



INSTITUTO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES

**REVISTA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

ISSN: 037S-1066

Educación médica: ¿es posible cambiar?

Raúl Terán.

Tipo: Editorial

Referencias: Este artículo cita 6 publicaciones.

Forma de citación:

Terán R. Educación médica: ¿es posible cambiar?. Rev Fac Cien Med (Quito) 2006; 31 (1-2): 3 – 4.

Copyright © 2006 – Revista de la Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Central del Ecuador

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.
Instituto Superior de Investigaciones
Iquique N14-121 y Sodiro. Quito – Ecuador.
POBox: 17-6120

e-mail: rev.fac.cmm.quito@fcm.uce.edu.ec
revfcmquito@yahoo.com

Web: <http://es.geocities.com/revfcmquito>

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas no se responsabiliza de las afirmaciones realizadas por los autores.

La versión PDF de la Rev Fac Cien Med (Quito) se corresponde en contenido y paginación con la versión impresa de los ejemplares.

EDITORIAL

Educación Médica: ¿es posible cambiar?

No sólo es posible cambiar, es imprescindible cambiar. Se impone en el momento actual un proceso de innovación educativa, entendiéndose como innovación “el arte de aplicar, en condiciones nuevas, en un contexto concreto y con un objetivo preciso, las herramientas técnicas y metodológicas a nuestro alcance”.¹

Se puede hablar entonces de una “Nueva Educación Médica”. Es esta ¿un mito o una realidad?.

Nos advirtió Paulo Freire que la educación tradicional es aquella en la que los estudiantes son obligados a memorizar los contenidos dictados por el Maestro y no están llamados a saber. La educación tradicional no permite que los estudiantes practiquen procesos cognitivos. En la educación tradicional los objetivos frente a los que deberían actuar son propiedad del Maestro y no un medio que evoque una reflexión crítica tanto del docente como del estudiante. Concluye Paulo Freire mencionando que “en nombre de una preservación de la cultura y del conocimiento, tenemos un sistema que no logra ni un conocimiento verdadero ni tampoco una cultura real”.²

Nos recuerda J. Venturellix que la educación debe ser liberadora y democratizante. La educación es un agente de progreso y de liberación de los sujetos y de las sociedades en las que están insertos, por tanto el proceso educacional debe ser eminentemente democrático y liberador. Es necesario recuperar los criterios de Paulo Freire, que la educación, como práctica de libertad, y en oposición a la educación como práctica de dominación, niega que el hombre sea abstracto, aislado, independiente y sin lazos con el mundo; también niega que el mundo exista como una realidad separada del pueblo.²

La educación universitaria dura en promedio 10 años, en cambio el proceso de aprender es de toda la vida. Por tanto nos dice Venturelli³ que “la Universidad debe formar al estudiante capaz de formular preguntas y encontrar respuestas” ya que esta será la tarea de toda su vida. El proceso de educación debe estar centrado en el estudiante y no en el docente, basado en prioridades de salud, que tenga contacto con la comunidad y debe integrar información y proceso científico. Debe efectuar evaluaciones formativas que procuren mejorar el rendimiento del alumno y que permitan progreso y proyección del proceso educativo. La educación debe ser formativa. Es mucho más importante que la simple entrega de contenidos, con una consigna, “aprender a aprender”.

La educación debe ser eficiente y utilitaria. La comunidad debe ser parte del proceso de discusión y toma de decisiones. Por lo tanto, si nos atrevemos a efectuar cambios en educación médica obliguémonos a pensar que el proceso deberá realizarse en base al análisis de la realidad local para que pueda responder a sus necesidades, y desarrollarse con flexibilidad reconociendo que, en la mayoría de casos, se efectuara con los mismos actores de la enseñanza por los métodos tradicionales. Por tanto se impone que el proceso de cambio parta de la evaluación crítica y constructiva de la realidad actual y no imponer cambios forzados, los cambios deben responder a una necesidad interna, claramente definida y discutida. La educación médica moderna debe plantearse como objetivo formar un profesional del más alto nivel, que sea capaz de analizar, enfrentar y contribuir a la resolución de problemas de salud de personas y grupos humanos, en la forma mas humana, eficiente y expedita posible.³ El proceso de cambio no va a ser una tarea fácil, habrá oposición al cambio, mas por comodidad o temor a los procesos innovadores. Debemos partir sabiendo que existirá resistencia a innovar.

Si innovamos en docencia mejoramos el aprendizaje y podemos estar cerca de cumplir lo que nos pide en su declaración la 48ª Asamblea de la OMS en 1995 para mejorar la salud de nuestros compatriotas: “coordinar esfuerzos de autoridades de salud, gremios profesionales y escuelas de medicina para que estudien y apliquen nuevas formas de práctica profesional y de condiciones de trabajo que permitan a los profesionales identificar las necesidades de salud, la respuesta a las necesidades a fin de aumentar la calidad, relevancia, eficiencia y equidad en la atención de salud”.

Vale la pena partir de un ejemplo en nuestra Facultad de Ciencias Médicas. En la enseñanza de la Farmacología en la Escuela de Medicina, se mantuvo desde la creación de esta cátedra el impartir conocimientos básicos en el 4º año. El conocimiento de los estudiantes sobre los medicamentos no estuvo complementado por aquellos de la Terapéutica, o sea el empleo de los medicamentos en los procesos clínicos. Creada la cátedra de Farmacología Clínica por el proceso de Reforma Académica a fines de 1990, un viejo anhelo cumplido de docentes y estudiantes, se presentó la gran oportunidad de innovar. Se resume⁴ este proceso en que se inició por el planteamiento de objetivos claros y definidos en relación a la prescripción racional de los medicamentos, por tanto fue necesario redefinir el contenido curricular, siendo la base el diagnóstico específico de problemas terapéuticos

de nuestra población. Por tanto fue una necesidad la implementación del aprendizaje basado en problemas (ABP), seleccionándolos en base a la realidad epidemiológica del país y con énfasis en la atención primaria de salud y sin descuidar que nuestra Facultad debe formar un médico general capacitado para la atención de tipo familiar. Para la solución de los problemas terapéuticos deben emplearse algoritmos en forma de guías o protocolos terapéuticos siguiendo las recomendaciones de la OMS.⁵ Para la validación del medicamento o tratamiento de elección se requería de un proceso y que mejor que las decisiones terapéuticas se basen en la Medicina Basada en Evidencias (MBE). El profesor y el estudiante debían, por tanto, ser expertos en la lectura crítica, saber analizar las ventajas de un artículo científico y también saber reconocer sus defectos. Para complemento de todo esto era necesario desarrollar una cultura virtual ya que la globalización del conocimiento nos ha inundado con información, ya no es posible que existan verdades ocultas y en este caminar debe existir una norma para discernir entre lo nuevo, lo bueno y lo malo. La información viene a raudales por Internet, por tanto hay que dominarlo.

Ya nos habló Paulo Freire sobre la Educación Basada en Problemas². No dicotomiza dice, la actividad docente/alumno, siempre es cognitiva y no identifica objetos como propiedad privada del docente sino como objetos de reflexión. El docente reestructura constantemente sus reflexiones en las reflexiones de los estudiantes, los estudiantes no son dóciles oyentes y se transforman en coinvestigadores críticos y actúan en diálogo con el profesor. Para el ABP se requiere de los problemas, correctamente planteados, de buenas referencias bibliográficas, de la evaluación crítica de los recursos que se disponen para la solución de los problemas planteados y de recursos adecuados de información.

Abordemos la necesidad de la Medicina Basada en la Evidencia. Sabemos que los profesionales de la salud cada día enfrentan una gran cantidad de interrogantes a los que deben encontrar respuestas, en buenas palabras soluciones. La práctica común ha sido hacer uso de la experiencia y del conocimiento médico acumulado, sea en forma personal o a través de la consulta a un colega de mayor experiencia. Si no se encuentra la respuesta se acude a los libros de texto o a la lectura de una publicación reciente en una revista. Se corre el riesgo con esta práctica de generalizar a partir de la experiencia no sistematizada, obtenida de un número limitado de casos, y con frecuencia se pueden cometer errores. Los libros de texto no están actualizados y la revisión de

artículos aislados no son suficientes para resolver los problemas. La MBE permite la introducción de la estadística y el método epidemiológico en la práctica médica. Induce al desarrollo de herramientas que permiten la revisión sistemática de la bibliografía y que a la vez permitan la adopción de la evaluación crítica de la literatura científica como forma de graduar su utilidad y validez. Vale la pena recordar el concepto de Sackett⁶ sobre la MBE: "es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes". Menciona que la MBE pretende que la práctica médica se adecue a la investigación clínica disponible, de modo que una vez localizada y evaluada sea aplicada para mejorar el cuidado de los pacientes y su propia práctica. Pero no se descuida la experiencia y el quehacer del profesional ya que Sackett nos advierte que la práctica de la MBE permite integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, a partir de la investigación sistemática. Menciona que la competencia o maestría clínica individual es la habilidad y buen juicio que el clínico adquiere a través de la experiencia y la práctica clínica, y que la mayor competencia se refleja especialmente en un diagnóstico más efectivo y eficiente y una identificación más prudente y manejo compasivo de los problemas derechos y preferencias del paciente individual al tomar decisiones clínicas. La evidencia clínica externa a través de la MBE permite invalidar pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados y reemplazarlos por otros nuevos, más potentes, más eficaces y más seguros !.⁶

Para un proceso de modernización de la enseñanza se requieren otros requisitos. Un manejo adecuado del idioma inglés, al menos leerlo y entenderlo, una de las graves fallencias de nuestra educación, lamentablemente todavía no resuelta. Se debe trabajar en forma tutorial, con grupos de no más de 12 estudiantes por tutor, algo difícil de lograrlo por el exceso de estudiantes y la falta de profesores titulares. Deben existir facilidades logísticas, aulas apropiadas, conexiones permanentes y seguras, apoyo de profesionales en informática. Falta bastante por hacer, pero se debe empezar. Es un reto. Es una obligación.

Dr. Raúl Terán

Jefe de la Cátedra de Farmacología
Escuela de Medicina

Referencias

1. Cornet Calveras A. Educación Médica: Nuevos planteamientos didácticos. 2004; 8 (supl.1):18-21.
2. Freire, P. Pedagogía del oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1997.
3. Venturelli J. Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.:OPS, 1997.
4. Lalama M. Boletín Fármacos: Enseñanza de la Farmacología Clínica. 2004. 7 (1) 1-2.
5. OMS. Guide to Good Prescribing: A Practical Manual. Ginebra: World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs, 1999.
6. Sackett D.L. et al. Lancet: Editorial, Evidence-based medicine. 1995; 310: 1126-1127.