Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ARTÍCULO ESPECIAL

Formación médica y necesidades sociales

Vicente Pedraza Muriel

Departamento de Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Para conservar y restaurar la salud el ser humano ha soñado siempre con intervenciones sobrenaturales. La medicina moderna nació, sin embargo, en el momento justo en el que el pensamiento médico se apartó de lo mágico y se atuvo a los hechos. En la historia de la medicina este proceso, de muy larga duración, ha conducido a la diferenciación sucesiva de los conceptos «enfermo», «lesión», «enfermedad» y «salud»[1].

Un aspecto de singular importancia en el progreso de la medicina ha sido lo que en la teoría del conocimiento se define como reduccionismo[2]. Limitarse al estudio de un planeta en lugar de considerar el conjunto de los astros fue lo que hizo posible la revolución copernicana de la astronomía. Del mismo modo, la medicina avanzó únicamente cuando los médicos comprendimos, desde el siglo XVIII en adelante, que en lugar de analizar la enfermedad era preferible concentrarse en el estudio de una o de un pequeño grupo de enfermedades. De esta sencilla, pero capital idea, ha derivado el cuerpo doctrinal de la medicina moderna, nacido con la introducción por Bichat, Laennec y otros del método anatomoclínico, es decir, con la confrontación de lógica y observación, empirismo y experimentación, especulación y atención a lo real[2].

En el siglo XX este movimiento se ha acelerado considerablemente. El avance, en ocasiones vertiginoso, de los conocimientos y el empuje de factores económicos y sociales diversos han producido cambios notables en la evolución del pensamiento y de la ciencia médicas y, así, en un período de tiempo no demasiado largo (1800-2000) hemos pasado de la medicina hipocrática a la medicina clínica clásica y, de ésta, a la medicina funcional de los años sesenta y setenta y a la medicina de base molecular y orientación primariamente social que vivimos hoy.

Con ayuda de la epidemiología, la biología molecular y otras disciplinas, es probable que pronto la mayor parte de los mecanismos subyacentes a los estados de salud y enfermedad se hayan aclarado y muchas enfermedades estén vencidas o en fase de prevención. El control inmediato de un buen número de enfermedades no significa, sin embargo, el final de la medicina, pues simultáneamente con el progreso de los conocimientos, la prolongación de la vida humana y, en general, la mejora de la calidad de ésta, se está produciendo un cambio muy particular en los modos de enfermar que reconoce como causas principales el envejecimiento, la conducta y determinados problemas sociales.

En el futuro, además de la enfermedad, tendremos que ocuparnos, en efecto, de la salud de los individuos y de la comunidad; habremos de combatir la influencia que el desempleo, el medio ambiente, las migraciones, la estructura de la familia y el trabajo de la mujer ejercen sobre la salud; deberemos analizar y tratar primordialmente enfermedades relacionadas con el comportamiento y ciertos estilos de vida, muy generalizados en la sociedad actual, entre los que el sedentarismo, la obesidad y el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos tienen particular importancia; la medicina asistencial estará dominada por una constelación de problemas entre los cuales los accidentes, el sida, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las degenerativas y los trastornos mentales tendrán carácter prioritario y, muy probablemente, por razones no simplemente sanitarias sino también de naturaleza económica, se reforzarán en todos los países los programas de educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad[1,2].

Los cambios que se avecinan van a producirse, además, en el marco de una nueva situación definida por la salud como elemento de consumo, una noción que los médicos no hemos entendido bien aún y que explica la importancia que, de un tiempo a esta parte, han adquirido las variables económicas en los sistemas nacionales de salud. El concepto de salud como bien de consumo, derivado de la generalización de las políticas de bienestar social y la transformación inevitable de los médicos en servidores de los sistemas públicos de asistencia sanitaria, ha modificado en profundidad el epicentro de la doctrina clásica sobre nuestra función: «la misión principal de los médicos –afirma Gracia[3]– consiste en no hacer mal e inducir el bien». En el desarrollo de esta misión la sociedad nos pide diligencia y solicita de nosotros y de los integrantes de otros sectores sociales (profesores, jueces, políticos) el ejercicio de nuestra función en niveles de excelencia. Lo que los griegos llamaban *areté* y los romanos *virtus* lo denominamos hoy excelencia, un concepto que, aplicado a ciertas profesiones, puede convertirse en un instrumento de cohesión social de importancia fundamental.

Universidad y sistema de salud

El concepto de servicio

Preparar de la mejor manera posible a quienes han de responder a las exigencias de la medicina futura y enfrentarse con la multiplicidad de funciones a que obliga el ejercicio, en niveles de excelencia, de la profesión médica, dentro de un sistema nacional y público de salud, no es tarea fácil. Por esta razón, proponer una reforma de la metodología

Palabras clave: Formación médica. Necesidades sociales. Reforma curricular. Cambios metodológicos. Continuidad educativa. Relaciones institucionales.

Key words: Medical training. Social needs. Curricular improvement. Methodological changes. Educational continuity. Institutional relationships.

Trabajo galardonado con el Primer Premio de Investigación Médica Libre del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Granada (convocatoria 2000).

Correspondencia: Prof. V. Pedraza.
Departamento de Radiología y Medicina Física.
Facultad de Medicina.
Avda. de Madrid, 11. 18012 Granada.
Correo electrónico: vpedraza@ugr.es

Recibido el 12-12-2000; aceptado para su publicación el 16-2-2001

Med Clin (Barc) 2001; 116: 658-663

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

educativa y de los objetivos de la formación médica en un país que dispone, en la actualidad, de 27 facultades de medicina es empresa harto arriesgada. Si en este trabajo me he atrevido a ello, ha sido por una noción particular del concepto de servicio y por el deseo de contribuir a la reforma del sistema sanitario español desde una perspectiva universitaria.

La función de servicio y la forma en que esta función debe desempeñarse en relación con la enseñanza y la investigación universitarias se contemplan de modo diferente en las instituciones de enseñanza superior del mundo occidental[4]. En algunos países, la función de servicio se considera una amenaza para las responsabilidades más fundamentales de la universidad. En otros, en cambio, se considera el servicio como parte integrante del concepto de universidad y como un complemento necesario de la enseñanza y la investigación. Históricamente, por ejemplo, la idea de servicio de la universidad a la comunidad se impuso en Estados Unidos de América con la fundación, en 1880, de universidades creadas al amparo de la cesión de terrenos públicos para las futuras instituciones[5], ejemplo que luego se ha seguido en otros muchos lugares, incluido nuestro propio país.

Es cierto que las universidades están más orientadas hacia las disciplinas que hacia las misiones y es probable que la tendencia a la expansión, fragmentación y especialización de los conocimientos refuerce todavía más esa orientación en el futuro. Sin embargo, la universidad, del mismo modo que la justicia, es una institución que, aunque frágil, debe en gran parte su existencia al deseo de la comunidad de tener a su disposición un sistema objetivo y absoluto de referencia, independiente de tendencias e influencias transitorias. De esta noción derivan la libertad y la autonomía académicas y en ella encuentra su fundamento el concepto de servicio, entendido como compromiso de la universidad con la comunidad que la rodea[4,6].

Salud y desarrollo

En este contexto, el desarrollo del principio de igualdad en las sociedades democráticas y, en el ámbito de la salud, la equidad en el acceso al sistema de prestación de servicios sanitarios (un concepto de gran importancia política y considerable fuerza moral) han planteado a la institución universitaria, junto al ejercicio de sus funciones tradicionales (el desarrollo de las posibilidades y la personalidad de los seres humanos, la creación y protección de un intelecto independiente y la adquisición y difusión sistemática del conocimiento), nuevas preocupaciones y problemas. El lugar de la universidad en la sociedad y la relación existente entre las funciones de la universidad y las necesidades de la comunidad son algunas de las más significativas[6].

Un punto de convergencia particularmente importante en la relación universidad-sociedad es el binomio salud-desarrollo. Si se acepta que la salud contribuye de manera fundamental al desarrollo y se considera que salud y desarrollo interaccionan mutuamente en la persecución de los ideales de justicia y equidad social, es claro que la comprensión y el estudio de los factores determinantes de la salud constituyen una aportación importante de la universidad al desarrollo. La participación de ésta en la definición de los objetivos y programas nacionales de salud y desarrollo debería ser, por ello, un hecho natural, fruto de su colaboración con el Estado.

En la hipótesis de esta colaboración, las universidades y las facultades de medicina no pueden limitarse sólo al cultivo de la ciencia, la formación de profesionales competentes y la prestación de servicios de salud en los hospitales universitarios. Han de ir más allá y, superando su orientación disciplinar, deberían proponer iniciativas, asumir nuevas responsabilidades y trabajar por la introducción y uso de objetivos y criterios interdisciplinarios en sus propuestas de desarrollo[6]. La interdisciplinaridad no es sólo un criterio de mayor flexibilidad aplicado a la enseñanza y a la investigación. Es también un elemento fundamental para modificar la misión de la universidad y las condiciones en las que ésta debe ejercerse en el seno de la sociedad. Por ejemplo, una manera de medir la apertura de la universidad en el análisis de los problemas de salud sería reconocer la importancia que pueden tener para la misma estudios distintos de los de medicina (economía, medio ambiente, filosofía y ciencias sociales y del comportamiento) e introducir éstos en los planes de estudios de la titulación.

Formación médica pregraduada

Criterios generales

La sociedad, primero, y los Estados, después, han conferido a los médicos una gran responsabilidad respecto de aquellos que solicitan su ayuda por razones de enfermedad y cuestiones de salud. Los individuos se dirigen frecuentemente a los médicos no sólo por trastornos físicos o mentales, sino también por conflictos subjetivos o problemas sociales. Para responder a tan vasta demanda, los médicos han de poseer una sólida formación y haber adquirido determinada experiencia. La formación médica pregraduada, definida como el conjunto de contenidos subyacentes a los conocimientos y aptitudes que deben poseer todos los médicos, con independencia de su orientación profesional posterior, debe procurar, por tanto, que los estudiantes no acumulen sólo conocimientos teóricos, sino que adquieran también experiencia clínica y preparación suficiente en materia de salud. La doctrina que, en el ámbito de la formación médica básica, ha emergido de las facultades de medicina europeas durante los últimos cincuenta años impone, en efecto, a los futuros médicos la necesidad de alcanzar durante su período de formación[7]: *a)* un conocimiento y comprensión adecuados de las ciencias fundamentales de la medicina y los principios del método científico; *b)* un conocimiento, adecuado también, de la estructura, función y comportamiento normales de los seres humanos, así como de los mecanismos, causas y manifestaciones generales de los estados de enfermedad; *c)* una experiencia clínica y capacitación profesional suficientes para prevenir, diagnosticar y tratar los desórdenes patológicos más comunes y promover, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, medidas encaminadas hacia la promoción y conservación de la salud; *d)* una conciencia clara de la influencia que sobre el saber y la práctica médica, en general, y sobre los propios conceptos de medicina, salud y enfermedad ejercen variables diversas de índole histórica, cultural y/o social, y *e)* una cierta aptitud para la comunicación interpersonal y el trabajo en equipo.

Recientemente, un cierto número de organismos internacionales (Federación Mundial de Educación Médica, Comité Consultivo para la Formación de Médicos de la Unión Europea) han insistido en la necesidad de que los diferentes Estados organicen sus esfuerzos para introducir nuevos objetivos en el ámbito de la formación médica pregraduada. Brevemente expuestos, estos objetivos son[8,9]: *a)* preparar médicos eficientes en los ámbitos asistencial, preventivo y sanitario general; *b)* adecuar el contenido de los programas educativos a las necesidades y los cambios sociales en materia de salud; *c)* integrar los conocimientos teóricos y la

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

formación práctica o clínica utilizando para ello, como elemento básico del aprendizaje, la solución de problemas concretos en los niveles académico, hospitalario y comunitario, y *d)* establecer, de alguna manera, mecanismos de interconexión y continuidad entre los objetivos y programas educativos de la formación pregraduada, la formación posgraduada y la formación continuada.

El espíritu de las universidades y la enseñanza de la medicina

La mayor parte de las facultades de medicina europeas y norteamericanas han elaborado sus anteriores y actuales programas de estudio sobre las nociones contenidas en el Informe Flexner sobre Educación Médica en Estados Unidos y Canadá[10]. Los principios que inspira dicho informe son bien conocidos: *a)* la formación médica debe poseer un fundamento científico lo más sólido posible; *b)* para asegurar este objetivo esencial, los profesores de las facultades de medicina deben estar fuertemente comprometidos con la investigación, y *c)* el proceso de aprendizaje o entrenamiento clínico de los estudiantes debe asegurarse mediante su contacto con los pacientes asistidos en los hospitales universitarios. La concepción de la enseñanza de la medicina así esbozada ha tenido una influencia considerable en todo el mundo y explica por qué los objetivos de la formación han sido, durante muchos años, el conocimiento, en el mayor nivel posible, de los contenidos científicos de la medicina y la adquisición de competencia profesional mediante el estudio de pacientes con problemas clínicos difíciles.

Para desarrollar esta doble tarea, las facultades de medicina han recurrido al espíritu de las universidades cultivando la investigación y el método científico. La preeminencia del espíritu científico en nuestras facultades explica por qué la mayor parte de los profesores participa o dirige programas avanzados de investigación clínica o experimental, y por qué la selección de los mismos se realiza sobre la base de su solvencia personal en el orden científico más que de su aptitud docente o competencia asistencial. El origen universitario de la enseñanza de la medicina parece ser responsable, en fin, del progreso espectacular alcanzado por la medicina clínica en los últimos 50 años y de la complejidad tecnológica que conforma, en la actualidad, el ejercicio de la profesión médica en el ámbito de los sistemas nacionales de salud.

Formación médica y necesidades sociales

Uno de los supuestos básicos del modelo educativo de Flexner para la enseñanza de la medicina consiste en la utilización exclusiva de los hospitales universitarios como instrumento para la formación clínica de los estudiantes. Sobre tan importante asunto merece la pena realizar algunas reflexiones.

De acuerdo con el contenido de la Declaración de Edimburgo de 1988[8,11], la formación clínica adquirida por los estudiantes en los hospitales universitarios parece ser responsable: *a)* de su preferencia por la alta tecnología y los conocimientos biomédicos o científicos más recientes; *b)* de la pérdida de su atención por ciertos aspectos de la medicina (puede que menos interesantes desde el punto de vista científico, pero no menos importantes desde el punto de vista social), como la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad, y *c)* de la elevación al primer plano, entre sus preocupaciones, de una cierta obsesión por la curación de las enfermedades más que de un claro interés por la asistencia médica y los cuidados de salud.

Contrariamente, además, a lo que podría pensarse en función de la orientación actual de los planes de estudio de medicina, los problemas médicos más importantes para los individuos y para el conjunto de la sociedad no son, por su frecuencia, los de mayor dificultad o complicación. Desde el punto de vista individual, los casos clínicos predominantes suelen estar representados por pacientes con problemas menores de salud, trastornos funcionales, estados de ansiedad y enfermedades degenerativas de curso crónico, desde el punto de vista comunitario, los problemas más acuciantes son bien conocidos por todos: el alcoholismo, la drogadicción, el abuso de los menores, los trastornos mentales, las enfermedades profesionales, la polución ambiental, el sida y los problemas, a menudo graves, derivados del alojamiento en condiciones inadecuadas y la malnutrición.

Puede decirse por ello que, tal vez, una de las misiones más importantes que tienen planteadas las facultades de medicina es la de interrogarse sobre las necesidades y los cambios sociales sobrevenidos en materia de salud y adaptar a unas y otros sus programas de estudios. Ello plantea de inmediato un interminable número de problemas de los que yo, personalmente, destacaría dos: *a)* si los contenidos generales de la formación actual son pertinentes en relación con las exigencias y la función social de los médicos, y *b)* si la metodología docente utilizada debe o no ser objeto de modificación.

Desde el punto de vista metodológico, un elevado número de facultades de medicina mantienen en vigor, en la actualidad, planes de estudio cuya viga maestra es la información científica. A medida que ha crecido el número de profesores se ha incrementado también el grado de su especialización. Consecuencia natural de ello ha sido la fragmentación del currículum, el predominio de los intereses de los departamentos y de las propias materias sobre los objetivos básicos de la formación y el distanciamiento relativo de las facultades respecto de su entorno social, con lo que, en lugar de ordenar las actividades educativas de carácter clínico, no sólo sobre los hospitales de tercer nivel sino también sobre pacientes ambulatorios y/o en el seno de la comunidad, ámbito asistencial común de la mayor parte de los graduados, el foco de luz de la formación clínica se ha concentrado sobre el elemento denominado «cama de hospital» en el más puro estilo flexneriano.

Pues bien, frente al esquema docente tradicional constituido por el binomio «información científica + camas docentes de hospital universitario», tenemos hoy la evidencia de que el más rápido y eficiente de los métodos de aprendizaje es aquel que se basa en el descubrimiento personal de lo necesario para enfrentarse con un problema y tratar de resolverlo. Por esta razón, las facultades de medicina deberían tomar en serio la adopción de esquemas organizativos distintos de los actuales para formular sus programas educativos, y entre ellos, como más importante, el principio de orientación de la enseñanza hacia la resolución de problemas, también conocido como «enseñanza por casos». Minimizar el tiempo de aprendizaje pasivo, centrado en el profesor, y maximizar el número de oportunidades concedido a los estudiantes para la resolución de problemas biomédicos, clínicos y sanitarios; he aquí lo fundamental del cambio metodológico propuesto. Muchos profesores argumentan que hacen uso de esta orientación al presentar a los estudiantes la información necesaria para la solución de problemas. La enseñanza por casos no consiste, sin embargo, en esto. Lo esencial del método radica en enseñar a los estudiantes a identificar los problemas por sí mismos y ayudarles a elegir los medios necesarios para abordar su resolución estableciendo, además, un sistema de comunicación recíproco que permita determinar los progresos alcanzados.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

La orientación de la formación médica hacia la solución de problemas puede ejercer, por otra parte, cierta influencia sobre la propia estructura de las facultades y el sistema de selección actualmente vigente de los profesores. Si se considera, en efecto, que la formación médica debe proporcionar a los estudiantes una mayor oportunidad para el estudio independiente y autodirigido, y se acepta que la orientación de la enseñanza hacia la resolución de problemas es un poderoso instrumento de organización curricular, las facultades deberían estimular la adquisición por los profesores de la preparación y aptitudes necesarias para promover y expandir este tipo de aprendizaje, así como recompensar la capacidad y la experiencia pedagógica alcanzadas debidamente. Es probable que no sea éste el mejor momento para improvisar y proponer los mecanismos académicos y administrativos necesarios para tal fin. Lo importante ahora es reconocer la necesidad de un cambio en la metodología educativa y preparar a los profesores para el ejercicio de nuevas responsabilidades y funciones.

Un nuevo currículum

La perspectiva de una modificación, más o menos profunda, de los programas y métodos de estudio de la medicina ha sido resumida por Tosteson, Decano de la facultad de medicina de Harvard, en 4 puntos fundamentales:

1. Revisar, a la luz de la realidad científica actual, las disciplinas que deban figurar en el currículum.
2. Definir los contenidos docentes objeto de enseñanza y de aprendizaje de cada una de ellas.
3. Determinar los métodos e instrumentos necesarios para el aprendizaje y los lugares en los que deba desarrollarse éste.
4. Decidir quién debe asegurar la enseñanza y cómo se ha de acreditar la competencia necesaria para ello.

En su proyecto de reforma de 1990, Tosteson[12] sostuvo la idea de que la modificación del currículum de medicina debe estar orientada hacia la consecución del equilibrio entre ciencias fundamentales, formación clínica, ciencias sociales y del comportamiento y cuestiones éticas. Para alcanzar este objetivo, algunas facultades (Harvard, McMaster, Seattle, Newcastle, Nuevo México y otras) han introducido en sus programas de formación materias y contenidos docentes de claro matiz social o comunitario (epidemiología clínica, bioestadística médica, economía de la salud, atención primaria de salud, sociología de la salud, entre otros). El cambio más importante se ha producido, sin embargo, en la esfera metodológica y, en opinión de Inui[13], Ebert y Ginzberg[14], Kauffman et al[15], Mennin y Kauffman[16], Hamilton[17] y otros muchos autores, se ha concebido para ofrecer a los estudiantes la posibilidad de adquirir hábitos de pensamiento lógico y alcanzar competencia profesional en los planos asistencial, clínico y sanitario. El método elegido para ello pone el acento en el trabajo personal del estudiante y utiliza como instrumento básico la resolución de problemas bien definidos por su valor heurístico o su proyección científica, clínica y/o médico-social.
Teniendo en cuenta los cambios que se están produciendo en Estados Unidos, es probable que, en el curso de los próximos años, se produzca una evolución semejante en Europa, cuyas facultades de medicina, con matices diferenciales, se mantienen todavía fieles al esquema docente de Flexner: ciencia básica + formación clínica de base hospitalaria. La paradoja que se deriva del sistema vigente entre nosotros es clara: entre lo que las facultades de medicina enseñan y lo que la sociedad espera de los graduados es probable que exista una cierta contradicción. Parece inevitable, por ello, que en el inmediato futuro, en un ejercicio de autocrítica, debamos someter a análisis las cuestiones siguientes[13,17,18]:

1. ¿Qué debe prevalecer en la enseñanza de la medicina, la transmisión de conocimientos científicos en un currículum fragmentado en múltiples disciplinas o la preparación para la prestación de un servicio profesional a la sociedad? En el supuesto de que la respuesta se incline por la segunda opción, ¿qué clase de servicio?, ¿sólo clínico a nivel individual?, ¿clínico y social? ¿Qué características definen el papel social de los médicos? ¿Debemos preparar a éstos para su integración en un sistema complejo de salud junto con otros profesionales? ¿Debe, por el contrario, orientarse su formación con vistas a hacer compatibles el trabajo individual con la pertenencia a un equipo de salud? ¿Qué instrumentos educativos deben emplearse para asegurar un aceptable grado de competencia profesional a los titulados?, ¿sólo recursos hospitalarios?, ¿recursos hospitalarios y comunitarios? ¿Disponen las facultades de medicina de tales recursos hoy?
2. Por otra parte, para asegurar que el conocimiento científico, por un lado, y el papel eminentemente social de la profesión médica, por otro, tengan un tratamiento adecuado en el currículum, ¿es necesaria la inclusión en el mismo de nuevos contenidos docentes o disciplinas? Si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, ¿cuáles de ellos? ¿Sustituirían los nuevos contenidos docentes o disciplinas a las asignaturas clásicas del currículum, o se sumarían unas y otras, con lo que se incrementaría el cuerpo doctrinal de conocimientos a impartir? ¿Disponemos de tiempo suficiente en el currículum para dar entrada a nuevos contenidos educativos relativos a necesidades sociales? Supuesta una respuesta positiva a esta pregunta, ¿habría que ceder parte del tiempo dedicado a la formación clínica de los estudiantes, como sostienen algunos, para responder a las nuevas necesidades? Si se piensa, por el contrario, que la formación clínica es no sólo intocable, sino insuficiente, y se propone su extensión a costa de reducir otras actividades educativas, ¿serían compatibles la disminución de los contenidos científicos de la enseñanza y las necesidades intelectuales de los médicos?
3. ¿Pueden o deben los médicos ejercer simultáneamente funciones de experto en cuidados de salud, economía y estadística sanitaria y ciencias sociales? ¿Deben incluirse todas las competencias que se exigen actualmente a los médicos en una única profesión? ¿No podrían desarrollar, acaso, otros profesionales las nuevas funciones aparecidas en el campo de las ciencias de la salud? ¿Están preparadas las facultades de medicina para enseñar al mismo tiempo contenidos académicos y nociones logísticas? ¿Deben las facultades de medicina asumir un mayor compromiso docente con la atención primaria de salud, el medio ambiente y los problemas sociales relacionados con la enfermedad, o derivar los contenidos docentes relativos a tales perfiles profesionales a la formación posgraduada? ¿Debe introducirse en la formación pregraduada la noción coste/eficiencia como se nos indica desde los ámbitos de gestión sanitaria?

La respuesta a estas preguntas no es fácil. Detrás de cada una de ellas se esconden diferentes análisis y subyacen distintas prioridades. Por otra parte, las facultades de medicina, al menos en nuestro país, han de hacer frente a sus cada vez más difíciles y complejas misiones en una situación de aislamiento relativo respecto de las propias universidades y del sistema de salud; y, en lugar de otorgárseles un liderazgo claro y establecer con ellas relaciones instituciona-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

les sólidas, en lugar de financiar sus necesidades y dotarlas de recursos suficientes, en lugar de apoyarlas en la consecución de sus objetivos, crecen continuamente los impedimentos de comunicación entre las facultades y los organismos responsables de la gestión universitaria y sanitaria.

En un asunto tan delicado como éste, de interés estratégico para cualquier país, la intensificación de las relaciones entre los sistemas educativo y sanitario, así como la colaboración recíproca entre ellos, debería constituir una prioridad política fundamental, y en la definición de un nuevo marco de relaciones deberían tomarse en consideración las tesis enunciadas por Hamilton en 1992[17]: *a)* las necesidades de las facultades de medicina deberían recibir la mayor atención posible del sistema de salud; *b)* un hospital docente organizado como centro de referencia de un área de salud al servicio de una facultad de medicina debería constituir una de las principales prioridades; *c)* el Decano de la facultad de medicina debería formar parte del *board* de dirección del área de salud y de los hospitales docentes del área afiliados a la facultad; *d)* las clínicas de medicina ambulatoria y los consultorios de medicina general del área deberían estar vinculados a la facultad de medicina, y *e)* los miembros del cuerpo académico de la facultad deberían participar en las decisiones de los organismos responsables de la formación posgraduada y de la formación médica continuada.

Dimensión personal de la medicina

En el ejercicio de la profesión médica, aunque el conocimiento adquirido en la facultad es esencial, no basta sólo con éste. Es necesario también saber utilizar el conocimiento disponible y, muy frecuentemente, tomar decisiones y adoptar medidas que pueden afectar a la salud o a la vida de los individuos y al funcionamiento de los mecanismos sociales aun en ausencia de un completo conocimiento. En la adopción de tales decisiones, los médicos han de intervenir o dejarse llevar por sus propias intuiciones y, sobre todo, por las actitudes, juicios y escalas de valor aprendidas durante su paso por la facultad.

Por esta razón, independientemente de la importancia que cada facultad confiera a los elementos clásicos del sistema de enseñanza, es indispensable que los estudiantes aprendan durante su tiempo escolar los principios, los valores y la filosofía que impregnan el modo particular de ejercicio de su profesión en una sociedad y época histórica determinadas. Este tipo de formación, no simplemente científica, técnica o clínica, sino de base cultural, genuinamente universitaria, debe ser preservado a toda costa, no sólo porque vincula a los médicos con las corrientes de pensamiento dominantes en su tiempo, sino porque confiere a su formación un fondo de idealismo que, bien comprendido, puede ayudar a los estudiantes y futuros médicos a combatir las plagas del mercantilismo, el relativismo ético y la decadencia moral que afectan a nuestra sociedad[7].

Paciente y médico no son en la actualidad, en la mayoría de los casos, dos personas que se relacionan entre sí, una porque necesita ayuda y otra porque su vocación o sentido ético le inducen a servir a aquélla. Son, de acuerdo con la terminología al uso, usuarios unos y servidores otros de un sistema donde la noción personal ha terminado siendo sustituida por conceptos abstractos, números y coeficientes: intervenciones, consultas, tiempos de hospitalización, listas de espera, productividad, índices de ocupación, niveles de asistencia y otros.

El fenómeno es sorprendente. La protección y el desarrollo de uno de los derechos fundamentales de la persona (el de recibir cuidados médicos de calidad en situaciones de enfermedad, invalidez o accidente) libera al ser humano del estado de necesidad, pero deshumaniza la relación médico-enfermo. ¿Qué hacer, por tanto, para evitar la transformación de unos y otros, pacientes y médicos, en simples mecanismos de un sistema donde la razón burocrática predomine sobre la dimensión personal, única e irrepetible de los seres humanos? Si estamos en contra de la manipulación del género humano, no podemos aceptar que las personas puedan ser tratadas como cualquier producto industrial o tecnológico, y en ningún otro ámbito de la sociedad es tan perceptible la variante de manipulación a la que llamamos deshumanización como en la medicina.

Difícil tarea, por consiguiente, la de los médicos: mantener hacia la persona enferma la consideración y reverencia debidas a todo ser humano en un medio regido por criterios cuantitativos, económicos y políticos muy alejados, generalmente, de lo personal. Y difícil misión la de las facultades de medicina: no abdicar en su trabajo formativo de enseñar a los estudiantes que la medicina, antes que una ciencia y un medio de ganarse la vida, es una profesión al servicio del enfermo, de su dignidad y de su libertad. Difícil, porque para mantener viva la tradición idealista y humanitaria de la medicina necesitamos profesores interesados por algo más que por su prestigio personal, el desarrollo de sus departamentos y la expansión de sus disciplinas. Probablemente sea éste (el cambio de mentalidad de los profesores respecto de la orientación general, las finalidades del currículum y los objetivos de la formación) uno de los problemas que deberían exigir la mayor atención posible de quienes tienen hoy en sus manos la responsabilidad de planificar y dirigir la enseñanza de la medicina en todo el mundo.

Propuestas de cambio

La evolución de las necesidades y los cambios sociales sobrevenidos en materia de salud, la orientación claramente social de la medicina actual, la generalización de los programas de educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la influencia creciente de factores económicos en los sistemas nacionales de prestación de servicios sanitarios y la propia evolución del concepto de salud, fuertemente vinculado con la noción de bienestar social en los países desarrollados, han inducido profundos cambios en el ejercicio de la medicina y añadido nuevas misiones (la dimensión comunitaria, sobre todo) a las funciones tradicionales, de índole más personal, de los médicos.

Por otra parte, el desarrollo del concepto de servicio en las relaciones universidad-sociedad ha posibilitado la introducción de nuevas responsabilidades y objetivos en el ámbito de la enseñanza universitaria de la medicina. Un proyecto de reforma inspirado en las anteriores consideraciones y premisas debería considerar, por tanto, los siguientes aspectos:

– Un mayor grado de aproximación entre las universidades, las facultades de medicina y los organismos responsables del sistema nacional de salud.
– Una menor atención por parte de las universidades y las facultades de medicina hacia las disciplinas y una orientación más acusada de sus programas formativos hacia los problemas y/o las misiones.
– Una modificación de la metodología educativa centrada en el autoaprendizaje, el aprendizaje activo y la enseñanza por casos.
– Una revisión de los contenidos docentes del currículum enfocada hacia la búsqueda del equilibrio entre ciencias básicas, formación clínica, ciencias sociales y de la conducta y cuestiones éticas relativas al ejercicio médico.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

– Una mayor atención y/o compromiso educativos con la atención primaria de salud y los problemas sociales relacionados con los estados de enfermedad.

Para que las relaciones entre los sistemas educativo y sanitario mejoren y la colaboración recíproca entre ellos sea norma, no excepción, las necesidades de las facultades de medicina deberían recibir la mayor atención posible de las propias universidades y del sistema nacional de salud. De igual modo, deberían establecerse, con participación del cuerpo académico de las facultades, mecanismos de interconexión y continuidad entre los objetivos y los programas educativos de la formación médica pregraduada, posgraduada y continuada, inexistentes hoy en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedraza V. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina del Distrito de Granada. Granada, 1997; 3-9.
2. Tubiana M. Les chemins d'Esculape. Histoire de la pensée médicale. París: Flammarion, 1995; 521-631.
3. Gracia D. Contenidos históricos de la profesión médica. La sanidad y las profesiones sanitarias en el centro de un debate social. En: La formación de los profesionales de la salud. Bilbao: Fundación BBV, 1998; 260-281.
4. Jantsch E. The university and the community. París: OCDE, 1982.
5. Renaut A. Naissance de l'Université americaine. En: Les revolutions de l'Université: essai sur la modernisation de la culture. París: Calmann-Levy, 1995; 210-213.
6. World Health Organization. The role of the Universities and the strategy of health for all. Basic Document for Technical Discussions. 37th World Health Assembly. Ginebra, 1984.
7. Pedraza V. Las facultades de medicina y la formación de los médicos. Educación Médica 1999; 2: 53-60.
8. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education Report. Edimburgo, agosto de 1988.
9. Advisory Committee on Medical Training. Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education. Bruselas, octubre de 1992, III/F/5127/2/92-EN.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Nueva York, 1910.
11. World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration. Med Education 1988; 22: 481-482.
12. Tosteson DC. New pathways in general medical education. N Engl J Med 1990; 322: 234-238.
13. Inui TS. The social contract and medical schools's responsibilities. En: White KL, Connelly JE, editores. The medical school's mission and the population's health. Nueva York: Springer Verlag, 1992; 23-52.
14. Ebert RH, Ginzberg E. The reform of medical education. Health Affairs 1988; 7: 5-9.
15. Kauffman A, Mennin S, Waterman R, Duban S, Hansbarger C, Silverblatt H et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. Acad Med 1989; 64: 285-294.
16. Mennin S, Kauffman A. The change process and medical education. Ann Communnity Oriented Education 1989; 2: 101-110.
17. Hamilton JD. A communnity and population oriented medical school: Newcastle, Australia. En: White KL, Connelly JE, editores. The medical school's mission and the population's health. Nueva York: Springer Verlag, 1992; 164-202.
18. Metcalfe DHH. Essential institutional competencies for population-based education. En: White KL, Connelly JE, editores. The medical school's mission and the population's health. Nueva York: Springer Verlag, 1992; 208-227.