

CAMBIOS EN EL CONTENIDO Y ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA MEDICA PARA CONTRIBUIR A LA META DE "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

Dr. Bienvenido A. Delgado Billini

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Santo Domingo, República Dominicana

Trabajo presentado en la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina:

—Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)

—Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM)

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

Quito, Ecuador. 5-8 de octubre de 1987

MARCO CONCEPTUAL DE LA EDUCACION MEDICA Y SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Constituye un problema serio la expansión acelerada del número de instituciones docentes que se están creando en varios países de la región, sin obedecer a patrones mínimos de funcionamiento y, por lo general, no articuladas con los planes de desarrollo del sector salud, en cuanto a las demandas específicas de formación profesional.

De 1945 a 1955 se organizaron en América Latina 12 nuevas instituciones de enseñanza médica y el decenio siguiente se crearon otras 50 nuevas escuelas. A partir de 1965 la situación se ha tornado más aguda y preocupante: la institución académica ha estado siendo relegada por la institución mercantilista. Todavía existe una presión fuerte de jóvenes postulantes interesados en dedicarse a la medicina, más por la reconocida influencia de la profesión en el ascenso social que por vocación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de 1955, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), entre otras, han dedicado atención especial al problema, sobre todo frente al reto de la meta de "salud para todos en el año 2000".

En la República Dominicana, hasta 1966, sólo existía la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), estatal, y las escuelas de Odontología, Farmacia y Tecnología Médica de la misma universidad. En ese año se crea la segunda Escuela de Medicina del país en la recién fundada Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), privada, la cual abre también las

escuelas de Odontología, Farmacia y Tecnología Médica. La Universidad Católica Madre y Maestra (UCMM) abre la primera escuela universitaria de Enfermería, seguida por la UASD, que incorpora la Escuela Nacional de Enfermería, regida hasta entonces por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Pero es a partir del citado año 1966 cuando hay una irrupción de universidades, creándose 10 nuevas escuelas de medicina en más de 20 instituciones de educación superior fundadas en el lapso de veinte años; 7 escuelas de Odontología, 6 de Tecnología Médica (o bioanálisis), 5 de Enfermería y 4 de Farmacia, ninguna de Ingeniería Sanitaria. La UNPHU ofrece las carreras de Farmacia Clínica, Farmacia Industrial y Regencia de Farmacia (esta última a nivel técnico).

Miles de jóvenes acuden a las facultades de medicina tratando de encontrar el conocimiento que desean y por eso buscan las escuelas y los profesores, pero éstas no tienen, en su gran mayoría, ni capacidad física instalada, ni profesores suficientes para enseñar. Las facultades han destacado en innumerables reuniones, la necesidad de formar al médico generalista que los países requieren; sin embargo, se ha logrado muy poco o casi nada al respecto. Los alumnos buscan la formación diferenciada o especializada que rápidamente les permite incorporarse al ejercicio profesional, y las escuelas dicen tener currículos dirigidos a la formación general, pero su organización, sus departamentos y hasta sus hospitales universitarios son ejemplos de una diferenciación casi absoluta.

En cuanto a la creación de nuevas escuelas, hay países que han establecido organismos reguladores llamados Consejos Nacionales de Universidades o de Educación Superior, integrados por representantes gubernamentales y universita-

rios, con atribuciones variables. Existen países que por su estructura o sistema político particular o por otras razones no han creado estos organismos. El cuestionamiento de principios que hasta hace pocos años parecían de aceptación universal, ha llevado a la postulación de teorías educativas y principios de organización de la enseñanza que difieren de los tradicionales y que, al ser adoptados, han producido cambios más o menos importantes en los currículos, coexistiendo diversos modelos educacionales en la mayoría de los países.

Por otra parte, el sector de la salud ha venido transformándose en medida apreciable, reflejando así la evolución general de la sociedad. Los efectos de esa evolución se han hecho sentir en: planificación y gestión de los servicios de salud, educación y utilización de los recursos de personal, y toda la gama de investigaciones relacionadas con la salud. También, otros sectores han avanzado junto con el de la salud, con el fin de adaptarse a la escena mundial en evolución: las ciencias sociales, económicas, ambientales y aplicadas.

Como uno de los principales actores de esos cambios, aparece la Organización Mundial de la Salud, con su meta de "la salud para todos en el año 2000". Para alcanzar esa meta se ha preparado una Estrategia Mundial, basada en las estrategias nacionales y regionales, y la Asamblea de la Salud ha apoyado un plan de acción para aplicar esa Estrategia Mundial es que toda acción en favor de la salud debe ser pertinente desde el punto de vista social. Otra verdad básica que ha sido reconocida durante el decenio pasado es que la salud contribuye al desarrollo social y económico, de la misma manera que el desarrollo favorece a su vez a la salud. Cuando la Asamblea de la Salud fijó su ambiciosa meta, lo hizo en la convicción de que si cada país podía adaptar la tecnología sanitaria actual a sus circunstancias particulares y aplicarla por medio de una estructura bien organizada, podrían conseguirse efectos enormes en la situación sanitaria y socioeconómica de la población mundial.

Un elemento fundamental en el logro de la meta de salud para todos, es la promoción de la autorresponsabilidad del individuo y de la colectividad con respecto a su propia salud. Así pues, la participación activa de la comunidad académica es indispensable para avanzar hacia ese logro. En primer lugar, hace falta la contribución de la universidad a los sectores responsables del establecimiento de sistemas de salud: la preparación de programas de enseñanza que apoyen las modificaciones necesarias para la aplicación del criterio de atención primaria de salud; una mejor comprensión de las necesidades de la comunidad y de su dinámica social; y la aplicación de los adelantos realizados en la tecnología biomédica, de salud pública y de gestión, en el plano de la atención primaria. En segundo lugar, las universidades pueden ofrecer nuevas perspectivas a la posibilidad de avanzar hacia esas metas, a la importancia y a la rapidez del cambio que se espera, y a las modificaciones de la estrategia que sea necesario efectuar. En tercer lugar, las universidades pueden tener una función primordial que desempeñar en la educación del público y de sus dirigentes

en los asuntos que influyen en su salud.

Como se ha reconocido que la atención primaria de salud es el principal mecanismo de aplicación en la estrategia mundial de salud para todos, se ha identificado, en consecuencia, los cuatro ingredientes necesarios para la eficacia de esa atención. Estos son: la voluntad política de implantar la equidad social; la participación activa de la comunidad; una acción intersectorial adecuada, y una tecnología apropiada y asequible. La función de la universidad en el fomento del concepto puede expresarse en términos de las funciones tradicionales de la misma: enseñanza, investigación y servicio.

Las escuelas de medicina de la América Latina confrontan, en su mayoría, los problemas siguientes: estructuras administrativas rígidas; planes de estudio estáticos por la interdependencia y poca flexibilidad de la estructura administrativa; escasez de profesores y de recursos materiales; profesores en su mayoría de tiempo parcial y con compromisos vitales fuera de la universidad; enseñanza fundamentalmente teórica con transmisión de conocimientos no siempre al día; inadecuada comunicación afectiva entre profesores y alumnos; número de aspirantes a estudiar medicina por encima de la capacidad real de las escuelas; alta proporción de estudiantes repetidores o inscritos con asignaturas pendientes de cursos anteriores, lo cual prolonga la carrera y aumenta el costo de producción de profesionales; registro deficiente de datos, ausencia de autoevaluación; falta de coordinación entre las instituciones formadoras de recursos humanos y las necesidades de la comunidad expresadas en los planes nacionales de salud.

Esta situación no es exclusiva de las escuelas de medicina; la comparte la universidad latinoamericana en su conjunto, y en el caso particular que nos ocupa incide negativamente en la consecución de la meta de "salud para todos en el año 2000".

CAMBIOS METODOLOGICOS Y DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

La mayoría de las escuelas de medicina de todo el mundo preparan a sus alumnos para dedicarse a una práctica médica incapaz de ver más que la enfermedad y la tecnología que permite abordarla, y no para atender la salud de la población. La escuela de medicina es una institución integrante de la sociedad, un instrumento de capacitación para trabajar en la sociedad y en favor de ésta; en consecuencia, debemos examinar cuidadosamente la situación que los graduados habrán de afrontar cuando abandonen la escuela, con el fin de prepararlos debidamente.

Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, plantea sobre el asunto algunas cuestiones precisas:

"—¿Piensan y actúan los graduados en función de la "salud" más bien que en función de la "enfermedad"? Es decir, ¿aplican técnicas de prevención y de promoción de la salud y no sólo técnicas de

tratamiento y de rehabilitación?

“¿Piensan y actúan los graduados en función de la familia y de la comunidad más bien que en función del enfermo individual?

“¿Piensan y actúan los graduados como miembros de un equipo de salud formado por médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud, así como por especialistas en ciencias sociales?

“¿Piensan y actúan los graduados en función del uso óptimo de los recursos financieros y materiales disponibles?

“¿Piensan y actúan los graduados en función de las características nacionales de la salud y de la enfermedad y en función de las correspondientes prioridades?”

Estamos identificados con el Dr. Mahler cuando él sostiene que si la respuesta a todas esas preguntas es afirmativa, podría decirse que la escuela de medicina ya ha adelantado mucho en la preparación de graduados cuyo adiestramiento corresponde a las necesidades de salud de la sociedad moderna. En cambio, cuando algunas de las respuestas no sean inequívocamente afirmativas, urgirá reexaminar todos los criterios y programas de la escuela de que se trate.

En relación con este planteamiento, y con anterioridad al mismo, se revisaron en forma somera una serie de modificaciones que en los últimos 25 años a la fecha de 1976, habían sido propuestas y ejecutadas en grado variable en las instituciones formadoras de médicos de América Latina y del Caribe. Entre ellas se destacan las siguientes:

- Incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva y social.
- Substitución de las cátedras por departamentos.
- Integración de la enseñanza de las ciencias básicas entre sí y con la enseñanza clínica.
- Incorporación de nuevas asignaturas.
- Enseñanza y práctica de la medicina comunitaria.
- Cambios metodológicos y uso de moderna tecnología educativa.
- Uso de las instituciones de atención médica de los organismos de seguridad social o similares para la educación médica.
- Integración de la enseñanza de las diversas profesiones de la salud (facultades o centros de ciencias de la salud).
- Enfoque interdisciplinario de la enseñanza de las profesiones de la salud.
- Introducción del internado en la última etapa de los estudios.

Se examinó, también, con particular atención la evolución del currículo de medicina en períodos relativamente largos, así como algunos intentos y realizaciones concretas de cambios curriculares en algunas instituciones formadoras de América Latina y del Caribe. El examen mostró por lo menos tres situaciones evidentes:

1. Que en la mayoría de las instituciones se mantenía inmodificada la estructura curricular desde hacía muchos años, a pesar de que se habían producido

cambios en contenidos y hasta en metodologías.

2. Cuando se había intentado modificar la estructura curricular y sus contenidos conceptuales, se hicieron evidentes las contradicciones entre la estructura curricular propuesta y la estructura organizativa de la universidad; entre el producto que se deseaba obtener —un médico general— y el carácter de especialistas de la mayoría del profesorado; entre el deseo de formar médicos generales y la tendencia a la especialización que predomina en la práctica médica, estimulada por los sistemas de atención médica; entre la intención de promover el trabajo en equipo y la actitud individualista que predomina entre el profesorado y en el ejercicio profesional.
3. En aquellos casos en los que se había logrado algún grado de resolución de las contradicciones que se suscitaron dentro de las propias escuelas, persistían aún las contradicciones con la práctica médica, y se consideró poco probable que pudieran ser resueltas a breve plazo por los egresados.

Debemos destacar la importancia de factores que intervienen en grado variable en la configuración del comportamiento profesional de los egresados. Estos factores se han clasificado en dos grandes grupos, a saber, los externos a la escuela y aquellos que están presentes dentro de la misma institución. En relación con el primer grupo, se entiende que las instituciones formadoras de médicos están inmersas en una determinada estructura social cuyas influencias afectan su estructura, funcionamiento y resultados alcanzados en la práctica profesional. Entre tales influencias se destacan las ejercidas a través del sistema de salud y la práctica médica prevalentes, y aquellas que provienen del sistema educativo en general y del de educación superior en particular.

En relación con el segundo grupo, el conjunto de factores internos puede ser dividido en aquellos relacionados con el contenido curricular, con la metodología de la enseñanza y con la naturaleza de las experiencias educativas, por una parte, y en aquellos relativos al profesorado y a la imagen que el alumno percibe del mismo, por la otra. Como ejemplo citaremos la influencia hacia la especialización que pudieran ejercer los currículos en los que predominan los contenidos correspondientes a áreas clínicas especializadas más o menos bien definidas. Al mismo tiempo, la metodología de la enseñanza es capaz de estimular motivaciones y desarrollar hábitos en el alumno que en algunos casos serán deseables y, en otros, inconvenientes.

Las experiencias educativas que las escuelas pueden ofrecer a sus alumnos son ampliamente variadas, y son las más aconsejables aquellas que colocan al alumno en contacto próximo con la realidad en la cual le tocará actuar y lo estimulan a participar activa y responsablemente en el análisis y solución de los problemas que esa realidad le plantea. Combinando el estudio con el trabajo se contribuye a valorizar este último y a destacar el carácter continuo que ha de tener el estudio a través de toda la vida

profesional.

En resumen, la formación del médico debe estar dirigida a:

- la necesidad de un fundamento científico sólido;
- una base antropológica que considere al ser humano en sus aspectos biológicos y psicosociales;
- una actitud ética;
- un enfoque coherente con el concepto de los problemas de salud del país o región;
- una capacidad y actitud de autoformación.

CAMBIOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LOS PROGRAMAS DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SU INFLUENCIA PARA ALCANZAR SALUD PARA TODOS

Comenzaremos por decir, como ha sido expresado en innumerables ocasiones, que no existe un modelo curricular único válido y que pueda ser recomendado a todas las instituciones formadoras de médicos y de cualquier otro profesional del área de la salud. La decisión que cada escuela adopte al respecto dependerá de sus objetivos y de las características de los recursos humanos y materiales de los cuales dispone.

Al analizar y proponer cambios en el plan de estudios de los programas de ciencias de la salud que influyan positivamente en la consecución de la meta de salud para todos, es necesario tener en cuenta, para las decisiones que correspondan, los siguientes aspectos y criterios que los sustentan:

- enseñanza integrada vs. enseñanza por disciplina;
- enseñanza uniprofesional vs. enseñanza multiprofesional;
- enseñanza predominantemente hospitalaria vs. enseñanza predominantemente extrahospitalaria;
- estructura organizativa de las escuelas;
- alternativas frente a la demanda estudiantil.

Si bien no es posible negar que con la fundamentación teórica tradicional de la educación médica se han alcanzado altos niveles de excelencia, también lo es que no se puede aspirar a obtener resultados satisfactorios si se pretende hacer enseñanza integrada sin tomar en cuenta las bases teóricas de la misma y sin admitir las consecuencias que ellas han de tener sobre toda la concepción del proceso educativo. La idea del aprendizaje integrado se sustenta en una teoría del aprendizaje que sostiene que el verdadero conocimiento sólo se adquiere cuando el individuo puede manipular el objeto de estudio para analizarlo por sí mismo y reconstruirlo. Esta teoría implica que el aprendizaje ha de ser activo, afincado en el contacto de quien aprende con la realidad concreta, y de carácter siempre creativo y no meramente repetitivo. Supone, por tanto, que el aprendizaje se lleva a cabo mediante el análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas.

Se ha postulado que si la enseñanza de las diversas profesiones de la salud estuviera a cargo de una misma ins-

titución y se realizara en forma conjunta, sería posible obtener una mejor integración del "equipo de salud" o "equipo de trabajo". No obstante las dificultades que entraña la composición y el funcionamiento idóneo del equipo, se reconoce que tal enseñanza conjunta puede representar una manera adecuada de utilizar mejor los recursos docentes y de evitar duplicaciones.

La enseñanza tradicional, en la etapa clínica, se ha centrado principalmente en instituciones hospitalarias complejas. Estudios realizados en varios países han demostrado que los hospitales de alta complejidad tienen una participación limitada en el contexto de las acciones de salud. Ello significa que cuando la formación clínica de los alumnos se realiza predominantemente en salas de hospitales especializados, la misma se desarrolla en base al 1% de los problemas de salud de la comunidad. En tal sentido, se considera que es conveniente que una porción importante del tiempo que se dedica a la formación de médicos en el pregrado se destine a experiencias a nivel de ambulatorios y centros de salud, tanto urbanos como rurales.

En el transcurso de los últimos 40 años, la mayoría de las escuelas de medicina de América Latina y del Caribe han adoptado alguna forma de organización departamental. En algunos casos, la departamentalización ha consistido en la agrupación de cátedras afines bajo una dirección única, unipersonal o colegiada, con atribuciones y grado de autoridad variables. En otros casos, las propias cátedras, mediante un proceso expansivo, transformación interna, cambio de funciones y de denominación, se han convertido en departamentos. Una departamentalización real y bien estructurada puede traer como consecuencia las ventajas siguientes: mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, al evitar la multiplicación de unidades y programas destinados a propósitos similares; unificación de criterios en relación con los contenidos programáticos y la metodología de todo el personal docente en la elaboración de programas; incremento de relaciones interprofesionales y mejor conocimiento, por parte de los profesores de medicina, de las características y de los currículos de otras profesiones de la salud.

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo y cada vez más rápido del número de candidatos que desean estudiar medicina, no así para otras carreras técnicas y profesionales del campo de la salud. La satisfacción de la demanda estudiantil podría ser lograda aceptando el crecimiento ilimitado de la matrícula en cada escuela, o creando nuevas escuelas. El manejo de números crecientes de alumnos sin sacrificio de la calidad del aprendizaje sólo sería factible si se adoptaran cambios radicales en la estructura y metodología del proceso educativo. El uso racional de la moderna tecnología educativa dentro de diseños curriculares e instruccionales apropiados; la incorporación de nuevos y diferentes ambientes asistenciales a la enseñanza; la revisión del papel del profesor y del alumno en el proceso enseñanza-aprendizaje con miras a hacerlo

más activo son, entre otros, recursos válidos que las escuelas de medicina pueden y deben poner en práctica para enfrentar con éxito el aumento de la matrícula estudiantil.

Se ha reconocido una evolución del proceso enseñanza-aprendizaje que se ha beneficiado de los cambios e incorporaciones señalados en el curso de esta disertación. Sin embargo, el Comité de la OPS sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, al examinar el efecto de esas modificaciones en la salud de las poblaciones, señaló: "Las ambiciosas metas de llegar a una transformación de las prácticas de salud, y especialmente de la atención médica, a través de un profesional capacitado para producir esos cambios, no lograron concretarse. . ." Y hoy, 10 años después, agregamos nosotros, aún no se han concretado.

Sin caer en extremos pesimistas, pero sí basados en realidades y hechos incontrovertibles, creemos que la ambiciosa meta de "salud para todos en el año 2000" no será cumplida. Se necesita de una decisión política firme de los gobiernos, de una comprensión clara de los problemas de enfermedad y del valor de la salud por parte de todos los sectores nacionales, de un desprendimiento en lo material de los que pueden en favor del bienestar colectivo, de un compromiso serio y honesto de las instituciones educativas en la formación de recursos humanos idóneos; en fin, de una voluntad colectiva nacional e internacional de trabajar, en forma coordinada y mancomunada, para alcanzar esta preciada meta. Sólo entonces, con optimismo, podríamos decir: en el siglo XXI nos acercaremos a la meta de salud para todos en este mundo nuestro.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Organización Panamericana de la Salud. "Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe". Publicación Científica No. 483, OPS/OMS, 1985.

Organización Panamericana de la Salud. "Función de las universidades en las estrategias de salud para todos. Documento de base para las discusiones técnicas de la 37^a Asamblea Mundial de la Salud, 1984". Educación Médica y Salud, Vol. 19, No. 1, OPS/OMS, 1985.

Organización Panamericana de la Salud. Primera reunión sobre "Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe". Informe final. Publicación Científica No. 341, OPS/OMS, 1977.

García, Juan César. "Características generales de la educación médica en la América Latina". Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica No. 7, OPS/OMS, 1970.

Mahler, Halfdan. "El sentido de la salud para todos en el año

2000". Foro Mundial de la Salud, Vol. 2, No. 1, OMS, Ginebra, 1981.

Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM). "Médicos para el siglo XXI. Comentarios sobre el Informe GPEP". Fondo Editorial FEPAFEM, Publicación 7, Caracas, Venezuela, 1985.

Chaves, Mario M.; Ferreira, José Roberto; Kisil, Marcos; Pulido M., Pablo A.; Rondón Morales, Roberto. "Cambios en la educación médica. Análisis de la integración docente asistencial en América Latina". Fondo Editorial FEPAFEM, Publicación 3, Caracas, Venezuela, 1984.

Asociación Médica Dominicana. "Memorias del 1er. Seminario-Taller de evaluación y normatización de la educación médica superior en la República Dominicana". AMD, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 1984.

Hammond, Merryl. "Enseñanza de las actitudes correctas en la atención primaria de salud". Foro Mundial de la Salud, Vol. 6, No. 1, OMS, Ginebra, 1985.

Cristoffanini, Alberto P. "Tendencias actuales en educación médica". Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, 1981.

Mejía, Alfonso. "Cambio de actitud de los trabajadores de salud: función de las escuelas de salud pública". Educación Médica y Salud, Vol. 18, No. 4, OPS/OMS, 1984.

McDermott, Walsh. "Medicina: el bien público y el del individuo". Foro Mundial de la Salud, Vol. 1, No. 1 y 2, OMS, Ginebra, 1980.

Organización Panamericana de la Salud. "Salud para todos en el año 2000. Estrategias". Documento Oficial No. 173, OPS/OMS, 1980.

Organización Mundial de la Salud. "Los principales problemas de salud en el mundo". Reproducido de OMS, Sexto Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Foro Mundial de la Salud, Vol. 2, No. 2, OMS, Ginebra, 1981.

Guerra de Macêdo, Carlyle. "La Universidad y Salud para Todos en el Año 2000". Editorial. Boletín OFSANPAN, Vol. 99, No. 3, 1985.

Fakhro, Ali M.; Herrera, Florentino; Schaefer, Morris; Steele, Richard; Tammeling, G.J.; Varakin, V.N. "Se necesita una nueva raza de médicos". Mesa redonda. Foro Mundial de la Salud, Vol. 6, No. 4, OMS, Ginebra, 1985.

Hunt, Andrew D.; Weeks, Lewis E. "Medical Education Since 1960—Marching to a different drummer". Published by: The Michigan State University Foundation/The W.K. Kellogg Foundation. Library of Congress' Card Catalogue Number: 79-91487.