

---

**LOS NUEVOS DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA**

NEW CHALLENGES FOR MEDICAL EDUCATION

**Alfredo Martínez Marull**

Desafiar, es enfrentar las dificultades con decisión. El desafío es creer y aceptar los cambios propuestos por las más importantes Instituciones de Educación Médica y de Evaluación, Fiscalización y Certificación Profesional, de E.E.U.U, Canadá, Unión Europea, Asia, Japón y América del Sur. Tal vez como nunca, se siente el compromiso y la necesidad de afianzar las competencias médicas, los objetivos profesionales y las conductas de los egresados frente a la evolución de la ciencia médica y su influencia en la enseñanza y en el su ejercicio de la Medicina. Ello presupone abordar los cambios necesarios para facilitar la información y los recursos formativos, para adquirir, renovar y aplicar mejor el conocimiento. También producir cambios ante una práctica profesional a veces deshumanizada y la necesidad de recrear la vocación médica.

Para nosotros, además, debe mejorarse la educación preuniversitaria para formar una buena persona, con valores y principios de convivencia. Se debe eliminar la cultura del menor esfuerzo y el facilismo; por que aprender, sigue siendo una exigencia que demanda esfuerzo y sacrificio.

El desarrollo del conocimiento, que no tiene fronteras ni frenos, es una infinita búsqueda con más preguntas que certezas y a cuyo fin, lo que se ensancha es el margen de la duda, el ambiente donde crece el pensamiento científico.

A la medicina, desde su inicial empirismo hasta su actual racionalismo, se le agrega la explosión del conocimiento científico – tecnológico, diagnóstico y terapéutico, que, como

ciencia, da seguridad, confort, y calidad. Entonces ¿Porqué cambiar? Sí, vale cambiar lo que Gruenberg llamó «Los Fracasos del Exito»: prolongación indebida de la vida, encarnizamiento terapéutico, incremento de patologías crónicas incurables y desde luego, el incumplimiento de los principios de la Bioética.

Una mirada a la sociedad y el enfermo, demuestra la insatisfacción generalizada, por el sistema de atención y sus inequidades, o por la cuestionada idoneidad profesional.

Pero desde aquel médico que «arriesgaba todo, incluso la reputación para salvar la vida del enfermo», se ha devenido a su despersonalización, proletarización y el miedo por la promoción indebida de juicios de mala práctica. Además tiene dificultad para estar al día en conocimientos y competencias, en cómo hacerlo y en cómo demostrarlo.

Específicamente, la necesidad es cambiar la educación medica, lo que se debe enseñar, aprender y evaluar, tanto el grado, como en el post grado. Por ello, las 1800 Facultades de Medicina del mundo han cambiado o están en procesos de cambio, fruto de reconocer esas realidades y porque, como decía Albert Einstein: es una locura seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes.

La mayoría de ellas buscan homogeneizar criterios de ingreso, el curriculum, régimen de cursada, el sistema de enseñanza – aprendizaje y el de evaluaciones para formar un médico general, llamado hoy, Médico Global, capaz de ejercer la Atención Primaria de la Salud o de

ingresar a la educación de post grado. Esa propuesta, se concreta en 1999, con la creación del Instituto Internacional de Educación Médica (I.I.E.M.), integrado por los Presidentes y/o Representantes de aquellas Sociedades ya mencionadas y basado en los «Requisitos Globales Mínimos Esenciales» (R.G.M.E.), integrados en siete grandes dimensiones y 60 criterios agrupados en áreas de conocimientos y de competencias:

- 1- Valores profesionales, actitudes y conducta ética profesional.
- 2- Bases científicas de la medicina.
- 3- Habilidades clínicas.
- 4- Habilidades comunicacionales y relacionales.
- 5- Salud Pública y sistemas sanitarios.
- 6- Gestión de la Información.
- 7- Desarrollo de pensamiento crítico, aprender a pensar y estimular la investigación.

Si analizamos cada dimensión, se comprueban currículos iguales o similares en casi todas las Facultades, pero de contenidos distintos en cantidad o en calidad. Además, están las asimetrías entre el currículo propuesto, el cumplimentado y el asimilado por el educando. Por otra parte el denominado currículo oculto, clima y estilo de gestión desde el ejemplo docente, es como una segunda naturaleza, la verdadera herencia que se integra como distintivo.

El progreso científico de la segunda mitad del siglo XX convirtió a la biología y la medicina, de ciencias descriptiva y curativa respectivamente, en poderosas herramientas de control del ámbito vital y de manipulación de la vida humana. Esta realidad y la incapacidad de respuestas de la ética tradicional, dieron paso a la Bioética, un puente entre la ciencia y la humanidad para entender al fin, que no todo lo que puede hacerse, debe hacerse.

El Hasting Center de Bioética, encuestó la sociedad de 14 países de América y Europa sobre: «qué esperan de su médico». De ellas se integraron 4 respuestas: altruista y respetuoso; erudito y competente.

Como Altruista se le pide que sea compasivo, empático, confiable, veraz, cuidadoso de la privacidad y la dignidad del paciente y que lo acompañe hasta la muerte.

Como Respetuoso se le pide apoyo al trabajo multidisciplinario e interprofesional.

Como Erudito y Competente se le pide seguridad en sus conocimientos y habilidades clínicas.

Robert Gifford, ex Decano de Yale, reitera que, frente al crecimiento del conocimiento científico el estudiante esta sobrecargado por una desconcertante cantidad de información y por ello el currículo no puede ni debe ser guiado por quién sólo esta interesado en cubrir el máximo de conocimientos. Debe distinguirse el conocimiento que se debe enseñar y aprender, de una información que se debe conocer. Además la educación sólo es efectiva cuando, el estudiante adquiere conocimientos por sí mismo y entonces, las clases y conferencias condicionantes de alumnos pasivos deben ser desplazadas por otras actividades.

Reconocer lo que no sabe, transformar problemas en preguntas y encontrar respuestas, es el aprendizaje por resolución de problemas. Ello exige tiempo para estudiar, pensar y razonar, la gran deficiencia curricular de la mayoría de las carreras de medicina.

El aprendizaje es una construcción individual, una interpretación personal y única, de lo que se enseña, por que no es mera acumulación de conocimientos o hacer copia de la información sino capacidad de interpretarla.

La profesionalización del docente es trascendente. Los atributos pedagógicos tradicionales, supuestos como innatos en el médico, están superados. Hoy el docente debe ser un experto capacitado por una carrera docente, controlada y que asegure su capacidad de transmitir y desarrollar las tareas curriculares planificadas. La enseñanza moderna centra el eje en el que aprende y el docente debe ser guía del aprendizaje, pero además planificar, producir recursos y medir resultados.

La Sociedad Internacional de Educación Médica considera que el docente Universitario debe tener:

- 1- Actividades de descubrimiento, la investigación tradicional.
- 2- Actividades de integración, capacidad y habilidad de reconocer lo trascendente de las distintas áreas de conocimiento y realizar conexiones para renovar ideas.
- 3- Actividades de aplicación, es decir puentes entre la teoría y la práctica, conversión de ideas para solución de problemas.
- 4- Actividades de enseñanza, capacidad de convertir algo difícil de comprender en algo fácil de asimilar. No como transmisión pasiva de conocimiento sino transformación del mismo en una marea dinámica de información e

interrogantes para despejar; el modo activo de aprender.

Un conjunto de actividades difícilmente integradas en un mismo docente, aunque habitualmente se valora más la investigación y la actividad científica, que el mérito docente. Lo real es que él es parte de la reforma curricular; porque sin ello, esta última no es posible. Debe estar interesado en la tarea y por ello, el gran cambio es su dedicación Full Time, tanto en el área básica, como en el área clínica, por que sin dedicación plena al alumno, no habrá enseñanza seria. Desde luego, ello demanda retribución adecuada y tiempo libre para el ejercicio profesional, dos exigencias concretadas en otros países, desde hace mucho tiempo.

En síntesis, lo fundamental es: 1°) aprendizaje autodirigido; 2°) selección y disminución del contenido curricular, deformado por excesivas temáticas, repetidas en distintas áreas y cátedras o peor, con distintos mensajes; 3°) establecer un espacio para un currículo abierto; 4°) aprendizaje en consultorios externos y centros extra hospitalarios; 5°) hábito de trabajo en equipo; 6°) exigencias en la evaluación de conocimientos pero fundamentalmente de las competencias, es decir, comprobar la actuación frente al enfermo o al problema, lo que implica mayor tiempo de examen. Desde luego sería inapropiado pensar que las competencias podrían desarrollarse en el año de práctica final obligatoria. Antes hay que asegurarse las competencias en las distintas áreas curriculares y en ello es vital contar con los ambientes que permitan satisfacer esa exigencia.

No puedo soslayar aquí un comentario sobre el ingreso y selección, frente a la insuficiente preparación pre-Universitaria, un tema que si bien no existe en otros países, aquí, al ingreso irrestricto y la plétora estudiantil con sus resultados negativos, debe agregarse el consecuente exceso de médicos y sus repercusiones profesionales y sociales perfectamente conocidas. Por ello, con alguna ironía digo: si hacen falta más médicos debiera propiciarse la creación de más Facultades de Medicina, para que puedan formarse todos sin diferencia en idoneidad y calidad.

El espacio que queda entre un plan curricular propuesto y el cumplido, lo que resta para cubrir el objetivo de mejorar la calidad de los graduados, es una responsabilidad que debe corregirse sostenida y gradualmente.

Por otra parte, el crecimiento y campos de acción de las especialidades y sub-especialidades obligan a redelinear el contexto de la medicina general, sus implicancias y marcar muy bien los alcances del título médico que se otorga.

A la educación de post grado, sin duda le caben las mismas consideraciones analizadas, pero como educación de adultos, se basa más en la Androgogía que en la Pedagogía, dados los diferentes comportamientos del niño, del joven y del adulto. A un graduado le gusta o necesita aplicar rápidamente lo aprendido; su objetivo está centrado en resolver problemas y fundamentalmente desea ampliar conocimientos de lo que le interesa. No obstante, debe cumplir un programa bien definido, donde la enseñanza basada en la evidencia, es necesaria y gravitante. Antes se debía buscar información, hoy debemos seleccionarla y evaluarla para desechar lo irrelevante, otra exigencia de esta educación.

La Residencia, como proceso grupal y dinámico, debe propender al cambio de actitudes entre quienes interactúan en tareas comunes, y promover la discusión, la comprensión, el razonamiento en el trabajo de equipo, para resolver problemas.

La desproporción de plazas de residentes ante la masividad de las graduaciones y la tendencia a nivelar con alternativas como las concurrencias debe evitarse, salvo que se asegure una idéntica formación,

La homogenización de los objetivos de la educación médica de grado, debe sin dudas, tener un correlato en la de post grado, en especial, dada la diversidad de programas no controlados en su desarrollo ni en resultados, una responsabilidad estatal que comparten los directores de esas carreras. Es primordial evaluar y acreditar previamente a esas carreras. No solo categorizarlas sino controlar las instancias educativas planificadas y evaluar el nivel de sus egresados.

El valor de la evaluación y acreditación de las carreras de grado y post grado en Argentina a través de la agencia acreditadora, con pares evaluadores experimentados, fue la inductora de la autoevaluación, cumplida, salvo en una, en todas las Facultades de Medicina del país.

Evaluar el saber – el saber como – el mostrar como y el hacer son los componentes de la pirámide de Miller sobre las competencias profesionales. Competencia, es la combinación de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un buen desempeño profesional evaluado por las actuaciones. Esta competencia

profesional, debe asentar en la competencia básica de la capacidad de aprender y en la competencia personal de tener responsabilidad.

En consonancia con estos cambios, debe estar también los mecanismos de la Certificación Profesional, una responsabilidad institucional ante la sociedad que espera que el certificado otorgado sea la garantía de calidad profesional, tema del seminario de Chicago, del año 2.000 donde el Consejo de Certificación Médica de E.E.U.U. estableció el siguiente diseño:

- 1- Conocimientos médicos.
- 2- Cuidado del enfermo.
- 3- Habilidades en la comunicación personal.
- 4- Profesionalismo.
- 5- Aprendizaje y mejoramiento basado en la práctica.

Pero lo importante es saber y conocer cómo ejerce la medicina el candidato a certificar. El Porfolio (historial de su práctica vivida, informe de los pacientes) y la evaluación de pares y la de pares que trabajan con él, es lo más valioso e importante.

En cuanto a la Recertificación o Mantenimiento de la Certificación, debe asegurar la continuidad de las competencias válidas centrada en 3 ítems esenciales: Conocimiento médico – profesionalismo – información devenida del enfermo.

Como vemos, son cambios de nivel mundial basados, como se dijo, en la homogeneización

de los criterios de formación médica, la evaluación concienzuda de la formación profesional de postgrado y la valoración sistemática y estricta del ejercicio de la medicina a través de un sistema de certificación.

Sin embargo hay hechos que no cambian o mejor que no debieran cambiar: ¿Porqué?

Porque la medicina es unitaria en su esencia y rehuye doctrinariamente de su desmembramiento. La especialidad nace más por imposición de la técnica que de la doctrina, decía Pedro Pons.

Porque, como lo dice Laín Entralgo, lo que no cambia en medicina es la voluntad de ayuda y que esa ayuda se integre con 3 principios:

- 1- Uno Empírico (saber hacer algo).
- 2- Otro Racional (saber que es lo que se hace).
- 3- Otro Creencial (creer en lo que se hace).

Más allá de los adelantos de cada tiempo, los grandes Maestros seguían enseñando a percibir las vibraciones de la angustia, la conmoción de un plegaria y los reclamos de comprensión y amor de los enfermos.

Finalmente, reitero que nada de lo planteado podrá realizarse sin un real compromiso de cambio. Para ello, las instituciones de educación médica deben compenetrarse con su objetivo, porque allí asienta su responsabilidad frente a una sociedad que espera confiada que los profesionales graduados y / o certificados, sean respetuosos, altruistas y competentes.