

Reeducando la medicina en Colombia

Parte II: Necesidad de contextualizar el pregrado médico con la Colombia actual: "de la necesidad a la realidad"

Artículo de Opinión

Lina Maryudi Rodríguez López¹ 

1 Lina Maryudi Rodríguez López*, MD.; Magister Economista en Salud - Pontificia Universidad Javeriana - PUJ; Epidemióloga Clínica - Universidad Autónoma de Bucaramanga - UAB; e-mail: linismrl@gmail.com

Historia del Artículo:

Recibido el 1 de julio de 2021

Aceptado el 10 de julio de 2021

On-line el 27 de julio de 2021

Realidad Vs. Expectativa

Para continuar con nuestro anterior recorrido histórico y normativo de la educación médica en Colombia a través de la historia, ahora contrastada con la 4ta. revolución industrial que nos atañe, actualmente concebimos a la medicina como una profesión y no como un oficio. La medicina como profesión está compuesta por un conjunto de personas que se reservan para sí el derecho a juzgar la calidad de su propio ejercicio y a establecer sus propios estándares de calidad, lo cual, los hace autónomos y ser reconocidos por la sociedad, además, de ser acreedores de la confianza de sus congeneres, basada en tres preceptos; La maestría, el altruismo y la autorregulación.

El profesionalismo y la conducta ética, son indispensables para la práctica de la medicina, lo cual incluye no sólo conocimientos y habilidades médicas, sino el compromiso, de respetar un conjunto de valores compartidos con los colegas, la autonomía para señalar y hacer respetar esos valores, y las responsabilidades inherentes a ellos.(5).

La medicina se enfrenta a la incertidumbre del comportamiento impredecible del ser humano como un sistema caótico y de extrema complejidad. Una profesión que se enfrenta a la incertidumbre es aquella en la cual sus miembros no controlan el resultado de su trabajo. Como profesión probabilística, la incertidumbre juega un papel importante, lo que significa trabajar desde el riesgo, nunca desde la certeza. Por ello, es acertado el concepto de *Sir William Osler* cuando afirmó, hace más de cien años, que: "La medicina es el arte de manejar la incertidumbre y la ciencia de la probabilidad".(12) La medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades.(1).

Concebimos la educación médica como una formación y una verdadera educación, no como un simple "entrenamiento". mas allá de un sistema pedagógico, es una actividad universitaria, en la que se pretende formar un médico con fundamentos en las ciencias biológicas y en el método científico, Y con profundo sentido de responsabilidad social, de esta forma la educación médica es un proceso que dura toda la vida. Tradicionalmente, la educación médica de pregrado se concibe

* Autor para correspondencia:

Lina Maryudi Rodríguez López, MD.; Magister Economista en Salud - Pontificia Universidad Javeriana - PUJ; Epidemióloga Clínica - Universidad Autónoma de Bucaramanga - UAB. e-mail: linismrl@gmail.com

Cómo citar:

Rodríguez López. Reeducando la medicina en Colombia. S&EMJ. Año 2021; Vol. 3: 177-179.

en términos de cursos y currículo, tanto en lo explícito como el oculto, el cual ejerce una influencia muy significativa, toda vez que el mensaje implícito que se deriva de las actitudes y los valores que transmite el profesor modelo, es un vasto ambiente cultural transdisciplinario dentro del cual opera el currículo formal.(2)

La educación médica es el proceso de formación de los médicos, subordinada a las estructuras económicas y sociales dominantes en las sociedades en las cuales se lleva a cabo por encima del bien propio la beneficencia en favor de los pacientes, de esta forma La educación galénica debe darse en el marco de un ambiente universitario, en el cual se sienten las bases científicas, culturales y humanísticas. Los escenarios clínicos de diferentes niveles de complejidad son fundamentales para la educación médica; sin embargo, una educación exclusiva en estos escenarios no solo afectaría el profesionalismo y el carácter universal de la formación médica, sino que centraría la formación en el entrenamiento. La educación médica debe nutrirse de ciencias básicas, sociales, humanas y clínicas, y de la formación en espacios comunitarios en red; debe llevar implícita la competencia relacionada con el acompañamiento que debe brindar el médico a los individuos y las poblaciones, porque cuidar es la razón de ser del médico. La educación tiene como fin incidir positivamente en el bienestar de los individuos y de las colectividades.

En efecto, la educación médica incide primordialmente en un derecho fundamental, el de la salud de los individuos y de los colectivos, como ninguna otra disciplina del conocimiento. En consecuencia, debería tener una forma de regulación y manejo propia en manos de quienes tienen la función formadora. La educación médica debe estar anclada en los principios y la organización de la salud; al mismo tiempo, responder al progreso científico-técnico, a los principios de la pedagogía y de la educación, y debe poseer cierta autonomía relativa, que de no ser satisfecha, pueda revertirse en un factor negativo en el producto final de las facultades de medicina.(7).

En consecuencia, es necesario mejorar y ampliar los criterios de acreditación en calidad, con dimensiones en las cuales se incluyan la pertinencia y la responsabilidad social. Los principios de rigurosidad y exigencia para el otorgamiento de los registros calificados y la acreditación en calidad son innegociables, así como fortalecer el talento humano y sentido de pertenencia que en estas épocas se diluye entre la competencia galénica. El proceso debe responder a una verdadera búsqueda de la excelencia en la calidad, con periodos definidos y monitoreo permanente, dándole la oportunidad al futuro médico de ser avido no solo en conocimientos médicos, sino normativos, ya que es usual graduarse y solo tener la perspectiva clínica que si bien es la mas importante no

es la única en el contexto actual en el que se mueve el escenario laboral del futuro médico.

Necesitamos una educación basada en la empatía y clarificada en el contexto del juramento hipocrático no como un sacrificio o constante medida de juicio de valor sobre la vocación, si no como una herramienta de respeto social para el médico, que a su vez extrapole que antes que médico se es ser humano.

Necesidades del entorno

Reconocemos que en la actualidad la educación médica presenta un atraso en relación con los desarrollos modernos en salud y en los sistemas de salud, y que, en consecuencia, conduce a graduados sin pertinencia con las diversas necesidades de salud. Según Frenk y cols.:20 El currículo es fragmentado, obsoleto y estático y produce graduados mal equipados.(2). Los problemas son sistémicos; hay una descoordinación entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; deficiente trabajo en equipo; una persistente estratificación de los géneros en el estatus profesional; un enfoque técnico limitado sin un entendimiento conceptual más amplio; encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo; una predominante orientación hacia los hospitales a expensas de la atención primaria; desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional; y un débil liderazgo para mejorar el rendimiento de los sistemas de salud. Por otra parte, estos mismos autores señalan que se debe asegurar el ingreso de los médicos al mercado laboral en condiciones adecuadas a través de reformas instruccionales e institucionales que impliquen cambios tales como los aprendizajes transformacionales y la interdependencia educativa.

Finalmente lo que necesitamos en un aprendizaje transformacional en el cual se aprenda lo informativo y formativo, es decir con el primero se garantiza la adquisición de conocimientos clinicopatológicos, para la praxis clínica y con el Segundo preparar a los estudiantes en ética, valores, principios y cualidades de liderazgo. Un aprendizaje transformacional involucra tres cambios fundamentales: a) un alejamiento de la memorización de hechos en dirección a la búsqueda, el análisis y la síntesis de la información que conduzca a la toma de decisiones; b) el reemplazo de la búsqueda de credenciales profesionales por el logro de competencias esenciales para un trabajo en equipo efectivo dentro de los sistemas de salud; y c) la adopción de modelos educativos hacia una adaptación creativa de recursos globales para enfrentar prioridades locales.(8). Para lograr tal fin se requiere un cambio estructural a través de reformas institucionales que pongan en primer nivel de importancia la formación galénica y no la renta económica que de esta se genera.

El aprendizaje transformacional es el resultado que se propone a partir de las reformas instruccionales o

curriculares; la interdependencia en educación deberá resultar de reformas institucionales. Las reformas instruccionales o curriculares deberán: **a)** adoptar estrategias dirigidas a lograr competencias dentro del diseño instructivo; **b)** adaptar estas competencias a las rápidamente cambiantes condiciones locales recurriendo a los recursos globales; **c)** promover una educación interprofesional y transprofesional que vaya más allá de los silos profesionales realzando a la vez las relaciones de colaboración no-jerárquicas dentro de equipos efectivos; **d)** explotar el poder de la tecnología de la información para el aprendizaje; **e)** reforzar los recursos educativos, con especial énfasis en el desarrollo de los docentes de las facultades; y **f)** promover un nuevo profesionalismo que utilice competencias como criterio objetivos para la clasificación de los profesionales de la salud y que desarrolle un conjunto de valores en común centrados en la responsabilidad social. . La interdependencia es un elemento clave dentro de un enfoque de sistemas dado que pone en relieve las formas en que los diversos componentes interactúan entre sí. La interdependencia en educación también involucra tres cambios fundamentales: **a)** el movimiento de una educación aislada hacia una educación y sistemas de salud armonizados; **b)** el cambio de instituciones independientes hacia redes, alianzas y consorcios; y **c)** el paso de preocupaciones institucionales que buscan una mejora interna hacia el aprovechamiento de los flujos globales de contenidos educativos, recursos de enseñanza e innovaciones. Para *Frenk y cols.*: Las reformas institucionales deberán establecer dentro de cada país mecanismos conjuntos de educación y planeamiento en salud que tomen en cuenta dimensiones cruciales, tales como el origen social, la distribución de edades y la composición por géneros, de la fuerza de trabajo en salud; expandir los centros académicos para hacerlos sistemas académicos que incluyan redes de hospitales y unidades de atención primaria; insertarse dentro de redes globales, alianzas y consorcios; y alimentar una cultura de cuestionamiento crítico.

Concluyo el anterior recuento, con una invitación a la reflexión intuitiva de lo que hoy por hoy generan los modelos educativos planteados de la medicina en los futuros galenos y en que mucho de la solución social yace en la prestación un poco distante del humanismo resolutivo que necesita por estos tiempos en cada uno de los médicos, y no se trata de acarrear culpables, si no de generar perspectivas de solución frente a la necesidad formativa , específicamente si se ve desde la perspectiva del docente o del alumno.

Bibliografía

1. Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia/ Minsalud y Mineducación/2018.
2. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia.

Bogotá: Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social;2017.

3. Foro 'Presente y futuro de las especialidades médico quirúrgicas en Colombia'. Bogotá, Colombia, 19 de abril de 2017.
4. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *Am Psychol* 2003.
5. Lucchetti G, Granero-Lucchetti AL, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med* 2011.
6. Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion, and health: evidence and research directions. *Med J Aust* 2007.
7. Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B. Oxford textbook of spirituality in healthcare. Oxford: Oxford University Press;2012.