

## ¿QUE CAMBIOS PRIORITARIOS SON NECESARIOS EN LA EDUCACION MEDICA?

Mario Delgado \*

**L**a situación actual de la mayoría de países de Latinoamérica muestra cambios acelerados sociales y demográficos, en medio de restricciones económicas y de avances científicos y tecnológicos. En Colombia, la Constitución de 1991 reconoció la diversidad cultural de nuestro país y la autonomía universitaria<sup>1</sup>. La Ley 100 está modificando el sistema de atención en salud, promoviendo otros escenarios clínicos.

En la formación actual del médico han predominado los currícula estáticos y acumulativos. Existen demasiadas rigideces administrativas y tropiezos en las acciones innovadoras. Se promueve más la memoria y menos la conceptualización. Particularmente en nuestra Facultad, el edificio tiende más al aislamiento y a la incomodidad que a los espacios de docencia más amables, amplios y comunicados. Las formas de enseñanza tienden a ser conservadoras y a repetir patrones didácticos centrados en el diagnóstico y tratamiento en centros en donde domina la alta tecnología.

Las tendencias actuales en el estudio del proceso salud-enfermedad se alejan paulatinamente del enfoque mecánico y reduccionista, e incluso el concepto de la

salud cambió: si las preocupaciones previas se dirigen prioritariamente al estudio desmenuzador y clasificatorio de las enfermedades, ahora el problema de fondo son las maneras de alcanzar la salud y su cuidado preventivo, con sus sistemas y organizaciones más efectivas dentro de un concepto de equidad. De esta manera, los determinantes del proceso hacia la salud no pueden continuar enfocándose únicamente en los márgenes estrechos de lo biomédico (que toma el razonamiento fisiopatológico como base del quehacer médico) ni la enseñanza de la medicina restringida a los ámbitos hospitalarios y aislados. Así, los estudiantes de medicina se distancian de las políticas de prevención y promoción de la salud y de los cambios en la situación sanitaria y social del país.

Los anteriores hechos fueron el principal motivo de reflexión de la Conferencia Mundial de Educación Médica en Bogotá a finales de 1995<sup>2</sup>, en la que se instó a la integración Universidad - servicios de Salud - Comunidad y se promovió la enseñanza de las ciencias sociales como una herramienta valiosa para la integración y el avance hacia modelos médicos de óptica más abierta como el biopsicosocial y sistémico, que explican la salud desde diferentes facetas, favore-

\* Médico Pediatra, profesor asistente, Unidad de Epidemiología Clínica. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

<sup>1</sup> Posiblemente derogada por el plan de desarrollo del actual gobierno.

<sup>2</sup> Conferencia Mundial de Educación Médica, Memorias, ASCOFAME, Santafé de Bogotá, Octubre de 1995.

ciendo una explicación causal más válida (Exacta) de la enfermedad, permitiendo una mirada colectiva, interdisciplinaria del proceso salud-enfermedad.

Fernando Lolas<sup>3</sup>, un médico chileno, justifica esos modelos médicos anotando: "...no solo se habita un cuerpo físico, objetivado por las ciencias duras. Se habita también un cuerpo hecho de símbolos, significados y connotaciones..." El estado de bienestar que se encuentra en la definición actual de la salud no sólo está dentro del cuerpo sino *entre* los cuerpos. El estudio de ese "entre" corresponde a las Ciencias Sociales. De ese concepto se desprende el aporte básico que ofrecen estas ciencias, como formas de pensamiento y acción al entendimiento del estado de salud y sus mecanismos organizacionales. Así puede establecerse un diálogo interdisciplinario y legítimo entre la Medicina y las Ciencias sociales y la posibilidad de trabajo en equipo y grupos antes que por sectores o departamentos, como es el caso de la actual organización universitaria. Entonces, es crucial la promoción del trabajo en equipo. La tendencia es hacia el equipo interdisciplinario y multiprofesional que comparten tareas o proyectos a la par que llevan a cabo sus actividades y responsabilidades individuales.

Esta relación de interdisciplinaria también genera un enriquecimiento en el pensamiento y lenguaje médicos porque el diálogo y las concesiones se hacen entre miembros de diferentes disciplinas y saberes, de tal manera que los aportes son más enriquecedores tanto en la metodología como en las destrezas. Además, permite salir de la camisa de fuerza de los "justificadores", palabras convencionales del argot que empobrecen el entendimiento<sup>4</sup> y cercan al médico en un ámbito estrecho del lenguaje, aislándolo del contexto social donde el poder de sus palabras es necesario.

En el campo de la investigación clínica, los factores posiblemente causales que producen la enfermedad

no estarán reducidos a lo objetivado en el cuerpo físico sino que además, se observarán y analizarán de la interacción entre el individuo, los grupos y la sociedad<sup>5</sup>. Este marco más amplio para la investigación se aparta del modelo biomédico y demuestra ser útil en las enfermedades infantiles influidas por factores culturales como la desnutrición y en el estudio de la Sobrevivencia Infantil<sup>6,7</sup>. Desde dicha perspectiva se desarrollan modelos aplicados a la prevención y control de las enfermedades infantiles en los países en desarrollo. Modelos exitosos como el de Super y Harkness<sup>8</sup>, en la Diarrea del Destete, enfermedad de contextos de pobreza y miseria, como los que se producen entre los desplazados de la guerra, tal es el caso de Colombia.

El proceso de acreditación que actualmente vive la Facultad, con base en parámetros globales<sup>9</sup>, tiene la ventaja de hacer recapacitar sobre la calidad de los médicos y profesiones afines que egresan semestre tras semestre. Formarse como médico consiste fundamentalmente en una capacitación para la crítica de lo conocido y para formularse preguntas respecto a la enfermedad y la salud. Pasar de una pedagogía de la respuesta a una de la pregunta, es ahora más necesario, cuando en la facultad se propone dar un impulso a la investigación básica y clínica. Las preguntas generalmente nacen a partir del conocimiento de la historia natural de la enfermedad que transcurre, en su gran mayoría, por fuera de los niveles terciarios. Tampoco es conveniente que el aprendizaje se ancle tozudamente en dar las conocidas respuestas eliminando la curiosidad del joven estudiante de Medicina y quizás, deformando y eliminando su potencia como investigador.

Los nuevos modelos que emergen en la educación médica pueden contribuir de manera efectiva a la formación del estudiante de pre y posgrado. Se está proponiendo una educación centrada en el estudiante y

<sup>3</sup> El Mercurio, Santiago de Chile, 4 de Junio de 1996

<sup>4</sup> Elizalde, A. Salud, Economía y Lenguaje, HIGIA 1, 41-46.

<sup>5</sup> Higginbotham, N, Albrecht G, Definition of Health Social Science, University of Newcastle, 1992.

<sup>6</sup> Los modelos empleados en las enfermedades infantiles mencionadas están influidos por la aproximación organística causal que enfatiza la multicausalidad y la interacción dinámica en el proceso salud -enfermedad. Higginbotham, Assumptions that underlie the development of "causal web" models of disease" University of Newcastle, 1992.

<sup>7</sup> Mosley, W. Child Survival: Research and Policy, Population and Development Review, Suppl. vol 10, 1984.

<sup>8</sup> Harkness, Wyon, Super. The relevance of behavioral sciences to disease prevention and control in developing countries en P.R. Dase(Eds) Rural Psychology:239-255. Newbury Sage.

<sup>9</sup> Boelen C, Global standards and accreditation. Changing (Medical education and Medical Practice) No13, WHO, Geneva, June 1998. <http://www.who.ch/hrb/>

no en las necesidades del profesor, se impulsa la metodología en pequeños grupos con el profesor como tutor que facilite el acceso a la mejor información y a la evidencia más válida. El acceso a nuevas y diferentes maneras de información, posibilitado ahora por las redes de comunicación, como el correo electrónico y la red Internet que con sus variadas bases de datos de literatura médica (Medline, Grateful, Medline plus, ProQuest) facilitan aún más responder por sí mismos las preguntas. Colaboraciones a nivel global como la Cochrane, permiten conocer con confianza los resultados de los ensayos clínicos controlados sobre diversos temas del cuidado de la salud, evaluados críticamente en conjunto como metanálisis y basados en una sólida evidencia, para evitar tratamientos e intervenciones inefectivas y costosas<sup>10</sup>.

Un esfuerzo importante debe centrarse en la educación continuada de los profesores en los paradigmas emergentes en el cuidado de la salud, que proveen herramientas valiosas como la Medicina Basada en la Evidencia y en la adquisición de destrezas en las nuevas tecnologías informáticas. La educación continuada tradicional demuestra no ser tan efectiva como se pensaba<sup>11</sup>. Por otra parte, es difícil imaginarse para este cambio en la educación médica la enseñanza de la medicina en los escenarios tradicionales. No sólo los esfuerzos por mirar la enfermedad en su ambiente

más natural provienen, en nuestro caso, de algunos semestres, como la rotación de Pediatría social en X semestre o las actividades docentes-investigativas en Guambía, pues la Ley 100 promueve nuevos escenarios de atención. No es aceptable pensar que todos los médicos que formamos y capacitamos van a trabajar en hospitales de alta tecnología, en donde el centro de atención son las enfermedades raras y los tratamientos costosos. La mayoría de ellos trabajarán en diferentes escenarios. Tampoco es conveniente formarlos únicamente en los periodos críticos o terminales de las enfermedades sino en la prevención y la promoción, donde el modelo biosicosocial y el sistémico ofrecen métodos más adecuados para su desempeño.

En resumen, hay algunos puntos que deben resaltarse en este tema: favorecer lo interdisciplinario en la formación médica; buscar nuevos escenarios en la enseñanza; enfocar los esfuerzos hacia la adquisición de formas ágiles de comunicación y en destrezas en la esfera de las bases electrónicas de datos; las necesidades de re-pensar nuestra manera de hacer docencia y de planear la educación continuada con fundamento en los nuevos paradigmas como la Medicina Basada en la Evidencia parecen ser los cambios prioritarios en la Educación médica frente a los nuevos contextos sociales, económicos y culturales que enfrentará el médico egresado de nuestras facultades.

<sup>10</sup> <http://hiru.mcmaster.ca/cochrane>

<sup>11</sup> <http://cebmrj2.ox.ac.uk>