

OPINIONES Y ENSAYOS**Formación docente para la educación médica: desde una perspectiva social**

Luz Amparo Arias López FT., Esp., MSc, (c) PhD. Profesora Auxiliar. Departamento de Morfología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

luaariaslo@unal.edu.co

Resumen

La estructura educativa ha sido dinámica a través del tiempo; este proceso cambiante ha sido dependiente de formaciones económicas y sociales del momento y de los intereses a los que ha tenido que dar respuesta. Las transformaciones sociales han sido producto de satisfacer las necesidades en un momento histórico determinado. La práctica médica ha seguido las mismas pautas para su desarrollo, es decir, surge como respuesta a una necesidad latente y patente, y se desarrolla de acuerdo a las tendencias marcadas por la sociedad en ese momento histórico. De tal manera que cada momento, en cada estamento social, trae consigo un desarrollo específico que para el caso de la educación médica hace acomodaciones constantes para cumplir con las expectativas planteadas. Esto hace a la educación médica un fenómeno social pues se desenvuelve en un entorno social, responde a los intereses propios de esa sociedad, está condicionada por factores sociales y tiene fines y propósitos diferentes de acuerdo al medio o a la clase social donde es impartida.

La educación médica debe hacer ajustes permanentes para cumplir con los desafíos que una sociedad coetánea le impone y a la cual debe satisfacer. Partiendo de dos momentos históricos como el Reporte Flexner en 1910 y la cumbre de Edimburgo de 1993, se plantean los retos de la educación médica en el siglo XXI para formar profesionales holísticos en medicina que soporten el dinamismo de su entorno.

Palabras clave

Educación Médica; Sociología; Fenómeno (DeCs).

Abstract

The educational structure has been dynamic over time. This changing process has been dependent on the economic and social structures of the time, and the interests to which it has had to respond. Social change has been the result of satisfying the needs of a particular historical moment. Medical practice has followed the same guidelines for its development, that is, emerged in response to a latent and obvious need, and developed according to the trends set by society at that historic moment. Thus, every time, in every social class, brings a specific development that in the case of medical education does constant accommodations to meet the raised expectations. This makes medical education a social phenomenon since it operates in a social environment, responds to the specific interests of that society, is conditioned by social factors and have different aims and purposes according to the medium or social class where it is provided.

Medical education must do permanent adjustments to meet the challenges that coeval society imposes and which must satisfy. Based on two historical moments as the Flexner Report in 1910 and the Edinburgh summit in 1993, the challenges of medical education raised in the twenty-first century to form holistic medical professionals that would support the dynamics of their environment.

Keywords

Medical Education; sociology; phenomenon (MeSH).

Introducción

La educación es una actividad social que ha permitido, preservar la cultura, asimilar y desarrollar la ciencia, ampliar el estado de las artes, afianzar la libertad y socializar al individuo. Para entender la educación como factor social determinante en la solución de la diversa problemática social, es necesario entender el contexto social en el cual se ha desarrollado la educación partiendo de los principios básicos de formación de la sociología como ciencia (Martínez, 2007).

La sociedad como objeto de estudio ha acompañado al hombre desde el principio de los tiempos. Sin embargo, el estudio de la sociedad como ciencia se comienza a gestar hacia finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, como respuesta de los intelectuales del momento, en su afán de explicar los fenómenos económicos, políticos y sociales en una Europa donde el capitalismo y la burguesía, producto de la revolución industrial fortalecían el movimiento expansionista descontrolado (Ontiveros & Mendoza, 2014).

La urbanización de la vida social del momento trajo consigo movilizaciones masivas de campesinos a la vida urbana, con lo que los suministros de agua, servicios públicos, limpieza en las calles eran precarios, condiciones indignas de vivienda, crecimiento poblacional urbano desmedido y brechas cada vez más grandes entre pobres y ricos, fueron creando un

mundo de caos donde las enfermedades como el cólera, la fiebre tifoidea, enfermedades respiratorias e intestinales entre otras epidemias, fueron tomando un lugar prioritario. Las diferencias sociales fueron cada vez más marcadas, siendo este momento histórico el primer sustrato para que investigadores de la época hicieran sus primeros acercamientos al estudio de la problemática del momento sin hacer énfasis causal. Se hicieron los primeros conteos estadísticos empíricos de la población con miras a mejorar y brindar condiciones protectivas comunitarias (Hobsbaw, 1977).

Los aportes filantrópicos del momento reconocen en Saint-Simón postulados como eliminar el empirismo de la investigación estadística social y elevar lo social a ciencia utilizando la rigurosidad científica. Con estos postulados, Augusto Comte, discípulo de Saint-Simón funda la sociología como ciencia, buscando explicar la problemática social desde ésta perspectiva, contrario a las explicaciones de la época centradas en circunstancias económicas. Más adelante, Emilio Durkheim tendría la tarea de encontrar el método que se aplica al estudio de los hechos sociales, el cual no fue logrado por Comte.

Desde el surgimiento de la sociología, fue notada la educación como estructura social y como fenómeno social. Y es que toda sociedad según lo planteaba Durkheim pone a disposición recursos que permiten realizar acomodaciones para que las generaciones venideras se ajusten a hábitos adquiridos por prácticas frecuentes de actos, cualidades, virtudes, certidumbres, convicciones, asentimientos y pautas de comportamiento que sean aceptados socialmente. Todas estas funciones son integrativas para la vida social de los individuos y son accionadas por la educación. Vista la educación desde un enfoque estructural y funcionalista es la responsable de la movilidad social y desde los postulados de Marx y Weber, la educación cumple funciones de reproducción de relaciones productivas en la sociedad (Hernández, 2014).

La estructura educativa ha tenido dinamismo a través del tiempo, este proceso cambiante ha sido dependiente de las formaciones económicas y sociales del momento, y de los intereses a los que ha tenido que dar respuesta. Las transformaciones sociales han sido producto de las necesidades de satisfacción en un momento histórico determinado. De allí que la práctica médica ha seguido las mismas pautas para su desarrollo, es decir, surge como respuesta a una necesidad operacional y se desarrolla de acuerdo a las tendencias marcadas por la sociedad en un momento histórico determinado. De tal manera, que cada momento, en cada estamento social trae consigo un desarrollo específico que para el caso de la educación médica debe hacer acomodaciones para cumplir con las expectativas planteadas. Esto hace a la educación médica un fenómeno social pues se desenvuelve en un entorno social, responde a los intereses propios de la sociedad en la cual está inmersa, está condicionada a los factores sociales donde debe desenvolverse y tiene fines y propósitos diferentes de acuerdo al medio donde se desarrolle o en la clase social donde es impartida.

La educación médica actual hace ajustes permanentes para cumplir con los desafíos que una sociedad coetánea le impone y a la cual debe satisfacer (Franco & Navarro, 2004).

Historia de la educación en la Medicina

Las épocas de desarrollo de la educación médica no son correspondientes con el ejercicio de la práctica médica. En la evolución de la educación médica se pueden distinguir varias épocas: *La época primitiva*, en la cual el hombre cuando empezó a ser un ser social, a conocer las enfermedades y lesiones y él mismo en su propio juicio, buscó las alternativas para curarlas. *La época familiar y artesanal*, permitió al hombre formar grupos humanos como consecuencia del acervo de la agricultura que estacionó al hombre en un lugar, bajo la autoridad de reyes sacerdotes. El saber médico se trasladaba a un shamán y de éste al familiar más cercano. Cuando sobreviene la división del trabajo, el crecimiento de las ciudades, la compilación de saberes médicos y el advenimiento de la escritura hacen que la práctica y la técnica de la medicina pase de un maestro a un novicio. Los egipcios, se reunían en un sitio especial para la enseñanza de la medicina llamado la “casa de vida”; sin embargo, era poca la transmisión de los saberes médicos puesto que los médicos reales de la época tenían mucha clientela y no tenían tiempo suficiente para enseñar. Bajo la dinastía Han en China, existían médicos de la corte que debían dar enseñanza de libros canónicos de la Medicina. Los griegos utilizaron la razón con el fin de plantear soluciones a los problemas educativos del hombre. En Atenas se consideraba que la educación ideal era aquella que se basaba en la democracia y se planteaba la adquisición cultural con el cultivo de la educación del espíritu y del cuerpo en formas superiores. La escuela Hipocrática fue la más famosa en la historia de la medicina. Se preocupó por brindar un tratamiento general a las enfermedades y formular pronósticos mediante el método observacional e inductivo. La medicina que se enseñaba en Grecia tenía como centro un maestro que impartía su enseñanza a modo de tutorial, no eran subsidiados por los estados de gobierno y debían viajar a otros pueblos para lograr subsistir. Médicos como Galeno brindaban información personalizada utilizando como didáctica la cabecera de la cama del paciente para su enseñanza. Método que aún prevalece en el último siglo.

La *Delimitación*, es la época en la cual se reglamentó el ejercicio de la medicina por el rey Rogelio de Sicilia en el año 1140 y por Federico II en 1124; aparecen las universidades en la edad media y con ellas la profesionalización del ejercicio médico con control tanto para el estudiante como para el maestro y basados en un plan curricular supervisado por el clero y el Estado. Con un riguroso enfoque filosófico impuesto por la iglesia católica, los estudiantes tenían cursos de lógica obligatorios dentro de la formación y se instauró la duración de la carrera en cinco años. Además, tenían una especie de tribunal de control que inicialmente supervisaba la acción de los boticarios, pero que con el tiempo se extendió a la medicina. El *humanismo y la ciencia* a partir del siglo XVI estuvieron enmarcados por el método científico y el positivismo; cae el acompañamiento religioso y empieza a enseñarse la medicina fuera

de la universidad. Se enseña pues, en hospitales y en áreas de cirugía. Aparece Andreas Vesalio con revolucionarios aportes a la morfología humana. Más recientemente hacia el siglo XX, se abren las puertas a las ciencias físicas y biológicas, se da paso a la investigación, aparecen los médicos educadores en universidades y hospitales con utilización de currículos formales (Martínez, 2007).

En el año de 1910, a través de la fundación Carnegie, se publicó en los Estados Unidos el “Reporte Flexner” que trajo consigo una verdadera revolución en la sociedad norteamericana; se cerraron muchas escuelas y se reorganizaron otras, y se enfatizó la necesidad de un examen de admisión para el ingreso del estudio de la medicina, se ampliaron las prácticas clínicas y se reforzó el concepto de hospital universitario. La gran revolución médica occidental se basa en este reporte y se consolidó en 1920 con escuelas de medicina como la de Chicago y Baltimore. Con un currículo de 4 años dividido en dos tiempos, dos años para las ciencias básicas y dos para las ciencias clínicas (Álvarez, 2001). La última etapa y la más reciente, y que seguro tendrá que ser evaluada en el futuro, es la *era cibernética* mediada por la aparición de técnicas de la información y la comunicación que de alguna manera han desplazado al maestro, o más bien lo han transformado en un guía o tutor en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

Desafíos y retos actuales de la educación médica

De acuerdo con Hernández, (2007) la influencia social de la educación trae consigo acomodaciones a los cambios sociales contemporáneos dependientes de las necesidades contextuales. Partiendo del reporte Flexner que con seguridad ha marcado uno de los paradigmas del siglo XX en la educación médica, ha sido limitado en la implementación de sus recomendaciones; sin embargo, en los últimos treinta años ha sido retomado por pensadores y pedagogos modernos. La integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas sigue siendo un reto en la actualidad; asignaturas desengranadas como islas independientes es el modelo clásico que aún se sigue aplicando en diversas facultades de medicina. Se debe promover el aprendizaje significativo siguiendo los postulados de Ausubel y el constructivismo con aportes de Piaget, Vigotsky y Semenovich. La innovación de la didáctica es cada día más necesaria y deberá estar a la vanguardia de las tecnologías de la información y la comunicación actuales, de acuerdo con el contexto de la profesión. Generar estudiantes capaces de analizar las diferentes situaciones que los rodean y poder dar soluciones viables, prácticas, lógicas y concretas.

En el tiempo transcurrido desde los postulados de Flexner, se han producido cambios en las prácticas médicas que obligan a reevaluar los planes de formación en atención al desempeño que se espera en el nuevo contexto social, científico y gremial de la comunidad médica (Duffy, 2011). Sin embargo, la tendencia promovida quizás por los detractores y por los cuales la propuesta Flexner no ha tenido toda la acogida, es la inversión de gran cantidad

de tiempo y esfuerzo por parte de los profesores y una enorme inversión a la reforma científica más que a la reforma educativa de la medicina. Estos cambios generan una carga alostática educativa social, pues la implementación requiere de hacer una rectificación de las tendencias actuales y que el docente primariamente se desempeñe como educador más que como investigador que no es precisamente la proclividad actual. La sobrevaloración de la actividad investigativa puede constituirse en uno de los obstáculos más difíciles de vencer para llegar a una enseñanza comprometida, pues una hoja de vida actual carga mayor mérito en cuanto mayor número de publicaciones tenga sustentadas. Flexner también planteó la capacidad que tiene el estudiante para crear y recrear su propio aprendizaje basado en la actividad en donde la integración de los sentidos permite fortalecer el hacer, destacando como principales elementos de la instrucción y formación profesional, la acción en los laboratorios y en la clínica. Estableció un paralelo entre la clínica y la labor investigativa mediante la valoración de hipótesis durante la práctica. Desde los aportes de Flexner hasta el momento social e histórico actual, los expertos creen que ha surgido un nuevo paradigma de la medicina que debe ser direccionado convenientemente a la formación profesional y cuyos elementos principales tienen que ver con una mayor importancia focalizada en la atención primaria como mecanismo para fortalecer la promoción, conservación y recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad. Otros aspectos a considerar son la inclinación al manejo ambulatorio de diversas condiciones con la consecuente disminución del tiempo de permanencia hospitalaria, el mayor valor otorgado a los procesos sociales de la medicina, tendencia decreciente a un menor ejercicio liberal de ésta, y una mayor participación y responsabilidad por parte de la comunidad en factores determinantes de la salud. Los planteamientos de Abraham Flexner seguirán retumbando en los oídos de los encargados del diseño de planes educativos en medicina y deberán ser considerados entre los retos y los desafíos de la educación médica como factor social (Pinzón, 2008).

Otro momento crucial de la educación médica es el referente a la cumbre de Edimburgo de 1993, que plantea 22 recomendaciones para la acción, entre las cuales se destacan la unión que debe existir entre la educación médica y los sistemas de atención en salud, equilibrio entre los profesionales de salud en formación y las necesidades de la comunidad, sistemas de salud equitativos, accesibles y efectivos para todos, formación racional de especialistas consecuentes con las demandas de la población, formación de profesionales de la medicina con capacidad de anticiparse y de responder y comprender a los fenómenos demográficos, epidemiológicos y conductuales que afectan a las poblaciones, teniendo en cuenta las nuevas enfermedades sociales producto de la violencia, la drogadicción y la desintegración familiar, superar las diferencias sociales y técnicas de la formación médica para la atención de enfermedades devastadoras como el sida, correspondencia de la evaluación médica con los objetivos educacionales, misionales y de programa curricular, criterios y procedimientos de admisión del estudiante consecuentes con la misión, y capacidad institucional,

compromiso social y técnicas de valoración actitudinal, elección de docentes profesores por capacidades docentes y habilidades comunicativas, más que, por sus capacidades investigativas biomédicas. Vinculación de los estudiantes como agentes poderosos de los cambios educacionales donde los receptores activos del proceso con la sociedad, la institución, el cuerpo docente, y los estudiantes. Preparación médica en diversidad de ciencias que le permita al médico mantenerse actualizado en los saberes científicos entendiendo la importancia de éstos en su ejercicio. Impregnación de valores fundamentales y principios morales con los subsecuentes resultados de humanización médica y mejoramiento en la atención a comunidades de pacientes. Utilización de estrategias y métodos de aprendizaje basado en problemas, de tal manera que, desarrolle la capacidad de análisis, síntesis y evaluación, cualidades necesarias para solucionar problemas clínicos correspondientes con las necesidades contextuales. Racionalizar la información y evitar la sobrecarga en los programas de formación médica, planificación adecuada de la educación médica continuada, aprendizaje multiprofesional donde se adiestre por grupos vinculando a todos los profesionales de la salud, lo que contribuye al trabajo en equipo y colaboración del trabajo médico con otros profesionales de la salud afines, redundando en beneficio para la comunidad. Participación de la comunidad en la educación médica. Mejoramiento de las habilidades de comunicación de la comunidad médica con sus pacientes, con el fin de disminuir la insatisfacción de los pacientes y del público en general. Posibilitar al estudiante un contexto más real de los problemas de salud en escenarios médicos y no médicos. Entender que la educación médica debe estar basada en las poblaciones a las cuales va dirigida y que no se puede pasar por alto el contexto epidemiológico de la salud de un paciente y su predisposición a una enfermedad. Tener en cuenta la importancia de la formación de una asociación que incluya representantes de todas organizaciones.

Todos estos son los cambios propuestos y las provocaciones que tendrá que afrontar la educación médica del siglo XXI para que el profesional médico tenga una formación holística y cumpla ciertamente un papel técnico, social, y ético que soslaye el dinamismo de su entorno (Fisher, 1999).

Manifestaciones sociales de la educación médica

La educación médica se encuentra en estrecha relación con las políticas económicas y filosóficas en los ambientes sociales donde se encuentra inmersa. Es evidente que es un subsistema social resultado de las necesidades de salud de las poblaciones y que busca dar respuesta a la cultura, sistema político, particularidades de los individuos que constituyen el grupo poblacional, intereses económicos, factores de riesgo y desarrollo productivo de la estancia social, conectada con el resto de subsistemas sociales. Los modelos de atención en salud y los efectos sobre las instituciones educativas enfocadas a la formación médica son el resultado del enfrentamiento de variados protagonistas sociales en compromiso con políticas públicas de estado (Vicedo, 2002).

Ribeiro (2001) dice:

“Al considerar la escuela médica como un espacio social se fortalece el supuesto de que se encuentra bajo la influencia de diversos intereses de la sociedad, siendo capaz ella misma, como actor social, de contribuir a su vez a la transformación de la sociedad. Esto implica reconocer que ni la escuela por sí sola será capaz de transformar los servicios mediante la acción de los profesionales que forma, ni está subyugada ni irremediamente sometida a los intereses que moldean el perfil de sus egresados y condicionan sus prácticas”.

El texto citado plantea desde una visión analista que los espacios educativos en combinación con los servicios de salud en una relación horizontal son escenarios susceptibles de transformación de la práctica médica (Declaración de Edimburgo, 2000).

La manifestación social de la educación médica se materializa en los planteamientos revisados desde la educación primitiva hasta la cibernética. Como fenómeno social es cambiante, dependiente de la evolución cultural, política y económica de los pueblos. Está regida por un marco legal en correspondencia con las acciones de los actores involucrados y se sustenta en los planteamientos teóricos que rigen la sociología de la educación general respecto de la división de la sociedad en clases sociales. Young en la sociología interpretativa con la organización jerárquica del conocimiento y que se complementa con los planteamientos teóricos de la resistencia planteada por Willis y Giroux invitan a la confrontación para generar posibilidades de cambio y finalmente, las condiciones de vida del grupo social; esto es lo que diferencia la práctica educativa reproductora y transformadora. Es necesario incluir dos variables que tienen que ver con los diferentes grupos étnicos y el género que han sido determinantes en la división del trabajo y en las oportunidades igualitarias para todos sin ningún tipo de discriminación, siendo necesario buscar sincronismo entre etnicidad, género y estrato social (Hernández, 2007).

Conclusiones

En concordancia con Triviño, Sirhan, Moore y Reyes (2009), *“la excelencia en la calidad de la enseñanza es esencial para cumplir con rigor la labor de las Escuelas de Medicina, la formación de médicos competentes y responsables del cuidado de la salud de los pacientes depende en gran medida de la calidad de la formación docente. Esta debe ser centrada en el estudiante y que trate de garantizar el aprendizaje efectivo”*. Es pues, tarea de todos los representantes generar un diálogo concertado que intente resolver los problemas de la educación médica como punto de partida para un ejercicio médico decoroso y un beneficio social equitativo basado en los principios universales de Estado social de derecho que proponga el fortalecimiento de servicios y garantice derechos esenciales para mantener condiciones y niveles dignos de vida que permita la participación plena de los individuos en la sociedad.

Es momento para reflexionar acerca de la educación médica, acoger las propuestas que favorecen el desarrollo positivo de la formación de los médicos del futuro basados en la experiencia y en los aportes de Abraham Flexner y los planteamientos de la Convención de Edimburgo y descartar los modelos equívocos que empobrecen y detienen el avance científico y académico de una profesión que ha aportado a la humanidad más aciertos que desaciertos.

Financiación

Esta publicación no fue financiada por ninguna institución pública ni privada.

Declaración de conflictos de interés

Las declaraciones y afirmaciones realizadas en este artículo comprometen únicamente a la autora y no a la Universidad Nacional de Colombia, o a la Revista electrónica **MORFOLIA**. La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

Álvarez R. La salud pública en Cuba. En: Temas de medicina general integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001, vol. I. p. 1-3.

Cumbre mundial de educación médica. Declaración de Edimburgo 1993. Revista Cubana de Educación Médica Superior 2000;14(3)270-83.

Duffy T. Historical perspectives in medical education. The Flexner Report — 100 Years Later. Yale Journal of Biology and Medicine 84 (2011), pp.269-276

Fisher JE. Flexner and the whole-time system: the second Flexner report and the whole time system in American academic surgery. Am J Surg 1999; 178: 2-13.

Franco M, Navarro L. La Educación Médica: ¿Un fenómeno social? Medicentro 2004;8(4 Supl 1).

Hernández A. (2007) Sociedad y Educación: Desde una perspectiva sociológica.

Hobsbaw E. Industria e imperio, Ariel-Historia, Seix Barral, Barcelona, 1977, pp. 84-85.

Martínez O. La Historia de la Educación Médica. Revista Mexicana de Anestesiología. 2007, Vol. 30. Supl. 1, Abril-Junio 2007. pp S249-S250.

Ontiveros MT, Mendoza ME. Sociología I. Disponible en: www.conevyt.org.mx/bachillerato/material_bachilleres/cb6/5sempdf/sociologia1pdf/so_ciol1_501.pdf [Consultado el 17 de octubre de 2014].

Pinzón C. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Educación y práctica de la medicina. Acta Médica Colombiana. 2008. Vol. 33 No.1.

Ribeiro O. La enseñanza de la medicina como campo de transformación en: Educación Médica en transformación, Tesis de Doctorado presentada en el Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003. 306p. Capítulo 1, incisos 1.1 y 1.2.

Triviño X, Sirhan M, Moore P, Reyes C. Formación en educación de los docentes clínicos de medicina. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Nov [citado 2017 Oct 23]; 137(11): 1516-1522. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001100018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001100018>.

Vicedo A. Abraham Flexner pionero de la educación médica. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Revista Cubana Educación Médica Superior 2002;16(2):156-63.

