

¿Es posible aprender con sobrecarga asistencial? aportaciones de las teorías de Aprendizaje Social

Roger Ruiz Moral

Boletín de Educación Médica docTutor

La mayor parte de lo que aprende un residente tiene lugar en el centro de salud, planta del hospital o la urgencia atendiendo a pacientes y resolviendo problemas médicos bajo una más o menos estrecha supervisión de los responsables docentes. Detrás de esto se encuentran unos programas que han ido aumentando cada vez más en contenidos, objetivos, métodos de enseñanza y evaluativos. En gran medida la aparición del concepto de 'competencias' ha promovido este desarrollo que ha supuesto una loca carrera de los responsables académicos e institucionales por su incorporación y adaptación estructurada de las mismas a cada programa. Bajo este marco se multiplican los programas organizados para residentes y personal facultativo que desea hacer carrera docente en el sistema sanitario público (lugar indiscutible donde se produce la formación de nuestros médicos, y donde deberían estar las facultades de medicina). Ejemplos de esto son, por ejemplo, el detalladísimo y exhaustivo 'Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía' (1) donde se detallan tanto la estructura como las actividades formales a realizar, entre ellas los cursos de formación común MIR que los residentes deben de completar a lo largo de su periodo de residencia. Aunque lo que se pretende es que las actividades formales descritas en estos programas se imbriquen armónicamente con las informales que suponen el día a día en la atención a pacientes por parte de los residentes, cualquier observador atento se da cuenta de la irrealidad que esto supone en la práctica.

Son varias las razones de que esto sea así, en este momento nos detendremos en una que creemos es especialmente relevante por su trascendencia y por lo que tienen de condicionante mayor: la existencia de un marco asistencial sobrecargado en exceso principalmente por una amplia oferta de la cartera de servicios y por una desmesurada e ilimitada demanda de la ciudadanía (España tiene una tasa de demanda asistencial de más de 8 puntos, es decir más del doble de la media europea y esto supone en atención primaria de algunas Comunidades un acceso directo e ilimitado al profesional). Este factor condiciona enormemente el desarrollo de un aprendizaje efectivo en nuestro sistema sanitario. En este escenario apenas queda espacio para el **aprendizaje formal**, incluyendo aquí la asistencia a cursos y seminarios estructurados, o la atención a los detalles de los propios programas docentes o, lo que es peor, la capacidad para detenerse a hacer una práctica reflexiva tutelada sobre lo que se hace de una forma mínimamente estructurada como se exige a través de los 'Libros del Residente' tipo portafolio.

Efectivamente si algo distingue hoy día al sistema de formación de residentes de nuestro país (del cual aún se sigue diciendo mecánicamente algo que cada vez es menos cierto: 'uno de los mejores sistemas, etc?etc??') del que se lleva a cabo en otros países de nuestro entorno, no es tanto la formalidad de los programas y planes bienintencionados como la total irrealidad de lo que puede representar su puesta en práctica. Cada vez más en nuestro sistema sanitario público, el único margen de formación descansa en la que tiene lugar a través de la asistencia sanitaria pura y dura. Los responsables docentes nos hemos dado cuenta hace tiempo que cualquier iniciativa de actividad formal en nuestro medio choca de entrada con la incredulidad de tutores y cada vez de más residentes y que el 'enganchar' a ambos de una forma productiva para ellos (esto es no únicamente por conseguir créditos o 'puntos') obliga a los responsables docentes a realizar un esfuerzo de imaginación y persuasión extraordinario. Este divorcio entre las actividades regladas formales y las informales de aprendizaje en la práctica clínica del trabajo diario está teniendo sin embargo graves consecuencias. La primera ya la hemos comentado: el humo en el que quedan cualquier esfuerzo por muy bienintencionado (e incluso metodológicamente bien construido) y aparentemente de utilidad práctica que sea por parte de los gestores de la docencia de las instituciones sanitarias, por otra el escepticismo que levanta en residentes y médicos docentes (pero sobre todo clínicos) cualquier actividad de este tipo que supone un plus a vencer por los encargados de impartir las mismas a la hora de hacerlo; pero sobre todo, esta situación es el germen de actitudes derrotistas por parte de los médicos y residentes de cara al sistema formativo y al aprendizaje en su conjunto, lo que a la larga representa una bomba de relojería que puede acabar con el edificio en el que hemos construido el sistema formativo sanitario.

Pero, es verdad que la realidad es la que es y que pretender forzar cambios en ella de una manera artificiosa (es decir sin afrontar una reforma sanitaria que tenga realmente en cuenta también la necesidad de la formación de sus profesionales en su seno), está de antemano condenada al fracaso. Además, y esto es especialmente importante, no las tenemos todas con nosotros si pensamos que la forma en la que tenemos estructurada la formación es la mejor para alcanzar los fines docentes que pretendemos. Por lo que, así las

cosas, no estaría de más en este momento centrarnos en esta realidad aplastante que viven médicos docentes y residentes de últimos años como es la de estar ocupados la práctica totalidad de su tiempo en asistencia desbordante para desde aquí proponer modos operativos, atractivos, útiles y sobre todo aplicables a esa realidad. Si esto es posible, tal vez podamos contribuir incluso a que de alguna manera su práctica diaria no sea vacía y carente de los mínimos ingredientes e incentivos que permiten un desarrollo profesional digno, esto es basado en la reflexión madura continuada.

El artículo de experiencias docentes **?Comidas con mi residente?** que en este número del boletín doctutor nos aportan JC Arbonies y su residente J Azcárate representa un magnífico ejemplo de este tipo de iniciativas en esta ?tierra hostil?. En realidad su propuesta representa una forma de operativizar lo que se denomina **?aprendizaje informal?**. Ellos han puesto en práctica una actividad que aprovechando un espacio informal convierte a este en un espacio para la crítica de la práctica y el desarrollo de los planes personales de la residente.

El aprendizaje informal ha sido definido de muy diferentes maneras, predomina la consideración de este como cualquier forma de aprendizaje que tiene lugar predominantemente en el lugar de trabajo. Una variante que destacamos aquí es la que propone Eraut (2): ?es aquél aprendizaje que se da en situaciones donde este es explícito pero sucede casi de forma espontánea en respuesta a situaciones recientes, habituales, inminentes sin que se planifique un tiempo o lugar para ellas?.

La educación médica tiende, sin embargo, a interpretar el aprendizaje informal desde una perspectiva cognitiva, a pesar de que este puede ser tal vez mejor concebido como un fenómeno cultural en el que ?identidad, conocimiento y pertenencia social están ligados unos con otros? (3). La estructuración de ?sesiones de tutoría? en ?comidas con mi residente? que nos presentan Arbonies y Azcárate es un buen exponente de este carácter cultural del aprendizaje, pues muestra la relación entre la promoción del desarrollo de la residente que antes comentábamos, con el contexto social en el que sus protagonistas se desenvuelven.

Tanto en las teorías de más predicamento actualmente en educación médica, bien sean la andragogía (educación de adultos de Knowles), el aprendizaje experiencial de Kolb o el aprendizaje reflexivo de Schön, se asume que la mente funciona de manera independiente al contexto social. Sin embargo el desarrollo profesional de un aprendiz está presidido sobre todo por un proceso en el que predomina el llegar a ser más que el hacer algo concreto. Los trabajos de Vygotsky (4,5) entre otros nos enseñan como la mente se desarrolla en el entorno cultural. Para esa finalidad la creación de ambientes de trabajo adecuados es un elemento clave, es decir el dotarlos de este enfoque sociocultural, como Arbonies y Azcárate ejemplifican en su experiencia. Esto no impide sin embargo que en estos ambientes (comidas con mi residente) se fomenten procesos cognitivos de facilitación como son el fomento del pensamiento reflexivo o la promoción del modelaje (metodología de las sesiones de tutorización).

A casi nadie se le escapa que cualquier aprendizaje profesional requiere no tanto de temas a aprender como situaciones a las que enfrentarse. Nuestros residentes, especialmente los de últimos años las tienen a ?montones? (y hay que decir que desde que se aplica en nuevo RD sobre formación especializada del 2008 los R1 no las tienen en absoluto ya que han pasado a ser estudiantes de 7º año (5)). Aquí, el papel del médico docente-tutor es más bien el de estructurar estas experiencias de forma significativa más que el transmitirles conocimientos. En este sentido actividades como: las grupales, trabajar en equipo, afrontar tareas clínicas, resolver los problemas que estas tareas traen consigo, provocan aprendizaje en la medida en la que facilitan un proceso de adquisición basado en la experiencia más que de transmisión.

Pero incluso para que este tipo de actividades imbricadas en el día a día de la asistencia tengan una repercusión educativa tienen estas que ser objeto de atención por si mismas (es decir el hecho de que estamos enseñando-aprendiendo y no solo quitando ?lista de espera?), lo cual requiere de cómo poco ?caer-en-la-cuenta-de-lo-que-estamos-haciendo? y como mucho de disponer de ciertos espacios para su estructuración y reflexión consciente. Tenemos dudas de que esto incluso se pueda llevar a cabo con la actual situación asistencial que tenemos.

Nuestro bien intencionado y mejor construido cada vez sistema de formación médica basado en planes estructurados por teóricos de la metodología educativa en la sacrosanta filosofía de las competencias, impuestos a través de Programas y curricula orientados en temas y descansando gran parte de su implementación en cursos, talleres y seminarios, pueden tener sus días contados. Y aunque no negamos su posible utilidad desde el punto de vista formal en el momento y situación presentes contribuyen muy poco para incrementar la necesaria progresión sociocultural (desarrollo profesional) de la que están necesitados nuestros médicos y residentes, en nuestra realidad estos programas están ?para no hacerles ni caso?. Iniciativas como la descrita en Experiencias representan un soplo realista y fresco en este desolador y estéril paisaje educativo en el que nos movemos.

Referencias

(1) Disponible (pdf) en:

http://formacionsalud.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/download_documento_referencia/Plan_Formacion.pdf

- (2) Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *Br J Educational Psychol* 2000;70:113-36
- (3) Swanwick T. Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to 'culturism'. *Med Educ* 2005;39:859-65
- (4) Vigotsky L y otros. *Psicología y Pedagogía*. Madrid: Akal 2005
- (5) Ruiz Moral R. Lev Vigotsky: una guía para mejorar la formación de nuestros médicos. *JANO* 28 de Marzo-3 de Abril de 2008. N.º 1.688: 52-54