

LA EDUCACION MÉDICA EN LOS ALBORES DEL TERCER MILENIO¹

Borroto Cruz ER., Aneiros-Riba R.

Hitos en los cambios de la educación médica en el siglo XX

El siglo XX ha sido rico en la introducción de experiencias en el campo de la formación de los recursos humanos en salud (1). En 1910 se produce el informe Flexner (2) a partir del estudio de la educación médica en 155 escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá en el cual se elaboraron un conjunto de recomendaciones. Su propuesta gira en torno al papel del médico en el tratamiento de la enfermedad, llegando a plantear que de no existir enfermedades el papel que juega el médico en la sociedad no sería necesario. Según Rodríguez (3) "...lo más trascendente de su estudio es la contribución a la consolidación de un modelo biomédico clínico evidentemente individual y curativo, reflejo en lo educativo de ese modelo de concepción y práctica de la medicina, respaldado por la creciente consolidación de lo que habría de constituirse en el poderoso complejo médico industrial". Sus recomendaciones introdujeron cambios en el curriculum de Medicina, esencialmente en lo referente a la elaboración de programas académicos estandarizados en los que las ciencias básicas sientan en los primeros dos años, las bases para la formación clínica ulterior. Este modelo inicialmente desarrollado en los Estados Unidos, tuvo amplia repercusión y progresivamente acaparó la enseñanza médica universitaria, con la denominada medicina científica, y su impacto se ha mantenido inalterable por varias décadas.

En las últimas 4 décadas, se han producido un conjunto de acontecimientos que indudablemente sientan las bases para lo que será un nuevo paradigma de la educación médica en el siglo XXI.

Ellos son:

En la *década de los 60*, el trabajo desarrollado en la Universidad de McMaster (4,5) que introdujo la enseñanza basada en problemas que se extendió a múltiples escuelas de medicina del mundo.

En la *década de los 70*, el congreso de Alma Atá, sobre atención primaria de la salud (6), concentró la atención de todos en la educación para la atención primaria de la salud y generó las bases para que la OMS desarrollara en 1981 la estrategia de "Salud para todos en el año 2000" y que indudablemente ha influido en forma notable en el desarrollo de curricula orientados a la comunidad y en el surgimiento de nuevas áreas de enseñanza tales como educación y promoción de la salud, así como en el auge de la epidemiología social, la demografía y las ciencias de la conducta.

¹ Maestría en Educación Médica. Material de Estudio. [CD-ROM]. La Habana: ENSAP-GIESP-CDS; 2002-2005.

En los 80, se produce el informe de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos "La Educación Profesional General de los Médicos del Siglo XXI" (7) , que propugnaba entre otros elementos: (a) la reducción de las conferencias y su duración; (b) enfatizar la promoción de salud y la prevención de enfermedades; (c) integración de la educación básica y clínica y (d) la solución de problemas en forma activa por parte de los estudiantes.

Es también en esta década, donde se produce la declaración de Edimburgo (1988) en el contexto de la conferencia mundial sobre educación médica de la Federación Mundial para Educación Médica que orientó la formación de recursos humanos en salud en el sentido de la producción de médicos que promuevan la salud de toda la población. La educación debe integrar la salud y su promoción, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona en su totalidad; de los valores sociales y de la comunicación, orienta el desarrollo de métodos activos y autodirigidos para promover la capacidad de los estudiantes de aprender y de comunicarse. Todo ello en armonía con las estrategias de atención primaria en salud y de "Salud para todos en el año 2000".

Por otra parte, el documento elaborado por la fundación Robert-Wood Johnson (8) llega a la conclusión de que al estarse produciendo cambios continuos en los modelos de enfermedad y la transformación de la práctica médica, así como las tendencias a privilegiar los aspectos preventivos hacen necesario que los estudiantes profundicen sus conocimientos en ciencias sociales, comportamiento, epidemiología clínica, ciencias de la información y de la comunicación y que los procesos capacitantes se desarrollaran más allá de los muros de los centros de atención secundaria y terciaria, con la extensión a las áreas de atención primaria. Entienden que el cambio de paradigma en las ciencias a partir del despegue de la biología molecular, celular, estructural y neural tiene que armonizarse con el desarrollo de las nuevas necesidades de salud, con una determinación eminentemente social y constituyen condición necesaria para reformar la educación médica.

En la segunda conferencia mundial sobre educación médica (Edimburgo, 1993) se abordaron como ejes temáticos:

- el contexto mundial, desde el punto de vista político, económico, social, ético y los derechos de los pacientes;
- el cambio de la práctica médica hacia la priorización de la atención primaria, la prevención y la promoción de la salud, y
- el crecimiento del conocimiento y los avances tecnológicos

a partir de los cuales y analizando la declaración de Edimburgo 1988 se realizaron propuestas de acciones concretas para contribuir al desarrollo de la educación médica y su declaración final culmina con la siguiente reflexión "La Cumbre está convencida que estas reformas son necesarias si las instituciones de educación médica han de responder con eficacia a las necesidades de sus sociedades y formar médicos con la **calificación técnica, social y moral** requerida para el profesional del mañana".

Finalmente, en 1995 la UNESCO elabora un documento sobre política para el cambio y el desarrollo en la educación superior (9) que ha sido de objeto de análisis y debate en diversos foros internacionales que han originado reflexiones y planes de acción que de alguna forma impactan también la educación médica.

Hacia el tercer milenio

A partir del análisis de la situación actual de la educación médica hemos considerado pertinente clasificar un conjunto de tendencias que impactan desde ya la calidad de la formación médica y por ende la atención en salud, en 6 ejes conductores: (1) Estrategias; (2) Curriculum: diseño y ejecución; (3) Evaluación: nuevos métodos y enfoques; (4) Proceso enseñanza-aprendizaje; (5) Rol de docentes, estudiantes y comunidad en la educación médica; y (6) Rol de la Universidad.

Estrategias

- Educación médica orientada a la toma de decisiones.
- Formación médica orientada a la calidad: satisfacción óptima de las necesidades de salud.
- Integración docencia-asistencia-investigación como base para la formación médica de calidad.
- Disminución de la brecha educación médica - práctica médica.
- Educación multiprofesional para el desarrollo de equipos de trabajo.
- Educación médica orientada a la comunidad: desarrollo de la atención primaria de salud.
- Educación médica en los servicios de salud: educación en el trabajo en el mundo real de la práctica laboral.
- De la educación de grado al postgrado y la educación permanente.
- Articulación entre grado, postgrado y educación continua.

Curriculum: diseño y ejecución.

- Formación social y humana: incremento de los contenidos en las áreas de ética, ciencias sociales, comunicación, humanidades médicas, antropología, historia de la medicina; del aula a los servicios y la comunidad.
- Diseño curricular mas pertinente a las necesidades de salud.
- Estructuración curricular: de primacía de los Departamentos y Cátedras a privilegiar el enfoque multi e interdisciplinario.
- Equilibrio curricular entre las áreas centradas en “la enfermedad” y las centradas en la “salud”; entre las centradas en la curación y rehabilitación y las centradas en la promoción, prevención y educación para la salud; de la orientación en la enfermedad a la orientación en la salud.
- Formación hacia la salud: incremento de contenidos de promoción y educación para la salud: desarrollo de habilidades de intervención.
- El curriculum como problema científico: desarrollo de la investigación educacional como reflexión crítica de la práctica docente. Investigación-acción.

- El profesor como profesional activo en la construcción del currículum: no planificación curricular.
- Armonía entre las actividades teóricas y las prácticas, privilegiando estas últimas; acceso a la teoría motivado por una necesidad práctica.
- Respuesta del diseño curricular de la educación médica a los cambios en los patrones epidemiológicos, demográficos y de los servicios de salud.
- Desarrollo de conocimientos y habilidades para el desempeño exitoso en la dimensión interpersonal de la atención médica: priorización de las habilidades comunicativas y las de intervención socio-psicológica sobre el individuo, la familia y la comunidad.
- Desarrollo de generalistas especializados en equilibrio con especialistas de perfil estrecho (paradigma emergente atención primaria de salud).
- Desarrollo de la educación médica en diversos escenarios: incremento del tiempo presencial en el nivel primario.
- Determinación del proceso salud-enfermedad: del biologicismo al énfasis eminentemente social.
- Aseguramiento de la integración horizontal y vertical; entre ciencias básicas, clínicas y socio-epidemiológicas y entre los niveles de atención primario, secundario y terciario.
- Ética pedagógica y médica en la formación de los recursos humanos en salud: valor del ejemplo.
- La investigación como eje en el diseño curricular: énfasis en el desarrollo del pensamiento científico.
- Desarrollo y expansión de la informática médica
- Disminución de la sobrecarga de los planes de estudio: definición de ejes conductores básicos obligatorios: contenidos suplementarios opcionales; contenidos alternativos electivos.

Evaluación: nuevos métodos y enfoques

- De la enseñanza al aprendizaje.
- De la enseñanza pasiva a la activa: de la centrada en el profesor a la centrada en el estudiante.
- Métodos de enseñanza: de pasivos a activos; autodirección del aprendizaje como objetivo principal.
- Currícula y enseñanza aprendizaje: de la memorización a la solución de problemas.
- Integración de la enseñanza desde niveles moleculares a los sociales, desde las ciencias básicas a las clínicas y desde el individuo a la comunidad.
- Prioridad a enseñanza de las técnicas de búsqueda de información sobre las de transmisión de información.

Proceso enseñanza-aprendizaje

- Evaluación: formativa durante el proceso de enseñanza/aprendizaje y certificativa al concluir con prioridad a la evaluación de habilidades prácticas.
- Evaluación, acreditación y certificación externa de las unidades.
- Evaluación externa como reguladora del proceso y control de la calidad.
- Desarrollo de nuevos métodos de evaluación de la competencia clínica y el desempeño profesional de mayor validez y fiabilidad.

Rol de docentes, estudiantes y comunidad en la educación médica

- Participación de los estudiantes en el diseño curricular y la evaluación.
- Selección de los estudiantes al ingreso en áreas cognitivas, motivacionales y habilidades.
- Selección de docente por capacidad y habilidades para la enseñanza.
- Rol de los estudiantes: de pasivo-receptivo a activo-productor.
- Superación de los docentes en su práctica: perfeccionamiento profesional y formación pedagógica.
- Participación de la comunidad en la toma de decisiones respecto a la educación médica.
- Participación de los estudiantes y la comunidad en la evaluación de la educación y la práctica médica.
- La formación y superación académica como pre-requisito para el cambio educativo.
- Articulación armónica entre la enseñanza secundaria y la universitaria, como pre-requisito para un estudiante de calidad.
- Mecanismo más riguroso de selección, superación y evaluación de los docentes y directivos del sistema.
- Superación profesoral: de espontánea e individual a estructurada (maestrías y doctorados).

Rol de la universidad

- El intercambio internacional como fuente de enriquecimiento y desarrollo de la universidad.
- La Universidad Médica como centro generador de conocimientos y resultados científicos para mejorar la educación y la práctica médica.
- Búsqueda de nuevas fuentes de financiación por las universidades: introducción o aumento de los derechos de matrícula.
- Competencia por la ubicación laboral: principal evaluador externo de la calidad del proceso formador universitario.
- Del marco académico institucional al medio social.
- Mantenimiento de buenas relaciones de la universidad con el estado y la sociedad, basadas en los principios de autogobierno. El estado asume acciones de regulación y evaluación externa.
- Análisis entre empleadores y universidades para balance de la fuerza laboral.

Todas estas tendencias constituyen factores que legitiman la discusión y el desafío por la excelencia en la formación de recursos humanos en el marco de un mundo cada vez mas globalizado económica, política y socialmente. Para ser capaces de influenciar las expectativas de alcanzar un mayor desarrollo en la atención en salud en el tercer milenio, las universidades están urgidas de asegurar la *calidad* en la formación y práctica médica, así como garantizar la *pertinencia* de la educación médica en el marco de satisfacer las necesidades de salud de la población

BIBLIOGRAFIA

- 1 Byrne N, Rosenthal M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud*, 1994;28:53-93.
- 2 Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- 3 Rodríguez MI. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en Educación Médica. Encuentro Continental de Educación Médica, Uruguay, 1994.
- 4 Neufeld UVR, Barrows HS. The McMaster philosophy: an approach to medical education. *J. Med. Education* 1974; 49:1040-1050.
- 5 Neufeld UVR, Woodward CA. The McMaster MD program. A case study of a renewal in medical education. *Acad Med*, 1989; 64:423.432.
- 6 World Health Organization. *Primary health care. Alma Ata Health for All. Series 1*. Geneva, WHO, 1978.
- 7 Association of American Medical Colleges. *Physicians for the XXIst Century. Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physicians*. Washington, DC, AAMC, 1984.
- 8 Marston RD, Jones RM (Eds). *Medical education in transition*. Princeton, The Robert-Wood Johnson Foundation, 1992.
- 9 UNESCO. *Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo en la Educación Superior*. UNESCO, Paris, 1995.