

## ENFOQUES Y PROBLEMAS EN EDUCACION BASICA

DR. RAUL PAREDES MANRIQUE\*

Durante gran parte del presente siglo se ha orientado la enseñanza de la Medicina con dos criterios que no siempre van bien equilibrados: enseñanza de los más altos niveles científicos vigentes en cada época y enseñanza de la práctica médica requerida para atender los problemas de salud de un país o de una región.

El primer criterio busca dar a la práctica médica fundamentos científicos acordes con los nuevos conocimientos de Física, Biología, Bioquímica, Fisiología. Cumplir esta meta requirió selección de estudiantes orientados hacia la ciencia, profesorado de gran dedicación a la investigación y a la docencia, dotación de equipos refinados y costosos.

El criterio de formar médicos orientados de manera primordial a la atención de los problemas de salud de la población marca el acento en métodos de diagnóstico y de tratamiento que puedan ser aplicados con facilidad en las condiciones sociales y económicas reales de diversas comunidades y personas. Este enfoque implica combinar armoniosamente la medicina para

las personas con la medicina para las comunidades, desarrollar la epidemiología clínica en sus diversas ramas y orientar la enseñanza en consecuencia con la organización de diferentes servicios de salud.

A continuación se analizarán algunos problemas que ocurren cuando se aplican estos criterios frente a otros factores que afectan la educación médica.

Durante la primera mitad del siglo fue posible el equilibrio de los enfoques de la medicina científica y de la práctica médica al alcance de la población. El crecimiento de los conocimientos médicos de aplicación inmediata al ejercicio profesional se había mantenido dentro de proporciones accesibles con facilidad y aún no se exigía con la fuerza necesaria la ampliación de la cobertura de los servicios ni la extensión de la justicia social al campo de la salud. En esta situación un tipo casi único de médico se consideraba suficiente para atender la mayor parte de los problemas de salud dentro del marco de pequeños servicios estatales y privados distribuidos sin criterio funcional. Fue la época del médico general y de la familia, cuya formación se basaba en textos casi siempre

---

\* Profesor Asociado y Emérito - U.N.

únicos e invariables de las ciencias básicas y clínicas. El contenido de estos textos era comprensible por los estudiantes de la mayor parte de los países y la enseñanza de la Medicina se limitaba a este material. No se requería numeroso personal docente de tiempo completo y los costos del proceso eran limitados.

Los problemas que se afrontan en la actualidad se iniciaron después de la II guerra mundial, cuando la expansión acelerada de los conocimientos científicos y su rápida aplicación a la práctica médica se combinó con la exigencia de extender los servicios de salud a una población cada vez más numerosa. Los costos de la atención médica se multiplicaron varias veces a medida que aumentaron las demandas de servicio y que introdujeron costosas y complejas tecnologías en la práctica de los hospitales y consultorios (7). El impacto sobre la educación médica no fue menos serio; se requirió formar profesionales en mayor número, capacitados para conocer y aplicar la medicina científica moderna, entender al paciente como enfermo y como persona en su medio social, participar en extensos programas de atención de comunidades. Obviamente estos superhombres no existen y fue necesario recurrir a la formación de especialistas en tal número y variedad que en algunos países desapareció el médico tradicional, lo que no satisface a los usuarios institucionales.

La solución del problema de formación del personal médico que cada país requiere ha sido planteado a las escuelas médicas y se han ofrecido diversas fórmulas. He aquí algunas:

— Formación de profesionales capacitados para trabajar en condiciones técnicas precarias y no preparados ni motivados para ejercer en un nivel científico alto. Para algunos administradores de la salud pública este modelo tendría las ventajas de trabajar contento en áreas rurales, de producir pocos gastos y de no tener interés en especializarse o emigrar. La calidad de servicios que esto implica contrasta con la medicina científica, moderna y con la responsabilidad de la sociedad en la salud de la población. Fuera de que la difusión de las comunicaciones mostraría a los usuarios descontentos las diferencias de calidad.

— Formación de asistentes médicos con dos o tres años de estudios universitarios. Este modelo ha contribuido a la ampliación de la cobertura en sistemas de salud estrictamente jerarquizados que impiden el trabajo independiente de este personal.

— Capacitación de equipos de personal médico y paramédico en delegación y referencia de funciones. Se espera que esta fórmula facilite la ampliación de la cobertura sin deterioro de la calidad, siempre que la fase educativa del proceso sea muy cuidadosa y que los equipos operen dentro de una organización apropiada de los servicios de salud (2).

— Continuación de los programas de formación de médicos generales "mejorados", complementados con los de especialistas. Esta fórmula ha sido adoptada por numerosas escuelas del mundo, a pesar de la dificultad para definir los distintos tipos de profesional requeridos por las diversas variedades de servicios de salud. Al

lado de esta orientación se observa cierta tendencia a abreviar la carrera médica, a veces sin un cambio radical en la metodología de la enseñanza. Es obvio que la disminución de los años de estudio médicos también implica aumento de la oferta de profesionales y desempleo si no se está en capacidad para atenderla.

La adopción de mezclas de algunas de estas fórmulas ha producido una situación confusa, con importantes desigualdades entre los egresados de distintas escuelas y perplejidad de los usuarios para la utilización de los profesionales. Aquí pueden originarse las frecuentes quejas sobre "mala preparación de los médicos para atender las necesidades del país", expresadas en varios países por instituciones públicas y privadas. Gran parte del problema reside en la dificultad para formular planes de estudios médicos general, especialistas y subespecialistas cuyos roles no tienen definiciones claras. Esta dificultad es mayor en la enseñanza de pregrado, dirigida a formar un profesional no especializado, con capacidades múltiples y que sea bien utilizado por los usuarios. Lo último suele no ocurrir porque, además, el prestigio de especialistas y subespecialistas es creciente entre un público cuyo juicio está afectado por los medios que solo destacan la noticia sensacional de los últimos equipos de alta tecnología, trasplante de órganos, cirugía de gran complejidad, etc. De aquí resulta en buena parte el poco empleo del médico general y las presiones para que se especialice. Tales presiones en algunos casos y, en otros, las necesidades de los servicios de salud, han llevado a la especialización precóz durante los estudios médicos y a la

multiplicación de los programas de post-grado. Persiste, sin embargo, la aspiración de conservar un modelo de médico no especializado que equivalga al ideal hipocrático. Por otra parte, la inconformidad con la atomización del ejercicio de la medicina ha conducido al estímulo de especialistas más polivalentes, como es el caso del internista general (9).

Además de los problemas comentados, que se refieren a la formación de personal para las necesidades actuales, los educadores médicos deben tener en cuenta que ese personal va a estar activo durante 30 o 40 años más y que durante ese lapso los conocimientos y tecnologías de la Medicina tendrán varias renovaciones cada vez más difíciles de comprender por profesionales que fueron educados sólo para poner en práctica los conocimientos vigentes durante sus años de estudios. Ya no es necesario documentar el fenómeno de la renovación acelerada de los conocimientos científicos: basta observar sus efectos en la gran demanda de los cursos y conferencias para "ponerse al día" y las dificultades para comprender el lenguaje de las publicaciones médicas corrientes. Al respecto debe anotarse que los programas de educación continua tienen buenos resultados cuando la audiencia está capacitada para comprender los nuevos conocimientos y el lenguaje en que se expresan; de otra manera tendrán que limitarse a transmitir fórmulas y conductas rígidas que pueden covertir a profesionales de nivel universitario en semi-autómatas poco eficientes por la rigidez que esto conlleva.

La necesidad de preparar al estudiante de medicina para el cambio futuro y

para la atención de personas y comunidades toca un problema de gran importancia en la metodología de la enseñanza: se trata de capacitar para identificar y resolver problemas, más que de impartir abundantes conocimientos que pronto serán absolutos. Contrasta esta dirección con los programas de educación médica que todavía incluyen sin sonrojo largas horas de actividades teóricas que los estudiantes deben absorber pasivamente para aprobar los exámenes (2). Las publicaciones sobre el aprendizaje basado en solución de problemas, en investigación epidemiológica, en el análisis de la validez de los conocimientos médicos, son numerosas y varias de ellas están a fácil alcance de los educadores médicos (8, 4, 5, 3, 1).

Se espera que programas educativos basados en estas disciplinas, que no son nuevas, faciliten la preparación de

profesionales mejor capacitados para el futuro: adquisición de nuevos conocimientos, selección de los procedimientos apropiados y accesibles para la atención médica, comprensión de los pacientes como personas dentro de un medio social cambiante. Ampliando un poco el concepto, se trata de educar para tomar decisiones ante numerosas incertidumbres.

Finalmente, las escuelas de medicina deben desarrollar investigación científica, básica y aplicada, como componente insustituible en la formación de salud que afectan a la población. Así, la investigación no puede ser entendida como una decoración más o menos elegante sino como una actividad necesaria por sí misma y por sus resultados. No requiere siempre equipos complejos pero sí gran rigor científico que sea ejemplo de método y calidad.

## RESUMEN

Se analizan los efectos del incremento de los conocimientos médicos y de las demandas de salud sobre la educación médica y los servicios. Se comentan algunas fórmulas que han sido

recomendadas para afrontar estos problemas y, finalmente, se sugieren algunos métodos docentes para atender a la frecuente y rápida renovación de los conocimientos científicos.

## REFERENCIAS

1. Barrows H.S., Tamblyn R.M.: *Problem-Based Learning*. Springer, N. York, 1980.
2. Culliton B. J.: *Medical Education Under Fire*. Science 226:419-420, 1984.
3. Feinstein A. R.: *Clinical Judgment*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1967.
4. Fletcher R.H., Fletcher Z.W.: *Clinical Epidemiology: A New Discipline for and Old Art*. Ann. Intern. Med. 99: 401-402, 1983.
5. Griner P.F. et al.: *Selection and Interpretation of Diagnostic Tests and Procedures*. Ann. Int. Med. 94: 453-600, 1981.

- 
6. Minsalud-Ascofame: Estudio experimental de servicios de salud en Colombia. Métodos y Resultados. Bogotá, Julio 1974.
  7. Relman A.S.: Technology Costs and Evaluation. N. Engl. J. Med. 301: 1444-1445, 1979.
  8. Reuler J.B. Nardone D.A., Elliot D.L., Girar D.E.: Education for Clinical Medicine: An Annotated Bibliography of Recent Literature. Ann. Inter. Med. 97: 624-629, 1982.
  9. Tarlov A.R.: Academic General Internal Medicine. Ann. Intern. Med. 96: 239-240, 1982.