia.

**¿Cómo se logra vincular la necesidad de una atención especializada de un país como el nuestro, con una medición global de atención en medicina?**

**Dr. Valdez**: hay grandes problemas nacionales, pero la manera de atender sus requisitos es regional. La AMFEM comenzó un proceso de regionalización atendiendo esto, nuestra población es mestizo-mesoamericana, pues no es lo mismo el mestizo del sureste que del altiplano que del noroeste de México, genéticamente son diferentes, entonces se habla de esta precisión. Comento esto para que tengamos en cuenta que incluso desde la perspectiva genética no podemos abordarlos con una sola aproximación, una única aproximación centralizada generada desde la ciudad de México; tiene que haber una regionalización, por eso se descentralizó el sistema de salud en los 90, se generaron sistemas estatales.

Respecto a la prevalencia de enfermedades, la conformación de la enfermedad, por ejemplo, Nuevo León tiene la más alta cobertura proporcional de su población por el Seguro Social, más de 70% porque hay fábricas, hay una economía formal muy establecida y lo mismo ocurre en áreas de Ciudad de México, en ciertos lugares donde hay mucho empleo formal contra Chiapas donde la cobertura del Seguro Social en el régimen normal es del 15%. Los modelos son diferentes, de ahí que tengamos que formar a los especialistas también con esta sensibilidad.