

Reorientación de la Educación Médica

Dr. Jorge Haddad Q. ()*

Los patrones de educación médica han sido sometidos a diversos cambios en los últimos años; desgraciadamente, estos cambios no siempre han respondido a modificaciones que la sociedad experimenta, ni han llenado nuevas necesidades de la población que necesita de servicios médicos, en nuestros países.

Así, vemos que alrededor de 1910, la Medicina era considerada un arte y el médico de familia era el prototipo del profesional de salud; las tradiciones, sistemas de vida, costumbres, etc., contribuyeron a conformar a ese personaje que jugó un importante papel en la vida de la sociedad de entonces; posteriormente, el informe de Alejandro Flexner sobre educación médica revolucionó los patrones de formación profesional, y aún los del ejercicio de la medicina; desde ese entonces hasta la época de la II Guerra Mundial los patrones de enseñanza dieron paso a la medicina de hospital, a la enseñanza clínica, acompañada algunas veces de una regular formación básica preclínica; el especialista, el médico clínico hospitalario sustituyeron a la venerable figura del médico de familia. Después de la II conflagración en el mundo, muchas cosas cambiaron en la sociedad, entre ellas la educación; facetas principalísimas de esa transformación lo constituyeron datos tales como la introducción de ciencias matemáticas, un poco de psiquiatría, fue adquiriendo mayor importancia la enseñanza de la Salud Pública y la Medicina Preventiva, y un definitivo impulso y aumento en la intensidad de las llamadas ciencias básicas, especialmente Bioquímica y Fisiología. Finalmente, las instituciones médicas y educativas se han ido percatando de que ninguna de esas transformaciones fue oportuna en cuanto al momento de su aparición, y al menos en los países latinoamericanos, la implementación de estos planes se hacía cuando ya las necesidades habían aumentado, o se habían modificado, haciéndoles en consecuencia, inoperantes hasta cierto punto (1).

II. En el panorama latinoamericano, y en no pocos países de desarrollo más avanzado, encontramos tres tipos de planes de estudios médicos:

PLANES TRADICIONALES

PLANES REFORMISTAS

PLANES INNOVADORES

Esta terminología es, por supuesto, arbitraria, pero nos parece que definen bien el espíritu que ha animado a sus impulsores (3).

a) Los planes TRADICIONALES han sido los conocidos de todos durante mucho tiempo; se caracterizan por no poseer objetivos claramente definidos, a menudo existen ejemplos de escuelas médicas que no tienen absolutamente

(x) Conferencia introductoria, Seminario sobre Enseñanza de Medicina de Comunidad. Managua, 1971. (*) Decano, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

objetivos educacionales; los planes generalmente han sido "aconsejados" en reuniones internacionales, o más de un Decano se ha entusiasmado con el Plan que vio en la Escuela tal o cual de un país mucho más avanzado que el suyo, con necesidades diferentes, con capacidades de recursos mucho más grandes, con estudiantes que tienen actitudes diferentes de los del suyo propio. Estos planes tienen una duración promedio de seis años, y aparecen divididos en "materias" o "asignaturas", con barreras artificiales entre unas y otras, y siguiendo todas una secuencia ordenada más o menos así:

Anatomía normal, aspectos normales del individuo;
Ciencias "puente" entre las normales y la patología;
Clínica, estudio de enfermos, ejercicios diagnósticos y terapéuticos;
Fase de internado hospitalario.

Semejante estructura ha dado por resultado un profesional estereotipado, que a menudo no encaja con las situaciones reales de salud de sus congéneres: profesional en cuya formación ha influido un enorme interés por los aspectos puramente científicos, con un completo abandono de los conceptos sociales, educativos, económicos y humanos que le son tan necesarios en su ejercicio profesional; médico para el sistema de vida de nuestros países, donde la salud no es un derecho humano al alcance de todos, sino más bien un privilegio para una élite; miembro él mismo de una élite afortunada que ha tenido acceso a las universidades, a menudo inaccesibles para la mayoría.

Las presiones que ejercen los cambios que se operan en la sociedad, las demandas para una mejor asistencia en salud, afortunadamente han influido para que el plan TRADICIONAL vaya siendo abandonado.

b) Los planes REFORMISTAS traducen la inquietud de los educadores médicos latinoamericanos, sobre todo en la década del 60, por mejorar esa situación, propiciando los medios para formar un profesional médico más acorde con la situación actual; en su oportunidad, su aparición significó un adelanto sustancial; pero al analizar su implementación, su desarrollo, y sobre todo, al prever sus resultados, es fácil percatarse de que aunque se han modificado algunas estructuras del plan tradicional, los objetivos en función de necesidades a llenar, siguen siendo una meta lejana. En estos planes reformistas, las Escuelas han anunciado objetivos educacionales, pero en realidad, tales objetivos no fueron determinados en base a estudios de necesidades; continúan siendo pues, ideales deseables, pero no realidades determinadas objetivamente. Las principales innovaciones en estos planes son:

Incremento de los estudios generales básicos; intensificación del uso de laboratorios y ejercicios prácticos en las ciencias preclínicas; sustitución gradual de la teoría por la práctica.

Aumento del número de horas docentes en clínica, para permitir la rotación de pequeños grupos de estudiantes alrededor de camas de hospital, dividiendo el área clínica en cuatro grandes secciones, con límites no muy claros entre ellas.

Como consecuencia de lo anterior, sustitución del profesor horario por profesores de jornadas de trabajo mayor; aparición de los instructores.

Innovaciones en métodos pedagógicos (seminarios, foros, discusiones de grupo, etc.)

Inclusión de Medicina Preventiva y de Ciencias de la Conducta en proporciones cada vez mayores, en el curriculum de estudios.

Nos parece prever un resultado mejor que con el plan anterior en lo que se refiere al funcionamiento de los profesionales de salud en nuestros países; sin embargo, nos parece que el profesional médico así formado continuará sin acercarse a los problemas cuya solución se espera de él.

La ventaja mayor que los planes reformistas pueden traer, es el de haber enseñado a las Universidades, que una verdadera reforma no significa simplemente modificar los planes de estudio, ni propiciar mayores facilidades de aprendizaje a los estudiantes; el concepto de reforma implica un contenido más amplio, que se base fundamentalmente en el conocimiento de muchos otros aspectos de la vida de nuestras comunidades.

c) Los planes INNOVADORES constituyen una revolución en este momento en el campo de la educación médica, aunque no podemos garantizar desde ahora el tipo de resultado que habrá, pero evidentemente, y en base a las experiencias obtenidas con los otros planes, tienen la ventaja de haber eliminado las desventajas y malos planteamientos habidos en el pasado, y prometen alguna equiparación entre el curriculum, y la situación nacional. La Universidad de Brasilia, la Universidad del Valle en Colombia, y en nuestra Centroamérica la Universidad de San Carlos en Guatemala, han sido pioneras en esta nueva etapa de la educación médica. Si se han previsto acuciosamente todos los aspectos de la implementación, es posible obtener un profesional que se aproxime más a lo que nuestros países ansian. Por lo menos, en esta etapa, son evidentes las siguientes ventajas operacionales:

Los planes no han sido improvisados; han sido, en los tres lugares mencionados, producto de una adecuada planificación, y de encuestas y diagnósticos de salud.

Como consecuencia de esos estudios previos, ha sido posible delimitar con precisión los objetivos que se persiguen, como paso previo y fundamental a la estructuración del plan.

Se ha eliminado las barreras artificiales entre cátedras y asignaturas; la medicina se enseña como un todo, y ello está a cargo de departamentos (en el caso Guatemala), o de grupos de docentes que pueden ocuparse de obligaciones en Fisiología como en clínica o en radiología, (como es el caso Brasilia).

Las ciencias de la conducta, el estudio de humanidades y Sociología ocupan lugar fundamental en el curriculum. Hay la tendencia a formar un profesional para el propio país, sin que en ello influyan aspectos extraños al medio.

III. Delineados los planes de estudio típicos en nuestros países, concluimos en que nuestras Escuelas Médicas han adolecido de los siguientes defectos en el cumplimiento de su cometido:

- a) Los planes de estudio no están elaborados con base a objetivos;
- b) No están ajustados a la realidad nacional;
- c) No se han planificado tomando en cuenta los recursos de que va a disponerse para su implementación.
- d) A menudo son planes estáticos; no tienen flexibilidad; cada modificación que se intenta implica costosas y dilatorias tramitaciones.
- e) No han sido discutidos con todos los sectores interesados; los grupos directivos consideran que es su exclusiva responsabilidad; no se prevén entonces las reacciones que se van a encontrar entre profesores, estudiantes y comunidad.

- f) La planificación de un curriculum no va paralela a la planificación de pre supuesto que va a necesitarse, ni a la formación docente de profesores en cantidad y calidad adecuadas.
- g) Absoluta desconexión entre las Facultades de Medicina y los organismos que hacen los planes de salud en los Gobiernos.
- h) Formación de médicos, o de odontólogos, o de enfermeras, en forma aislada, a cargo de unidades universitarias diferentes, creando profesionales con concepciones distintas e independientes entre sí; ausencia del sentido de equipo en la educación en el área de salud.

IV. Con base en todo lo anterior, sometemos a discusión del Seminario las siguientes propuestas:

- a) Las universidades deben ordenar el proceso de elaboración de planes de estudio o de implementar reformas educacionales, comenzando por el establecimiento de un conocimiento exacto de las necesidades en salud de su propio país.
- b) Deben definirse claramente los objetivos educacionales que se persiguen, estableciendo para ello:
 - 1. Diagnóstico de salud de las comunidades (inciso a)
 - 2. Establecimiento de recursos humanos y materiales con que se cuenta o que pueden obtenerse.
 - 3. Exploración de las actitudes estudiantiles hacia los patrones de enseñanza actuales y los que se proponen.
- c) Inclusión en el curriculum de conocimientos sobre sociología centroamericana, situación económica, incluyendo las verdaderas causas de la dependencia y el atraso económico de los países del área; inclusión de enseñanza de Medicina Social, en sustitución del reducido campo conocido como Medicina Preventiva; integración de las Ciencias de la Conducta, no como ciencias aisladas sino como parte fundamental de las Clínicas, de la Salud Pública, y aún de las áreas básicas o preclínicas (2).
- d) Revisar el concepto de "cátedras", y departamentos. Nos parece que la Medicina debe enseñarse como un todo, sin el establecimiento de límites arbitrarios y no muy precisos.
- e) Desaparición del concepto tradicionalista de Facultades de Medicina, de Odontología, de Enfermería, para dar paso a Divisiones que cubran áreas mayores del saber humano, en este caso Divisiones o Facultades del área de la Salud, con los propósitos principales siguientes:
 - 1. Economía de recursos humanos y materiales;
 - 2. Filosofía uniforme en cuanto a la formación de profesionales que trabajarán en el mismo campo.
 - 3. Formación de equipos de salud, en lugar de profesionales aislados.
- f) Las Universidades deben enfocar su atención aún más en la implementación de carreras cortas para la formación de profesionales intermedios; el verdadero técnico de salud para el desarrollo de nuestras comunidades parece ser la enfermera auxiliar en lugar de la Licenciada; el auxiliar médico en lugar del Doctor en Medicina; el técnico de laboratorio en lugar del Microbiólogo; las carreras tradicionales deben mantenerse por supuesto, pero la formación de personal intermedio, "de batalla" parece en este momento ser una necesidad perentoria sobre todo en las comunidades rurales (2).

La educación debe salirse de las aulas, laboratorios y hospitales; la Escuela de Medicina o las Facultades de Ciencias de la Salud deben irse a la Comunidad, a los centros y subcentros de salud rurales, al propio campo centroamericano, para que el profesional que allí se forme se identifique desde su etapa inicial con los ambientes donde más se le necesite, y con aquel sector de la población hacia el que la Universidad (como parte del Estado), está más obligada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—COPE, O.: Medical Education Reconsidered. Mass. Institute of Technology Bull. 1966.
- 2.—HADDAD, T.: Educación, Salud y Desarrollo. Rev. Med. Hondur. 38: 69, 1970.
- 3.—MÁRQUEZ, M.: Seminario Sobre Determinación de Objetivos Educativos. Tegucigalpa, junio 1971.
- 4.—PATINO, J. F.: Educación en las Profesiones de Salud. Jour. of Medical Educ, 43: 221, 1968.