

EDUCACION MEDICA

LA REFORMA CURRICULAR PARA EL SIGLO XXI

Dr. Julio Enrique Ospina
Director Ejecutivo
ASCOFAME

INTRODUCCION

La educación médica, la práctica de la medicina y las circunstancias socio-económicas que la humanidad vive, son situaciones históricas que actúan de consuno. La demanda de servicios básicos de la humanidad es la consecuencia de múltiples circunstancias evolutivas de la sociedad contemporánea que cada día exige con mayor firmeza, bienestar individual y colectivo. En el mundo entero, se estudian mecanismos que permitan la extensión de la seguridad social a todos los ciudadanos bajo conceptos de equidad y eficiencia.

En los últimos 20 años, la profesión médica ha oscilado entre extremos que van desde el populismo propuesto por aquellos que consideran que la ciencia y la calidad son la antítesis de la justicia social, y la medicina elitista propugnada por quienes han considerado que la ciencia y la calidad excluyen la responsabilidad social. Se dió así origen a una polarización ilógica y extremista que dividió a los líderes médicos y solo produjo esfuerzos fallidos que se reflejaron en la baja calidad de la práctica médica y en la confusión que durante años reinó en diversos ámbitos educativos.

El análisis científico, médico y sociológico de los problemas que aquejan a la medicina colombiana, debe partir de un serio estudio histórico y filosófico de los fundamentos de nuestra educación médica y sus fases evolutivas, así como de los diversos perfiles y características que ha asumido en el transcurso de los últimos 90 años.

Deben analizarse también fenómenos sociales y científicos tales como la transición o convergencia epidemiológica. En la década de los 80, numerosos investigadores médicos llamaron la atención a nuestras autoridades políticas y gubernamentales sobre los gravísimos problemas de salud que el país tendría al finalizar el siglo, debido al incremento de enfermedades crónicas, como el Cáncer y las enfermedades cardiovasculares, etc., propias de una sociedad desarrollada y la agudización de las enfermedades infecciosas tropicales, producto del atraso social. La falta de una coherente política oficial y la carencia de un análisis visionario sobre la sociedad colombiana nos han llevado a librar una guerra en dos frentes, sin tener los recursos necesarios para ganarla.

Observamos la reaparición del cólera, la agudización de la Malaria, el incremento de las enfermedades infecto-contagiosas de carácter tropical, la continuación de la desnutrición, y la triste persistencia de la violencia. Para completar el cuadro, nos amenazan de nuevo flagelos como la Tuberculosis y hace su angustiosa aparición el Sida.

Todos estos fenómenos se han reflejado en una falta de coherencia en los diferentes programas de la educación médica del país y naturalmente, en los diversos estilos y modalidades de la práctica médica. Las Facultades de Medicina, el médico y los gremios han perdido liderazgo porque al no comprender por deficiente análisis, los graves problemas sociales y los profundos cambios que nuestro país sufre, y al no querer aceptar que sus problemas individuales son la consecuencia de los que padece nuestra sociedad entera, han asumido una actitud elitista y alejada o populista y sesgada.

La realidad actual de Colombia, el tránsito de un sistema de asistencia pública en salud a otro de seguridad social y las ineludibles consecuencias que este paso tiene sobre la vida del país durante por lo menos los próximos 50 años, exigen un replanteamiento en nuestros programas de educación médica por medio del cual nuestras Facultades de Medicina encuentren el equilibrio necesario para formar el médico que corresponde a un país moderno, con más igualdad y justicia social, menos violento, más equilibrado y tolerante.

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Desde 1.636, época en la cual se inició la primera cátedra de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario hasta la época, la educación y la práctica médica del país ha tenido un atraso en relación a naciones más desarrolladas o de nivel similar al nuestro, que oscila entre 60 y 100 años. En sus albores (1.636), la docencia médica se fundamentó en una filosofía orientada a la defensa de la religión y el rey, como era propio de una época en la cual ya se habían cimentado los intereses coloniales de España. Este embrión de docencia médica fracasó muy pronto debido a su incapacidad para otorgar títulos y transcurrieron 165 años antes de que las teorías del despotismo ilustrado de los Borbones, introducidos en nuestro territorio alrededor de 1.760, se reflejaran en el establecimiento oficial de la primera cátedra de medicina en el año de 1.801, también en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. La estructura curricular establecida en 1.801 fué exactamente la misma que casi 50 años antes se implantó en España gracias a las teorías ilustracionistas de Jovellanos. Vale la pena mencionar que los fundamentos filosóficos de esa docencia médica seguían siendo Hipocráticos y Boerhavianos, ya atrasados aún para la época. La creación de la Universidad Central en 1.826 y la organización en la misma época de la Facultad de Medicina, significaron un gigantesco paso adelante en nuestra evolución docente. Sin embargo, la estructura curricular en la Facultad de Medicina reflejó una mezcla de Hipócrates y las teorías del

despotismo ilustrado de 80 años antes, del enciclopedismo francés y del corte docente napoleónico. Se había logrado la independencia física, más no la mental y la introducción del positivismo a nivel mundial en la década de 1.820 al 30 no ocasionó ningún impacto en la organización educativa y científica de nuestra sociedad.

No todo fué negativo y en este sentido se debe mencionar el movimiento médico de la década de 1.860 a 1.870 liderado por el Dr. Antonio Vargas Reyes, que rescató la calidad científica en la formación del médico y su práctica ante el desorden creado por la charlatanería y el empirismo, a su vez, producto de la Ley del 15 de Mayo de 1.850 que abolió los títulos universitarios y permitió el ejercicio de las profesiones sin diploma y con base en la experiencia, sin la debida acreditación. Predominó en aquella época la mentalidad radical que introdujo en nuestro medio el libre cambio y las libertades totales, en un heroico esfuerzo por cortar de raíz los vínculos mentales con la colonia. La creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en 1.867, fué la consecuencia de una decisión gubernamental por rescatar la calidad y la ciencia en la formación del médico, evitando el elitismo o el empirismo. Esta Facultad sin embargo, organizó su estructura curricular con una filosofía similar a la seguida por la Universidad Central en 1.826. Los planteamientos positivistas sobre la ciencia y la educación, aunque conocidos por el Dr. Vargas Reyes y su equipo de colaboradores, fueron ignorados.

Unicamente a finales del siglo XIX y principios del XX comenzaron a observarse los primeros intentos de medicina científica e investigativa basados en el positivismo. Por primera vez observamos en nuestras Facultades de Medicina la creación de laboratorios de investigación en Microbiología, Fisiología, Química, etc.

Entramos ahora a mencionar las tres influencias cruciales que ha tenido la educación médica colombiana en su desarrollo evolutivo:

Misión Francesa. 1.931.

Organizada la visita por el Gobierno Nacional, esta Misión hizo una evaluación de la docencia médica en la Universidad Nacional. Sus orientaciones establecieron en nuestro medio la estructura pedagógica de ese país, lo que en forma muy ecléctica unió los diversos movimientos educativos médicos en pugna con el concepto positivista de la ciencia. Uno de los logros más importantes fué el afianciamento de la formación humanista del médico y por ende, su estructura ética. Su influencia se prolongó hasta poco después de la segunda guerra mundial.

Misión Médica Unitaria Norteamericana. 1.948

Esta Misión introdujo el esquema Flexner para la Educación Médica en nuestro país. Encontró que el Modelo universitario y hospitalario francés estaba desueto, no existía una adecuada reglamentación del internado, la atención hospitalaria era deficiente, la enseñanza era predominantemente oral y la investigación era mínima. Observó la ausencia de claridad en la formación del post-grado, que la salud pública se enseñaba de acuerdo con las bases de higiene de la clínica francesa, ya superada según su concepto. A partir de esa época, se hicieron cambios en la metodología didáctica, se disminuyó el número de estudiantes, se organizaron laboratorios de investigación y bibliotecas más adecuadas.

Segunda Misión Norteamericana. 1.953.

Solicitada por la Universidad Nacional de Colombia, esta Misión afianzó el esquema docente Flexner a nuestro medio y propuso un programa con materias integradas esquematizadas en dos años de Ciencias médicas básicas, un año de estudios pre-clínicos y tres años dedicados a la Clínica. Propuso

el séptimo año de internado hospitalario y estableció las bases de una Medicina de carácter eminentemente hospitalaria. Hizo además, las siguientes sugerencias:

- a. Creación de Consejos Directivos en las Universidades colombianas con autoridad para nombrar Rectores.
- b. El establecimiento de un Consejo Directivo en cada Escuela de Medicina.
- c. Departamentos individuales en cada uno de los principales campos de la Medicina.
- d. Decanos seleccionados por Rectores y profesores de Medicina y recomendados en los Consejos Directivos.
- e. Hospitales controlados por las Escuelas de Medicina.

Se aconsejó la organización de una Asociación Nacional de Facultades de Medicina, recomendación que dió origen a ASCOFAME.

EDUCACION MEDICA Y SOCIEDAD

Al ser la educación médica y la práctica de la medicina funciones sociales, continuamente moduladas por fenómenos políticos, tales como la estructura del Estado y su modelo económico, es necesario analizar nuestro entorno y tomar las referencias que nos dan los más recientes hechos en este campo.

El derrumbe del materialismo histórico como solución política de los problemas socio-económicos de las naciones, no significa el triunfo del utilitarismo económico. Los problemas sociales no han desaparecido, por el contrario,

tienden a agravarse ante la indiferencia y egoísmo de grupos sociales o individuos, que anteponen la satisfacción de sus deseos al bienestar de sus semejantes.

Enfrentamos fenómenos indisolubles que marchan en conjunto motivados por situaciones socio-ambientales nada abstractas como la inequidad y el progresivo acúmulo de carencias, o sea la llamada deuda social. Dentro de este contexto, la formación del médico no puede dar la espalda al medio social en que el profesional se capacita y practica. Al darse lo contrario, cometería el error de formar un médico elitista, ajeno a los replanteamientos que una sociedad en crecimiento siempre necesita.

Sin embargo, en este proceso no se debe pecar de simplicidad o ingenuidad al pretender que la responsabilidad social de la medicina, significa la estructuración de un médico pobre para un pueblo pobre. Se caería en el extremo opuesto a la elitización, tan funesto como aquella.

La educación en medicina está íntimamente ligada a los procesos de desarrollo, entre los cuales tiene primordial importancia el científico y el tecnológico, cuyo impacto sobre las ciencias de la salud es de una magnitud todavía incomprendida.

Su desenvolvimiento modificó el quehacer laboral del médico al promover la masiva disponibilidad de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos. Su impacto institucionalizó la práctica de la medicina, introduciendo el factor institucional en la relación médico-paciente. Este ha sido el golpe me muerte dado a la medicina liberal, la cual paradójicamente, sigue siendo la meta predilecta de nuestros estudiantes de medicina. Ha modificado también los criterios de la ética profesional, al hacer su aparición el factor institucional y el consecuente distanciamiento entre el médico y el paciente. En resumen, la influencia del factor tecnológico en la práctica médica demanda un nuevo marco educativo, que considere la tecnología

como lo que es, o sea una excelente herramienta en el quehacer médico completamente neutra, buena o mala de acuerdo con su uso o abuso. Esta orientación curricular debe fundamentarse en la ciencia, una de cuyas funciones es humanizar la tecnología.

Los problemas creados por los avances científicos, principalmente en Genética, Bio-ingeniería, Microbiología, etc. exigen el equilibrio moral que la desnuda tecnología no ofrece y que la ciencia y la ética permiten.

La meta del médico es la dignificación del hombre, proceso en el cual encuentra su realización profesional. La deshumanización del médico es uno de los síntomas más graves que presenta una sociedad en peligro. Además de las causales éticas y morales que tiene este fenómeno, existe también la pérdida del concepto integral del hombre y la obligación de servir. A esta crisis ha contribuido el materialismo social y también el histórico cuyos conceptos llegaron a afirmar que hablar del hombre en singular y como concepto, es una mistificación.

En la formación del médico, por consiguiente, debe existir la historia de la medicina como concepto integral de la evolución histórica del hombre, analizada y estudiada bajo contextos universales y nacionales. La historia de la ciencia, sus raíces antropológicas y sociales, sus bases humanísticas, sus etapas positivista y marxista, sus relaciones filosóficas con la evolución del hombre, permitirá al médico comprender la explosión tecnológica que caracteriza nuestro siglo capacitándolo para utilizar la técnica en aras del beneficio del hombre, individuo o colectividad.

Como orientadores de un proceso de educación, propendemos para que el médico asuma un compromiso total con los derechos humanos y su aplicación como un código de conducta e interdependencia, que acepte los derechos de los pobres enumerados en la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos, que haga indisoluble asociación entre moral individual y social, que humanice la ciencia y la tecnología, que auspicie el conocimiento y la práctica de los Derechos de los Enfermos, que universalice el derecho a la salud, entendiendo ésta, como el bienestar material y espiritual del hombre y la sociedad.

LA CRISIS DEL POSITIVISMO Y EL FLEXNERISMO

Comte, con la filosofía positivista, quiso darle a la ciencia la capacidad del conocimiento absoluto, en la búsqueda de una sociedad, basada en la racionalidad. Solamente así podrían ser erradicadas la miseria y la violencia. El poderío económico de una determinada sociedad estaría regido por el avance científico. Se desarrolló entonces un esquema educativo mecano - positivista, tendiente a la producción tecnológica. Esta filosofía permitió el crecimiento económico y el desarrollo de las grandes invenciones y tecnologías que hoy maravillan al mundo moderno. No ha disminuído sin embargo, la injusticia o la pobreza, ni erradicado la violencia. La tecnología, sin el control de la ciencia, ha olvidado al individuo y su entorno y la satisfacción de sus necesidades básicas, emocionales y físicas.

Se discute hoy en día la naturaleza de la lógica paradógica que no se basa en la sincronidad que algunos atribuyen al positivismo, y que permite comprender y aceptar el pensamiento holístico, intuitivo y atemporal, no considerado por el esquema educativo positivista. Por otra parte, según T. S. Kuhn, es la crisis de los paradigmas la que propicia el desarrollo científico. Los descubrimientos de la geometría fractal, la física cuántica, los sistemas caóticos, obligan hoy en día a replantear el pensamiento mecánico positivista, por medio de una visión del hombre, la comunidad y su entorno.

El esquema Flexner, la consecuencia de una visión positivista de la educación médica, con indiscutible éxito en la fundamentación científica de la calidad de la misma, se desfiguró en una estructura tecnológica mecánica-positivista que al desdeñar al individuo y su entorno, indujo a una formación médica elitista y sin raíces sociales.

En el mundo entero, por consiguiente, se estudia un nuevo paradigma en la educación médica que restituya el equilibrio perdido, que le retorne a la ciencia su papel rector sobre la tecnología, colocando a esta última en el neutro y útil lugar que le corresponde pues la ciencia, es una garantía de calidad en la formación médica y del racional uso de la tecnología.

EL MEDICO INTEGRAL

La Ley de Seguridad Social de 1.993 obliga a los educadores médicos a replantear sus orientaciones, métodos y procedimientos. Las metas de eficiencia, equidad y universalidad, permitirán el desarrollo de una sociedad con adecuada cobertura en salud y un mínimo de justicia social. El médico que esta Ley y el país necesita no puede ser el producto de un planteamiento mecánico tecnológico. Su formación debe ser integral, sumando a lo científico (garantía de calidad) lo humanístico y sociológico.

El médico integral encontraría su expresión en médico general y familiar, con bases científicas, perfil humanista y compromiso social.

PLANTEAMIENTO ESTRATEGICO DE ASCOFAME

ASCOFAME tiene el deber de presentar al país propuestas innovativas y originales que contribuyan a nuestro desarrollo y estabilidad social y que tengan como punto de apoyo, las nuevas realidades socio-políticas que caracterizan nuestra época.

Nos parece conveniente iniciar desde ahora un proceso estratégico que en el término de 18 meses, de origen a propuestas muy concretas de las Facultades de Medicina para la nueva estructura curricular en la formación del médico que el país demanda, y en la cual es necesario establecer un derrotero. Es el momento histórico de mostrar el liderazgo colegial de nuestras Facultades de Medicina, en un proceso de renovación curricular que beneficie al nuevo país y sea un punto de partida para las nuevas promociones de profesionales de la medicina.

Proponemos la siguiente programación estratégica como política conducente a la discusión, análisis y publicación de una propuesta de ASCOFAME para una renovación curricular que además de la programación académica, incluya capítulos importantes como los procesos de acreditación de las Facultades de Medicina, Convenios Docente-Asistenciales, Ciencias Básicas y Calidad, Medicina General, Medicina Familiar, y la nueva Ley de Seguridad Social.

1. Fecha Límite: Julio 10 de 1994.
Elaboración y presentación de una encuesta dirigida a los Sres. Decanos, Jefes de Educación Médica y profesores de las Facultades de Medicina del país sobre los temas anteriormente considerados.
2. Fecha Límite: Julio 11 de 1994.
Envío de la Encuesta a las Facultades de Medicina.
3. Fecha Límite: Agosto 10 de 1994
Inicio del estudio de las Encuestas por ASCOFAME e inicio de la elaboración de conclusiones.
4. Fecha Límite: Septiembre 8-9 de 1.994
Consejo Directivo de Ascofame sobre Renovación Curricular.

5. Fecha Límite: Noviembre 15 de 1994
Elaboración de las conclusiones y publicación de las mismas para ser distribuidas a todos los Miembros del Consejo Directivo de Ascofame, Jefes de Educación Médica y miembros del Consejo General de Educación Médica de Ascofame.
6. Fecha Límite: última semana de Febrero de 1995 (dos días)
Reunión del Consejo General de Educación Médica de Ascofame para estudiar las conclusiones enviadas para análisis en Noviembre de 1994.
7. Fecha Límite: Junio 15 de 1995
Gran Foro Nacional sobre Educación Médica, Desarrollo Social y el siglo XXI, con participación de representantes de la docencia médica de Norteamérica y Europa a quienes desde Marzo de 1995 se les enviarán las conclusiones del Consejo General de Educación Médica, documento base de este gran Foro Nacional.