

CONSIDERACIONES SOBRE LA ENSEÑANZA OBJETIVA DE LA MEDICINA.

Dr. José A. Fernández Sacasas

Médico Especialista de 2do. Grado en Medicina Interna, MSc., Profesor Titular y Consultante. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Tomado de: Panorama Cuba y Salud. Salud en Cuba y el Mundo. Vol.3, No.2 mayo-agosto 2008.

Resumen

Objetivo: En el presente trabajo, a partir de una valoración crítica sobre las formas tradicionales de la enseñanza y el aprendizaje de la medicina, se realiza una reflexión sobre como acometerlas en la contemporaneidad, teniendo como base la experiencia académica acumulada en el ámbito nacional e internacional.

Desarrollo: Una mirada a como se concibe la educación médica en el siglo XX permite identificar importantes inconsistencias. Por un lado están los propósitos, generalmente declarados, de formar un médico general con una sólida formación teórica y práctica, expresada en competencias profesionales que le hacen apto para atender los principales problemas de salud prevalentes, y por otro, los programas y métodos de estudio utilizados tradicionalmente.

Se expresan las principales deficiencias didácticas y de contenidos de la enseñanza concretado en un insuficiente protagonismo del estudiante en la práctica. En Cuba, se transita hacia programas en que los profesores, además de servir de modelo profesional, propician en los educandos el desarrollo progresivo de modos profesionales de actuación.

Consideraciones finales: El enfoque integral en la formación de los recursos humanos en salud en nuestro país, impregna todos los procesos educativos. El contacto estrecho y sostenido de los educandos con los problemas de salud a atender en el contexto de la integración docente-asistencial-investigativa, representan la base real para promover la nueva visión y misión de los futuros egresados.

Palabras clave: Educación médica, enseñanza, aprendizaje, medicina.

INTRODUCCIÓN

Observando como se concibe la enseñanza y el aprendizaje de la medicina en el siglo pasado, es posible percatarse de inconsistencias importantes en los programas y métodos de estudio utilizados tradicionalmente. Por lo común, adolecen de falta de objetividad, es decir, omiten o restan relevancia a la interacción con el objeto de estudio (el ser humano en salud y enfermedad). Se caracterizan por excesos teóricos expresados en la centralidad de las clases magistrales, el enciclopedismo de los programas y su falta de pertinencia porque no discernen lo esencial de lo accesorio, la no correspondencia con la realidad o demanda de atención de salud, el énfasis en enfermedades o problemas de salud poco relevantes desde el punto de vista de su prevalencia y afectación a la población, así como la prioridad de aquellos tributarios a la

alta tecnología y especialistas de campos cada vez más circunscritos. También puede advertirse en ellos el insuficiente protagonismo del estudiante en la práctica, quien está confinado a una función espectadora en vez de participativa respecto a los procesos de atención de salud.

Muchas interrogantes surgen en torno a cómo acometer la enseñanza de la medicina: ¿El énfasis en la teoría o en la práctica?, ¿en los contenidos de las ciencias básicas biomédicas o en los modos de actuación profesional?, ¿en la enseñanza o el aprendizaje?, ¿el estudiante como espectador o como protagonista?, los escenarios formativos predominantes: ¿aulas, anfiteatros, laboratorios, computadoras o los servicios de salud?. ¿mantener el énfasis en la medicina hospitalaria y de alta tecnología, y prescindir de la atención primaria y la medicina ambulatoria?, ¿la docencia directa de los estudiantes, a cargo de los especialistas de lo particular o de los especialistas de lo general?

En el presente trabajo, a partir de una valoración crítica sobre las formas tradicionales de la enseñanza y el aprendizaje de la medicina, se realiza una reflexión sobre como acometerlas en la contemporaneidad, teniendo como base la experiencia académica acumulada en el ámbito nacional e internacional.

PANORAMA INTERNACIONAL

"La condición más importante de la enseñanza de la medicina es su objetividad, el contacto real del estudiante con el objeto de estudio, desde sus primeros pasos en la carrera".

Carlos Jiménez Díaz (1)

A partir del Flexner Report publicado en 1910 (2), toma auge en la enseñanza de la Medicina, y subsecuentemente, de las demás carreras de las Ciencias de la Salud, la tendencia a exaltar los aspectos biológicos como expresión de su carácter eminentemente científico, lo cual se refleja en la conformación de un currículo con un fuerte ciclo básico de biomedicina, y un ciclo clínico, donde cuentan principalmente los aspectos relacionados con el estudio de la enfermedad y la curación, con proyección predominantemente somática u organicista, a ser ejercitada en hospitales de alto nivel.

El enfoque de la Medicina se impregna de la corriente filosófica del positivismo, que desestima en la interpretación de la salud humana la influencia de los factores sociales, culturales y psicológicos.

En la segunda mitad del siglo pasado, se produce una creciente reacción frente al enfoque técnico-biológico de las ciencias médicas y al "modelo flexneriano" de formación, apareciendo cada vez con mayor insistencia replanteos de como enseñar y ejercer las ciencias médicas, mediante modelos de carácter integradores e integrales, que abogan por considerar también la contribución de los factores psicológicos y sociales en el amplio panorama del determinismo de la salud y la enfermedad

humanas, así como la extensión del proceso de enseñanza aprendizaje a escenarios formativos distintos del hospital, en particular, la Atención Primaria de Salud (3).

En la "Declaración de Edimburgo" (4, 5) se reconoce que el objetivo de la educación médica es producir médicos que fomenten la salud de todas las personas, y ese objetivo, no se está cumpliendo en muchos lugares a pesar del enorme progreso que se realizó durante el siglo XX en las ciencias biomédicas.

El paciente espera poder contar con un médico capacitado que sepa escuchar, sea un observador cuidadoso, comunicador sensible y clínico eficiente; pero ya no es suficiente sólo tratar a algunos de los enfermos. Miles de personas sufren y mueren cada día de enfermedades que son prevenibles, curables o auto infligidas y millones no tienen acceso rápido a ningún tipo de atención de salud. Señala asimismo, que estos defectos se identificaron hace mucho tiempo, pero los esfuerzos previos para introducir una mayor conciencia social en las facultades de medicina no han tenido éxito particular. Estos hechos producen una creciente inquietud en la educación médica acerca de la equidad en la atención de la salud, la prestación humanitaria de los servicios y el costo para la sociedad.

La "Declaración de Edimburgo" enumera una serie de acciones en busca de mejorar la situación antes descrita (4, 5):

1. Ampliar la gama de entornos en los cuales se realizan los programas educativos para incluir todos los recursos de salud de la comunidad, no sólo los hospitales.
2. Asegurar que el contenido de los programas de estudio reflejen las prioridades nacionales de salud y la disponibilidad de los recursos accesibles.
3. Asegurar la continuidad del aprendizaje de toda la vida por medio del desplazamiento del énfasis de los métodos pasivos, que son tan generalizados ahora, hacia un aprendizaje más activo, inclusive, el estudio autodirigido e independiente, así como los métodos de enseñanza particular.
4. Establecer sistemas de programas de estudio y de examen para asegurar el logro de la competencia profesional y los valores sociales, no la mera retención y rememoración de la información.
5. Capacitar a los docentes para formar educadores, no solamente expertos en contenido, y recompensar la excelencia educativa tan plenamente como la excelencia en investigaciones biomédicas o en la práctica clínica.
6. Complementar la instrucción sobre el manejo de los pacientes con un mayor énfasis en el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.
7. Tratar de lograr la integración de la educación en la ciencia y la educación en la práctica, empleando también la solución de problemas en entornos clínicos y comunitarios como base del aprendizaje.
8. Para la selección de los estudiantes de medicina, emplear métodos que vayan más allá de la capacidad intelectual y el logro académico, para que incluya la evaluación de cualidades personales.

PANORAMA NACIONAL

"Formación de los estudiantes a partir de la práctica médica y el trabajo médico y social como fuente de aprendizaje y educación, complementada de actividades de estudio congruentes. Sacar a los estudiantes de las aulas y anfiteatros y llevarlos donde están los pacientes (Hospitales y Policlínicos)".

Fidel Ilizástigui Dupuy (6)

En Cuba, desde 1959 se produce una radical transformación en el nivel de vida y salud de la población como resultado de los cambios socio-económicos y culturales resultantes de la revolución cubana. A fin de dar cobertura asistencial a toda la población, tempranamente se hizo evidente la necesidad de multiplicar la formación de médicos y otros profesionales de la salud, así como mejorar la calidad científico-técnica y humana de los egresados (3, 7, 8).

De los cinco planes de estudios médicos producidos (9) entre la Reforma Universitaria de 1962 y el plan actual, vigente desde 1985 (10), sobresale el llamado Plan Integrado (11), inspirado en la propuesta de la Western Reserve University. Representó un significativo intento de innovación formativa, que si bien no logró una consolidación plena, constituyó una importante experiencia que a la postre habría de impactar la concepción curricular cubana en las ciencias médicas. Después de incorporar la Educación Médica Superior al Ministerio de Salud Pública (1976) y a raíz del análisis diagnóstico de la Enseñanza Médica Superior (EMS) realizado en 1981-1982 (12), la formación de médicos se extendió a todas las regiones del país.

Se decidió elaborar un nuevo currículo de estudios médicos con el propósito de formar a un médico general básico (MGB) que, a través de su trabajo en la atención primaria de salud (APS), se formara como especialista en medicina general integral (MGI) y ejerciera la profesión como médico de familia en la comunidad (5). Un comité académico dirigido por el Profesor de Mérito Fidel Ilizástigui Dupuy, diseñó el actual plan de estudios y perfiló su continuo perfeccionamiento (8, 10).

Durante más de 20 años el plan de estudios se perfecciona en atención a las demandas provenientes del desarrollo del sistema de salud, de los programas de salud, de las ciencias médicas y pedagógicas y de la ampliación de la ayuda internacionalista, entre otros factores, a fin de fortalecer su proyección en cuanto a equidad, pertinencia, calidad e internacionalización.

Las bases conceptuales y axiológicas de la estrategia formativa materializada en nuestro modelo educativo, son entre otras (3, 8):

- Formación de profesionales de la salud (médicos, estomatólogos y licenciados en enfermería y en tecnología de la salud) con un alto grado de compromiso con

su pueblo y la humanidad, gran vocación de servicio y sentido ético en su actuación.

- Concepción integral de la medicina como una ciencia social, psicológica y biológica.
- Desarrollo de un pensamiento científico.
- Partir de los problemas y necesidades relevantes de salud local, nacional y regional.
- Desarrollo de las actividades formativas en los escenarios reales de los servicios, en los distintos espacios formativos del sistema de salud con énfasis en la APS.
- Fomento de la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad frente al aislamiento disciplinario y la desarticulación temática.
- Búsqueda de un equilibrio entre la tecnología médica "básica" (el arte de la relación médico-paciente, la anamnesis y la exploración clínica) y la "alta tecnología".
- Introducción y desarrollo de nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en las esferas docente, investigativa y gerencial: preservando y fortaleciendo los valores, cultura, psicología e ideología de nuestra sociedad.
- Promoción de métodos activos de enseñanza, con mayor énfasis en el aprendizaje y el protagonismo del educando, en especial, el método de solución de problemas, la educación en el trabajo y el trabajo independiente supervisado.
- Promoción de la realización por los educandos, tanto de pre como de post-grado, de investigaciones de complejidad creciente de los principales problemas de salud, priorizando los referidos a los sistemas y servicios de salud.
- Participación de los estudiantes, según sus inclinaciones, en actividades culturales, deportivas, de extensión universitaria y proyección social.
- Establecimiento de procesos sistemáticos de evaluación y acreditación integrales de los estudiantes, los profesores y el currículo, con énfasis en la evaluación de la competencia y el desempeño.
- Preparación del estudiante para aprender por sí mismo en forma activa y permanente durante su vida profesional, fomentándole las capacidades para la obtención de información, la observación objetiva, el razonamiento lógico y el juicio crítico.

CONSIDERACIONES FINALES

"Porque junto a la idea del médico de familia surgió la idea de convertir la generalidad en especialidad, mientras por otro lado luchábamos contra las superespecializaciones".

Fidel Castro Ruz (13)

A medio siglo de distancia, resulta interesante la coincidencia de criterios acerca de cómo enseñar la medicina en dos grandes y respetados maestros de la docencia médica en España (1) y Cuba (6). Perfilan ambos, en lo que se puede conceptuar como un enfoque epistemológico de la educación médica: La interacción del sujeto cognoscente con el objeto a ser conocido.

Importa añadir ciertos principios estratégicos, a manera de marco ético-conceptual, que han de permear a la Educación Superior en el Siglo XXI para cumplir el encargo social de formar los profesionales que la sociedad necesita: Equidad, pertinencia, calidad e internacionalización (14).

El profesional a egresar es un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social-ambientalista con la Atención Primaria de Salud como estrategia de la formación médica. Está también en condiciones de desarrollar acciones de carácter investigativo, docente (educación y autoeducación) y administrativas, establecer comunicación interpersonal con los pacientes, las familias y la población, aplicar el método científico, así como buscar y asimilar críticamente la información científica.

Su actuación profesional está impregnada de un alto sentido ético, vocación de servicio, solidaridad humana, consagración a la preservación de la salud y calidad de vida de nuestro pueblo y otros pueblos necesitados del mundo (vocación internacionalista).

Como escenarios formativos se utilizan los distintos espacios del sistema de salud, áreas de las ciencias básicas, áreas comunitarias (consultorios médicos, servicios del policlínico, instalaciones comunitarias), áreas hospitalarias (de adultos, niños y maternidades), con énfasis en el desarrollo de competencias profesionales mediante una permanente interacción (formando parte de los equipos médicos de atención) con el objeto de estudio, esto es, los problemas de salud de las personas y comunidades. He aquí la enseñanza objetiva (6, 8).

En su formación, se patrocinan métodos activos de enseñanza-aprendizaje centrados en el activismo del educando. El método de solución de problemas predomina en el aprendizaje de las habilidades y raciocinio clínico, epidemiológico y social. Se aplican las tecnologías de la información y la comunicación. Se reducen las conferencias tipo clases magistrales. Se brindan teleconferencias por profesores de alta calificación y se elaboran software educativos al alcance de todos los estudiantes.

La forma principal organizativa de la enseñanza es la educación en el trabajo, conceptualizada por el profesor Ilizástigui (6, 8). Consiste en insertar a los alumnos en los servicios de los hospitales y los policlínicos donde participan bajo la dirección profesoral en la atención de salud a la población (pacientes, familias, comunidad). Incluye actividades como visitas al hogar, a centros de trabajo y estudio, el pase de visita en el hogar y hospitalario, la discusión diagnóstica, las reuniones clínico-patológicas, clínico-epidemiológicas y rendiciones de cuentas con la población. Se correlaciona con la teoría prevista en el programa de estudio, mediante otras actividades docentes (discusiones grupales, revisiones bibliográficas, elaboración de informes).

Existen espacios curriculares electivos en todos los años que permiten abordar temas de interés para los educandos, incluye, para estudiantes de otros países, elementos de

complementación respecto a aspectos epidemiológicos, de morbilidad, diagnóstico-terapéuticos, médico-legales y administrativos peculiares al suyo.

El enfoque integral en la formación de los recursos humanos en salud en Cuba, impregna todos los procesos educativos. El contacto estrecho y sostenido de los educandos con los problemas de salud a atender en el contexto de la integración docente-asistencial-investigativa, representan la base real para promover la nueva visión y misión de los profesionales formados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Díaz C. Problemas de la Enseñanza de la Medicina, publicado en "Arbor", Tomo XX, no. 76, Madrid, abril, 1952.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
3. Fernández Sacasas JA. Educación Médica Superior: Realidades y perspectivas a las puertas del nuevo siglo. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, La Habana, 1999.
4. Conferencia Mundial sobre Educación Médica de la Federación Mundial para Educación Médica Declaración de Edimburgo. Edimburgo, 1988.
5. Conferencia Mundial sobre Educación Médica de la Federación Mundial para Educación Médica. Recomendaciones para la acción. Edimburgo, 1993.
6. Ilizástigui F. Educación en el Trabajo como principio rector de la Educación Médica Cubana, En Taller Nacional "Integración de la Universidad Médica a la organización de salud", La Habana, mayo 1993, Edición mimeográfica.
7. Ilizástigui F. Salud, medicina y educación médica. La Habana; Ciencias Médicas; 1985.
8. Ilizástigui F, Douglas R. Formación del Médico General Básico en Cuba. Educ Med Salud. 1991; 25(2):189-205.
9. Delgado García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super. [Publicación seriada en línea]. 2004;18(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems07104.htm, [acceso: 7 de agosto de 2008].
10. Ilizástigui F, Douglas R, Calvo I, et al. El programa director de la Medicina General Integral para el médico general básico (propuesta). La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1985.
11. Ilizástigui F. De la incoordinación a la integración de los estudios médicos. Rev Educ Superior. Abril junio, 1971.
12. Fernández JR. Informe sobre el estado de la Educación Médica Superior en Cuba. La Habana: Ministerio de Educación; 1983.
13. Castro Ruz, F. Discurso en la clausura de la Cumbre de Ministros de Salud del Movimiento de Países No Alineados. Palacio de las Convenciones, junio 26, 1998. Periódico Granma 1998 Jun 30:3-5.

14. Fernández Sacasas JA: "Nociones estratégicas para el Diseño Curricular en la Educación Superior Contemporánea en Ciencias de la Salud". Conferencia en 1er Congreso Nacional de Tecnología de la Salud, La Habana, 2007.

Dirección para la correspondencia:

Dr. José A. Fernández Sacasas, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, G y 25, Vedado.

E-mail: sacasas@infomed.sld.cu

CONSIDERATIONS ON THE TEACHING OBJECTIVE OF MEDICINE

ABSTRACT

Objective: To make a reflection on how to undertake a critical assessment on traditional forms of teaching and learning of medicine based on academic experience gained in international and national levels.

Development:

A look at how medical education has been conceived in the twentieth century identifies significant inconsistencies. On the one hand, our purpose of forming a general practitioner with a solid theoretical training, expressed in professional skills that make them fit to address the major prevalent health problems are generally declared and on the other hand, programs of study and methods traditionally used. We express the main weaknesses of teaching and content of teaching, resulted in a lack of student involvement in practice. Cuban teaching is going towards programs in which teachers, are not only model professionals, they encourage students in the progressive development of professional modes of operation, through its integration into the processes of medical care in scenarios where real events, with its continuous interaction with the object of study, health and illness of the individual in their family and social context, method and form of education conceptualized by Ilizástigui as <education through work>, theoretical basis-methodological objective of education.

Final considerations:

The holistic approach in training human resources in health in our country permeates all educational processes. The close and sustained contact of the learners with the health problems to address in the context of integration-care teacher-research represent the real basis for promoting the new vision and mission of trained professionals.

Key words: Medical education, teaching, learning, medicine.