



EL MÉDICO QUE EL PAÍS NECESITA

VISIÓN ACADÉMICA

**DR. HÉCTOR TREBUCQ
DIRECTOR
ESCUELA SUPERIOR DE CS DE LA SALUD
UNCPBA/ UNICEN**

PROPUESTAS ACTUALES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

1. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población con metas de reorientación de la Educación Médica hacia las necesidades de salud poblacional, la salud comunitaria y la APS₁.

PROPUESTAS ACTUALES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

2. Estas metas reflejan los problemas fundamentales de la formación₂:

- ✓ La falta de compromiso social de muchas escuelas con la atención a la salud de la población.
- ✓ El alto costo de la salud reflejado en la elevada proporción de médicos especializados vs. generales/ salud familiar.
- ✓ Los escasos conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS.
- ✓ El énfasis en un modelo biologicista.
- ✓ La centralización de la práctica del aprendizaje en los hospitales.
- ✓ La ausencia de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario desde el inicio de la formación.
- ✓ La carencia de una formación integral desde las perspectivas técnicas y humanistas.

ORIENTACIONES

3. Las orientaciones de las políticas de salud
4. Las orientaciones sugeridas desde las organizaciones profesionales
5. El aporte de las facultades y escuelas de medicina

3. LAS ORIENTACIONES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

- El modelo de atención en el sistema de salud de Cuba₃.
- En Brasil, en el 2002, alianza entre los Ministerios de Salud y Educación para reorientar la educación médica y conseguir exponer a los estudiantes a un patrón de práctica más relevante₄.
- Los proyectos desarrollados con el apoyo de la Fundación Kellogg denominados “Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesores de Salud (UNI)”₅.

3. Jardines Mendes JB, Aneiros-Riba R, Salas-Perea RS. Cuba: Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y su Estrategia de Desarrollo. *Educ Med Salud*; 1993, 27: 145-159.
4. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RP, Batista Campos JJ, Cordeiro H, Cordoni Jr. L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2001, 25: 53–59.
5. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos CM. (Ed). *La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio*. Buenos Aires; 1999.

4. LAS ORIENTACIONES SUGERIDAS DESDE LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES

- Los estándares de la World Federation Medical Education (WFME) y Task Force para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado⁴.
- El Institute for International Medical Education (IIME) con su propuesta de requerimientos mínimos esenciales para la formación médica⁵.
- El Proyecto ALFA Tuning – América Latina⁶.
- Otras instituciones (World Organization of Family Doctors, WONCA; con OPS/ OMS⁷.

4.WFME Task Force para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado. Med Edu; 2000; 34: 665-675.

5.Institute for International Medical Education Global Minimum Essential Requirements Accesible en: <http://www.iime.org/gmer.htm>.

6.Informe Final del Proyecto Tuning América Latina: Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Bilbao España Imprenta Universidad de Deusto, 2007.

7.Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. British Journal of General Practice; 2008:4.

5. EL APOORTE DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

- En el informe final del Proyecto de Educación Médica en las Américas se indica que: “La educación en ciencias de la salud debe desenvolverse de modo que relacione las necesidades de salud de la población, el perfil de morbimortalidad y el perfil profesional, con el contenido y las metodologías de enseñanza⁸.”

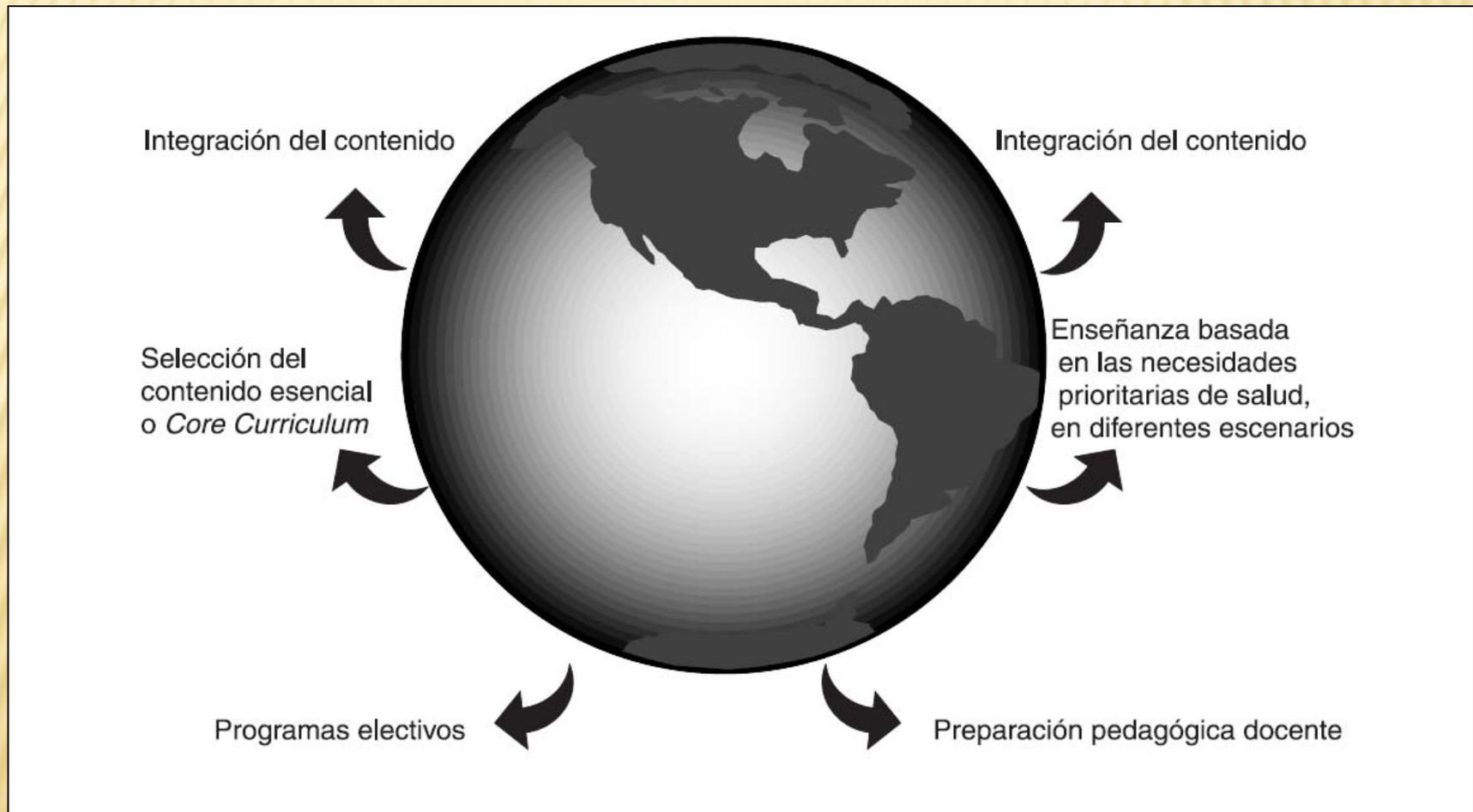
8. Educación Médica en las Américas. El reto de los años `90. Informe final del Proyecto EMA. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. FEPAFEM. 1990.

DOCUMENTO OMS/WONCA (*)

- ❖ “La práctica médica se ha orientado en forma creciente a la enfermedad, se ha centrado en órganos y sistemas, está basada en hospitales y se ha desconectado de los servicios públicos de salud”
- ❖ “La sobreespecialización de los médicos ha fragmentado, y creado barreras adicionales, a la provisión de servicios esenciales a individuos en el contexto de sus comunidades”.
- ❖ “Los estudiantes de medicina son formados generalmente en el estrecho marco de la especialización basada en hospitales y en el manejo de problemas no representativos de los de la comunidad”

(*) OMS/WONCA: "Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia". Documento Final de la Conferencia Conjunta OMS/WONCA, London, Ontario, Canadá, noviembre 1994, presentado en español en Buenos Aires, setiembre 1996.-

EDUCACIÓN MÉDICA TENDENCIAS ACTUALES



PROBLEMAS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

Dificultades desde las Escuelas de Medicina para alcanzar el perfil del "Médico que el País Necesita"

1. Problemas derivados de la definición de los objetivos docentes y de la propuesta curricular.
2. Problemas derivados de la metodología docente.
3. Problemas derivados de la organización de las estructuras universitarias y sanitarias.
4. Problemas derivados de los sistemas de evaluación.

1. PROBLEMAS DERIVADOS DE LA DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DOCENTES Y DE LA PROPUESTA CURRICULAR

1. Falta de definición y consenso institucional sobre los objetivos educativos, los conocimientos esenciales, las habilidades fundamentales que deben fomentarse, así como de la distribución de la carga lectiva entre las diversas disciplinas, áreas y departamentos.
2. Persistencia del currículo basado en disciplinas independientes.
3. Falta de verdadera integración de contenidos y objetivos docentes en los Planes Curriculares.
4. Fracaso de los “nuevos” planes de estudio por “resistencia” de los docentes.
5. Carga horaria docente excesiva.

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DOCENTES Y DE LA PROPUESTA CURRICULAR (Cont.)

6. Rechazo de los departamentos a perder horas lectivas o contenidos.
7. Peso excesivo de las asignaturas, clases expositivas de los profesores, las cátedras y los aspectos cognitivos.
8. Objetivos centrados en la adquisición de conocimientos.
9. Contenidos excesivos y, muchas veces, irrelevantes.
10. Falta de objetivos basados en el aprendizaje de habilidades y actitudes.
11. Falta de acuerdo sobre los objetivos docentes y distribución de la carga docente entre y dentro de los ciclos preclínicos y clínicos.

2. PROBLEMAS DERIVADOS DE LA METODOLOGÍA DOCENTE

12. Aprendizaje basado en la adquisición pasiva de conocimientos.
13. Aprendizaje de conceptos utilizando, casi exclusivamente, clases magistrales o expositivas.
14. Enseñanza centrada en el profesor y en el hospital exclusivamente.
15. Presencia irrelevante de aprendizaje basado en resolución de problemas y en la toma de decisiones clínicas.
16. Durante las "prácticas" preclínicas o Ciclo Básico, ausencia de formación en habilidades de utilidad en la práctica profesional.
17. Falta de preparación de la Planta Docente en metodología docente y educación médica.

3. PROBLEMAS DERIVADOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS UNIVERSITARIAS Y SANITARIAS

18. Doble dependencia laboral de la Planta Docente.
19. Organización de ciclos independientes preclínico o básico y clínico.
20. Falta de orientación médica de los docentes de disciplinas básicas.
21. Proporción decreciente de médicos clínicos en los departamentos de ciencias básicas biomédicas.
22. Falta de coordinación e integración entre los tres ciclos de la formación médica de pregrado.
23. Escasa o nula influencia de las organizaciones médicas no académicas.
24. Mínimo impacto del alumno y del graduado para dar respuesta a los continuos cambios sociosanitarios o comunitarios.

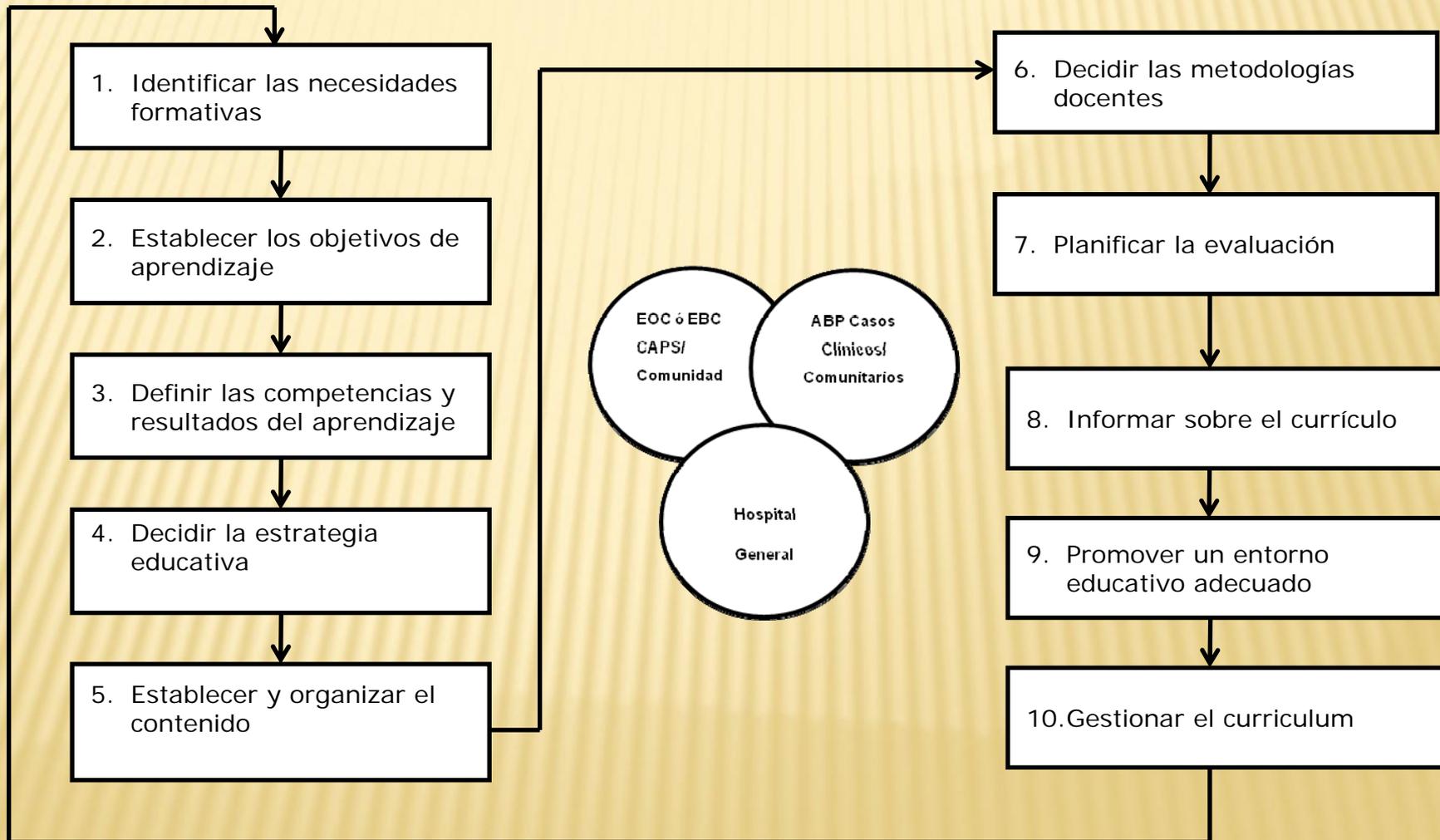
4. PROBLEMAS DERIVADOS DE LOS SISTEMAS DE EVALUACIÓN

25. Evaluación exclusiva de conocimientos, fundamentalmente basada en aprendizaje memorista de detalles poco relevantes, y evaluados con preguntas de opción múltiple (Multiple Choice Questions: MCQ).
26. Ausencia de evaluación sistemática y estructurada de habilidades clínicas y de actitudes profesionales.
27. Falta de evaluación formativa.
28. Falta de evaluación de la calidad como docentes.
29. Falta de evaluación y control de la consecución de los objetivos inicialmente planteados por los planes de estudios.

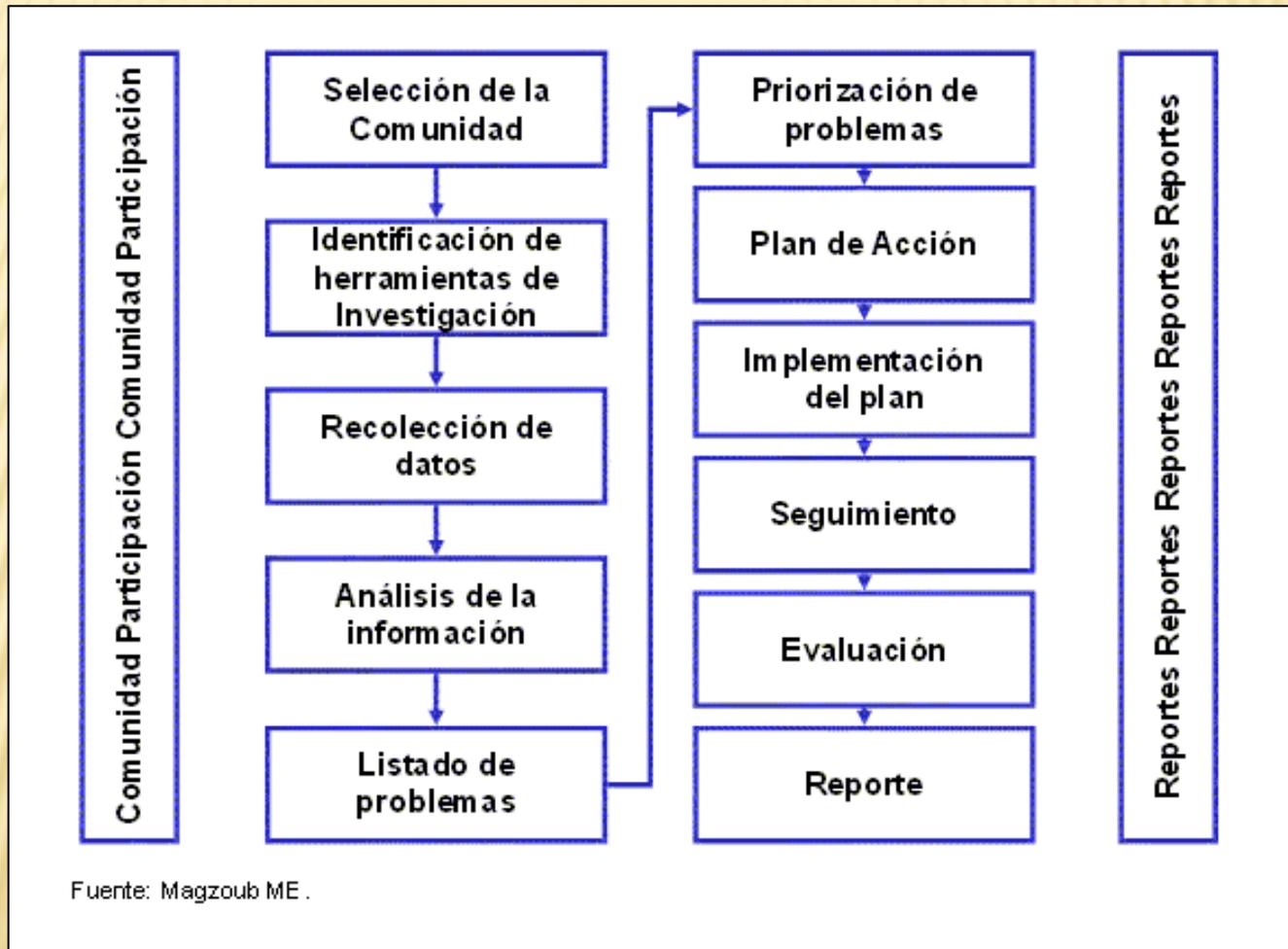
RESPONSABILIDAD ACADÉMICA

- ❖ La Universidad deberá responder como partícipe principal y responsable para lograr graduar al “Médico que el País Necesita” desde varios aspectos indelegables como entidad formadora:
 1. Desde el Proceso de Enseñanza/ Aprendizaje.
 2. Desde la definición de los objetivos, contenidos y competencias a alcanzar.
 3. Desde los ámbitos de las prácticas.
 4. Desde las características de cada Plan Curricular.
 5. Desde el abordaje fragmentado o integrado de la Salud/ Enfermedad.

PLANIFICAR UN CURRÍCULUM ETAPAS

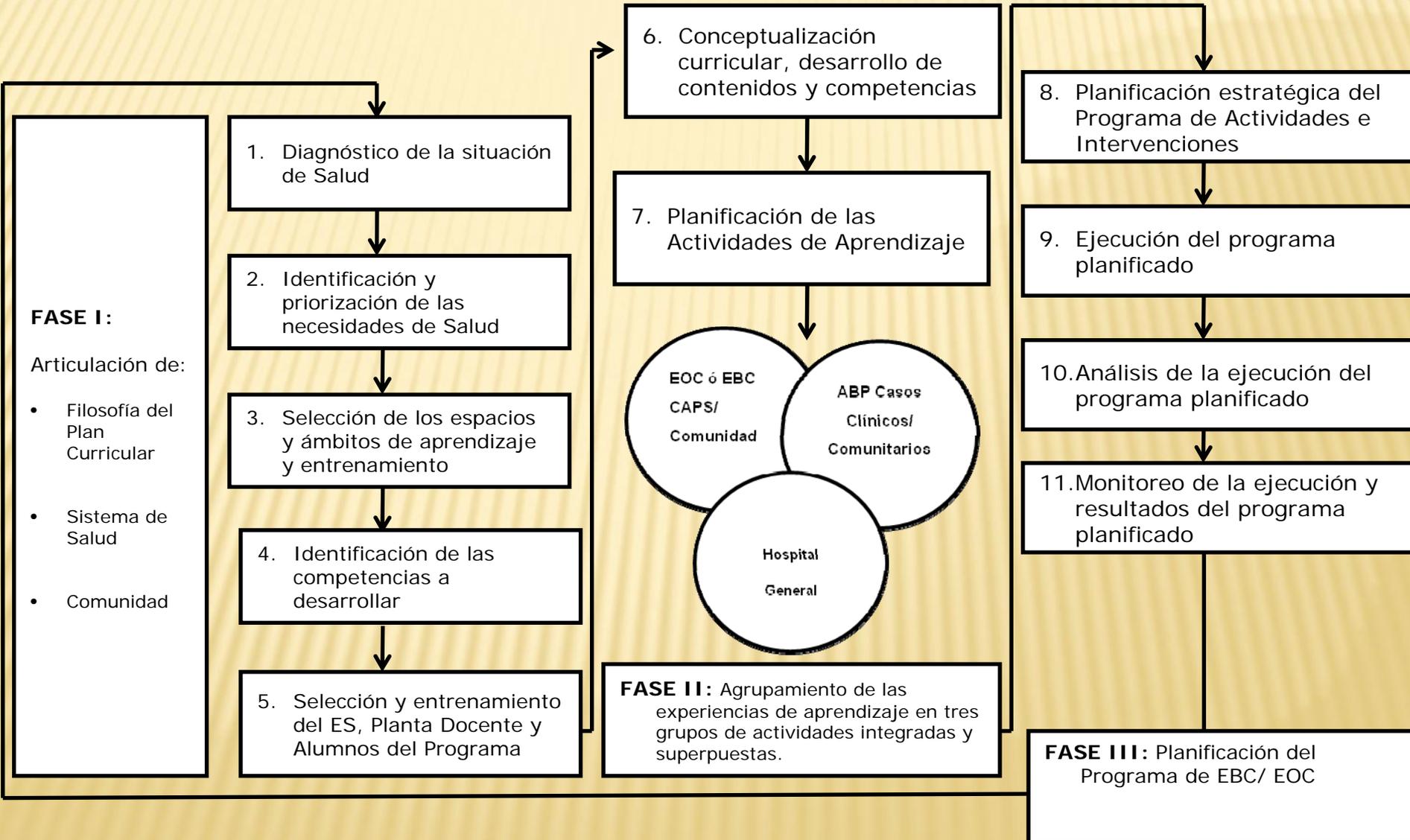


PLAN CURRICULAR: EBC/EOC CICLO BÁSICO

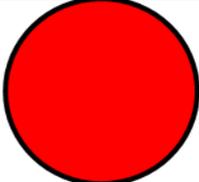
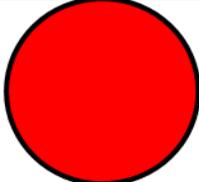
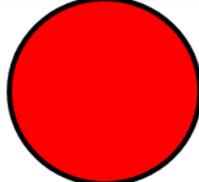
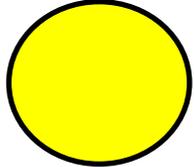
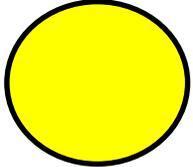
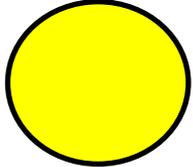
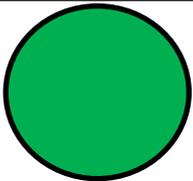
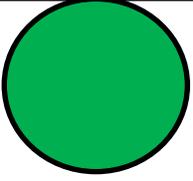
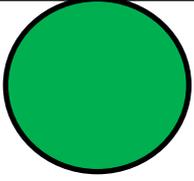


11. Magzoub ME. (1992) Eleven steps of community-based education at Gezira Medical School. Annals of Community Oriented Education, 5: 11-17.

PLAN CURRICULAR: EBC/ EOC CICLO CLÍNICO



MODELOS CURRICULARES APLICADOS A LA APS

Ámbitos de enseñanza aprendizaje	Concepto teórico de salud	Modelo pedagógico
 Restringido a la Universidad y Htal de Alta Complejidad	 Enfocado en lo asistencial, curativo, enfermedades raras baja prevalencia	 Enseñanza pasiva, conductista, docente como transmisor de conocimientos
 Actividades en el Htal Universitario y en CAPS dependientes de la Universidad	 Actividades asistenciales de curación y prevención enfocadas en enfermedades comunes prevalentes	 Introducción de innovaciones pedagógicas como el ABP
 Actividades desarrolladas en unidades familiares y comunitarias	 Concepción de APS Renovada, determinantes sociales de la salud, actividades de promoción y APS	 Aprendizaje activo y crítico, modelo de "problematización de Freire"

Modelo Curricular aplicado a nivel Clínico/ Comunitario

Poblacional, Familiar, Individual Integrado

Individuos Grupos	Atención Médica	Terapéutica
Investigación Epidemiológica / Clínica	<p>Educación Médica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Docencia 2. Extensión/ Vinculación 3. Investigación 4. Gestión 	<p>Programación Salud en</p>
Diagnóstico	Diagnóstico de Salud	Comunidad Población

FALSAS DICOTOMÍAS

1. Atención Primaria/
Atención Hospitalaria
2. Atención Primaria= Primer
Nivel de Atención
3. Individuo enfermo,
paciente
4. Visión sólo biológica
“Órgano enfermo”
5. Especialidades de cada
órgano enfermo
6. Medicina
superespecializada
7. Salud/ Medicina
8. Fragmentación de los SS y
Sistemas de Salud
9. Hospital/ APS

1. Sistema de Salud
2. APS como estrategia y
organización del SS
3. Abordaje individual, familiar
y comunitario
4. Ser humano, contexto social,
cultural, político, histórico y
no sólo biológico,
determinantes sociales,
modos, condiciones y estilos
de vida
5. Abordaje y visión general
6. Medicina General
7. Campo de la Salud
8. Sistemas integrados
9. Hospital dentro de la RISS

FALSAS DICOTOMÍAS

10. SS hospitalocéntrico
11. Fragmentación de la enseñanza
12. Fragmentación del aprendizaje
13. Fragmentación de las prácticas
14. Elección de superespecialidades cada vez más lineales
15. Asignaturas, materias, disciplinas inconexas
16. Cátedras (Feudos?)

10. Redes bajo la estrategia de la APS
11. Enseñanza/ aprendizaje integrados
12. Integración y complementación del aprendizaje
13. Prácticas integradas e integrales
14. Conocimiento de la Medicina General
15. Estructuras modulares y ejes integradores
16. Departamentos y Áreas

DE LA EPISTEMOLOGÍA A LAS PRÁCTICAS EDUCATIVAS Y PROFESIONALES

1. Morín plantea superar el pensamiento simplificador, es decir, aquel que se vincula a un sistema de conocimiento para comprender al mundo sin ser capaz de ir más allá de los límites que a sí mismo se impone. Este pensamiento es unidimensional y simplista.
2. En el pensamiento llamado simplificador uno podría distinguir cinco principios básicos:
 - **La disyunción**
 - **La reducción**
 - **La abstracción**
 - **La causalidad**
 - **La fragmentación**

PARADIGMA DE LA SIMPLICIDAD

1. **La disyunción:** que tiende a aislar, a considerar los objetos independientes de su entorno, no ve conexiones, no ve en las especializaciones la relación de unas con otras, etc.
2. **La reducción:** que tiende a explicar la realidad por sólo uno de sus elementos: ya sea psíquico, biológico, espiritual, etc.; ve el mundo una máquina perfecta; se siente satisfecho estableciendo leyes generales desconociendo la complejidad de la realidad y del hecho humano.
3. **La abstracción:** que se contenta con establecer leyes generales desconociendo las particularidades de donde surgen.
4. **La causalidad:** que ve la realidad como una serie de causas efecto, como si la realidad planteara ingenuamente un trayecto lineal, del menos al más, ascensional o se le pudiera plantear una finalidad.
5. **La fragmentación,** interesa cada parte y el todo sólo es la suma de las partes.

PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

3. El pensamiento complejo, se plantea la heterogeneidad, la interacción, el azar; todo objeto del conocimiento, cualquiera que él sea, no se puede estudiar en sí mismo, sino en relación con su entorno; precisamente por esto, toda realidad es sistema, por estar en relación con su entorno. Se podría distinguir algunos principios del pensamiento complejo: **el dialógico, la recursividad, el hologramático.**

PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

- 1. El dialógico:** A diferencia de la dialéctica no existe superación de contrarios, sino que los dos términos coexisten sin dejar de ser antagónicos, son complementarios.
- 2. Recursividad:** El efecto se vuelve causa, la causa se vuelve efecto; los productos son productores, el individuo hace cultura y la cultura hace a los individuos.
- 3. El principio hologramático:** Este principio busca superar el principio de "holismo" y del reduccionismo. El holismo no ve más que el todo; el reduccionismo no ve más que partes. El principio hologramático ve las partes en el todo y el todo en las partes.