



Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Carta al Director

La medicina como servicio. El humanismo médico en la formación de nuestros residentes

Medicine as a service. Medical humanism in the training of our residents

En el otoño de 1988, el Dr. Arnold Gold, reputado neuropediatra americano, su esposa Sandra y un grupo de colegas de la Universidad de Columbia pusieron en marcha un proyecto cuyo objetivo final no era otro que el de mantener el humanismo médico. Así nació lo que hoy se conoce como *Arnold P. Gold Foundation*¹.

La idea que impulsó la puesta en marcha de esta iniciativa tenía mucho que ver con la pérdida de protagonismo que los enfermos empezaban a tener como consecuencia de los descubrimientos científicos y los avances de la tecnología, pero también con un cambio de paradigma en la profesión médica que tendía a identificar al «médico triunfador» en función de sus ingresos y poder institucional¹.

El Dr. Gold había realizado sus estudios de medicina en Lausanne en los años cuarenta, después de haber sido rechazado en 20 facultades de su país². En su juventud perteneció a lo que su mujer denomina «generación de médicos con maletín negro», es decir, a un grupo de profesionales que por razones históricas vivieron una práctica médica en la que se era plenamente consciente de que la «inmortalidad» no existía y el cariño, la empatía y la comprensión del enfermo eran parte del instrumental del «maletín del médico»².

Hace unos meses estábamos preocupados por el efecto de lo que se ha dado en llamar «servicios basura» podía tener sobre la formación de los residentes. Por esta razón me planteé un simple interrogante: ¿cuál es el número de informes de alta elaborados por los médicos residentes en el servicio en el que trabajo?

Con objeto de dar una respuesta se seleccionaron aleatoriamente a 100 enfermos y se evaluó la responsabilidad (adjunto/residente) en la elaboración del informe. En la [tabla 1](#) se pormenoriza la información, que de manera global se resume en un dato: el 65% de los informes de alta revisados fueron elaborados por médicos residentes. Si tenemos en cuenta que en nuestro servicio existe un médico

adjunto que diariamente debería encargarse de esta función (y no siempre un residente) podríamos coincidir con la famosa teoría de la «explotación» de los médicos en formación tan controvertida en los Estados Unidos en los últimos años^{3,4}.

Sin embargo, recientemente y tras conocer la labor y planteamientos propuestos por la Gold P. Fundación, nuestra visión de la cuestión ha cambiado drásticamente. En los primeros años de su puesta en marcha la Fundación procuró inculcar su ideario en la formación pregraduada (actualmente el 93% de las escuelas americanas tienen alguno de sus programas) pero desde hace tiempo ha hecho extensivo su interés por la formación médica especializada. A tal efecto promovió una definición de *servicio médico* que se puede traducir como la «aplicación del tiempo, el talento y los recursos en los más necesitados, dando más allá de lo que se requiere». En este sentido, una prestigiosa revista internacional⁵ analizó recientemente la perniciosa confusión que el denominado Consejo Americano para la Acreditación de la Educación Médica Especializada (en inglés: ACGEME) generó con la evaluación de los años 2007-2008 al identificar, tal vez de manera inconsciente, el servicio médico como el reverso de la educación médica. Muchos residentes americanos castigaron severamente en sus encuestas el falso concepto del servicio médico al contemplarlo como una función oscura, sin valor

Tabla 1 – Elaboración de informes de alta

Tipo de ingreso	Adjunto n.º de altas	Residente n.º de altas
Ordinario	28	18
Urgente	5	12
CMA	2	35

CMA: cirugía mayor ambulatoria.

curricular, que además les impedía mejorar en su educación médica.

La lectura del artículo de Kesselheim y Cassel⁵ nos hizo ver que el aprendizaje del médico residente y también el del médico-adjunto y/o jefe de servicio con años de experiencia tiene lugar por una continua observación y práctica de los valores y habilidades de quienes les rodean en el quirófano, en el ascensor del hospital o en un pasillo del mismo con independencia de su rango formativo. A este respecto es muy posible que el Dr. Gold no fuera quien es, ni su Fundación existiera, si no hubiera visto durante su residencia (1954) a su tutor ocuparse día y noche de los 35 niños con poliomeilitis dependientes del pulmón de acero en una ciudad y en un hospital con serios problemas de abastecimiento eléctrico (Charity Hospital de Louisiana)².

El problema es que a los residentes actuales puede resultarles difícil, sobremanera en algunas especialidades, encontrar entre sus educadores, especialistas que no hayan sucumbido a la tentación de mi carrera profesional (económica, científica, de gestión o simplemente de falsa autocomplacencia). Lamentablemente en muchos de estos casos, la figura del enfermo ha dejado de ser prioritaria y la idea del servicio al enfermo no es contemplada como una necesidad fundamental.

Para hacer frente a este peligroso camino, la Fundación Gold nos propone 3 tipos de apoyos. En primer lugar, nos introduce la idea de aprovechar la oportunidad de aprender a través del servicio⁵. Por ejemplo, frente a la consideración de que la elaboración de un informe de alta constituye una labor «sucia» con la que arrancábamos este artículo, podemos contemplar su valor positivo si lo desarrollamos como un proceso de aprendizaje para generar documentación clínica precisa y responsable, en el que residente y educador colaboran activamente. Por demás, la Fundación también incide en las favorables expectativas que para el enfermo genera su alta y, por tanto, la especial satisfacción y precisión que su elaboración debe provocar en el médico responsable. Tal vez para apreciar esta última faceta sería recomendable que todos los médicos fuésemos pacientes de nuestro propio hospital, durante un periodo de 7 días.

En segundo lugar, la Fundación Gold apuesta por definir el servicio médico como un objetivo educativo explícitamente contemplado en los programas de formación médica especializada, configurándolo como un conocimiento transversal de los primeros años de residencia sobre el que se van asentando las habilidades y capacitaciones de los médicos durante su formación especializada. En este sentido, el intenso trabajo de la ACGME en los últimos años ha generado lo que en Estados Unidos se denomina «Next Accreditation System» (NAS)⁶. En julio de 2013, el proyecto NAS empezará a aplicarse en 7 de las 26 ACGME y un año después en el resto de Estados Unidos. Entre los 4 grandes bloques de contenidos del NAS destaca el primero de ellos, identificado como «profesionalidad», que recoge en su nivel 1 el reconocimiento de la enfermedad y del servicio al enfermo como pilar básico de la formación médica especializada⁶. Este proceso de cambio llega en un momento en el que, pese a la introducción del «límite de horas laborales en la residencia» (Duty-Hour-Requirement), los programas formativos están siendo objeto de una profunda revisión. Un

estudio realizado entre los residentes americanos (diciembre de 2011 a febrero de 2012) reflejaba que solo el 23% de ellos aprobaban los cambios introducidos en sus programas de formación. Similarmente otra encuesta reciente entre 549 directores de ACGME ponía de relieve su mayoritaria disconformidad con la formación general de los residentes, la capacitación final de los residentes de los últimos años e, incluso, la mejora en el seguimiento de los enfermos tras la introducción de las limitaciones horarias⁷.

La última herramienta que la Fundación Gold emplea para divulgar la importancia del servicio al enfermo como forma trascendental de la humanización médica es la organización de diversos premios (Leonard Tow, ensayos sobre el humanismo médico, etc.), ceremonias de concienciación como la de las «batas blancas» desarrollada a principio de curso en muchas facultades americanas, o la dotación de numerosas becas para la realización de proyectos de investigación o servicio médico en poblaciones marginales de Estados Unidos o en países subdesarrollados.

Más de 20 años después de que el matrimonio Gold pusiera en marcha su proyecto, la principal duda con la que arrancaban continúa con plena vigencia: ¿es posible enseñar la medicina como servicio a personas esencialmente insensibles? Tal vez no, pero sí es posible inducir cambios en el comportamiento que nos aproximen a lo que se denomina «hábitos humanistas». En este sentido, debemos recordar el viejo dicho: *con música y paciencia, hasta un oso puede aprender a bailar*.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Arnold P. Gold Foundation. Disponible en: <http://humanism-in-medicine.org/>
2. Gold A, Gold S. Humanism in medicine from the perspective of the Arnold Gold Foundation: challenges to maintaining the care in health care. *J Child Neurol.* 2006;21:546-9.
3. Holt KD, Miller RS, Philibert I, Heard JK, Nasca TJ. Residents' perspectives on the learning environment: data from the Accreditation Council for Graduate Medical Education resident survey. *Acad Med.* 2010;85:512-8.
4. Drolet BC, Spalluto LB, Fischer SA. Residents' perspectives on ACGME regulation of supervision and duty hours – a national survey. *N Engl J Med.* 2010;363:34.
5. Kesselheim JC, Cassel CK. Service: an essential component of graduate medical education. *N Engl J Med.* 2013;368:500-1.
6. Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The next GME accreditation system – rationale and benefits. *N Engl J Med.* 2012;366:1051-6.
7. Drolet BC, Khokhar MT, Fischer SA. The 2011 duty-hour requirements – a survey of residency program directors. *N Engl J Med.* 2013;368:694-7.

Luis Manuel Junquera^{a,c,*}, Lorena Gallego^b
y Tania R. Santamarta^{a,c}

^a Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital de Cabueñes, Gijón, España

^c Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: Junquera@uniovi.es,
junquera@correo.uniovi.es, junquera@sci.cpd (L.M. Junquera).

1130-0558/\$ – see front matter

© 2013 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2013.03.002>