

Los cambios curriculares en la enseñanza de la medicina con perspectiva al siglo XXI.

Perspective in curriculum changes for teaching medicine in the third millennium.

CASAS Jorge*

* Profesor Principal. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se comenzará sobre las experiencias comunes de la enseñanza de la Medicina en la actualidad, los cambios que se están produciendo en esta enseñanza de la medicina en el tercer milenio y finalmente presentarán algunas propuestas.

RASGOS GENERALES EN EL PERU

En las escuelas de medicina en el Perú existen matices propios, pero los denominadores comunes son lo suficientemente marcados como para poder hablar de un estilo de enseñar medicina en el Perú.

Alumnos Brillantes

A nuestra Facultad de Medicina ingresan cada año un grupo especialmente brillante, esto es un reto que nos coloca frente a una especial responsabilidad.

Pedagogía o Androgogía

Cuando un estudiante empieza a estudiar Medicina es un adolescente y cuando egresa, ya es un adulto joven con decisiones definidas y metas propias. Actualmente sabemos que la pedagogía, como enseñanza a niños es diferente a la educación del adulto (Androgogía), la que tiene sus propias técnicas y modalidades.

El aprendiz maduro, que tenemos en las escuelas de medicina en tránsito de la adolescencia hacia la adultez, tiene motivaciones y un estilo natural para aprender diferentes a los del niño, con el cual se le ha desarrollado toda la pedagogía.

El aprendiz maduro parte de una dependencia inicial del profesor, pero de manera muy rápida su impulso natural es transitar hacia la autodependencia. Espera soporte, espera guía, pero no una direccionalidad tan intensa como la que necesita y espera un niño.

El otro impulso primario del aprendiz maduro es el de vivir experiencias propias y que estas experiencias sean las que generen su necesidad de saber. El impulso de este aprendiz maduro no sólo es aprender conocimientos sino también el aprender a resolver problemas.

En la enseñanza de la medición en el Perú, tenemos la tendencia a aplicar pedagogía, es decir enseñanza para niños, más dirigida y paternalista, en sentido contrario a lo que este grupo de edad requiere; esta actitud frustra y pone techo a las alas que tiene esta brillante generación de jóvenes.

Curriculum sobredimensionado

En las últimas décadas, hemos asistido a un crecimiento logarítmico en volumen de conocimientos, muchas disciplinas totalmente nuevas han florecido de un modo impresionante y hemos pretendido incorporar todo esto al curriculum. Un experto extranjero que analizó nuestro plan de estudios, formuló una comparación que describe su percepción sobre este punto: Ustedes están haciendo paté con sus estudiantes en alusión a que en Francia, para obtener paté, fijan un pato por el cuello sin posibilidad que escape y le embuten alimento para conseguir hígado grado, base del paté.

Plan de estudios rígido

En el Perú el estudiante tiene escasa opción para elegir. Esto es sorprendente, porque en sectores punta en educación médica en el mundo, existe una fracción tan extensa como el 30% a 40% del tiempo curricular que es electiva. Recordemos que nuestro estudiante es un aprendiz maduro ávido de opciones dentro de una estructura básica para poder elegir lo que quiere hacer.

Aprendizaje pasivo

El aprendizaje es fundamentalmente pasivo por que se trabaja en base al dictado. Cuando se dicta un capítulo, el conocimiento que perdura es sorprendentemente poco, lo que convierte a este estilo de enseñanza en altamente ineficiente.

Fragmentación de la enseñanza

La razón de la fragmentación tiene que ver con el grupo de personas muy diferentes, que intervienen a lo largo de la carrera de medicina. Esta es una situación no sólo inevitable sino también deseable, pero es indispensable tener un hilo que articule todo. Por lo general, ser profesor de medicina en nuestro país es una ocupación de tiempo parcial, es realmente excepcional que una escuela tenga un núcleo de gente que pueda articular todo el proceso. Por ejemplo, cuando uno hace la parte de cardiología, el que hizo anatomía no sabe lo que va a hacer después el que hizo primero cardiología, ni lo que va a hacer el que hizo la parte de cirugía, cada uno ha fragmentado un pedazo de la realidad, esto resta eficiencia al proceso y lo hace innecesariamente prolongado.

Formación en torno al paciente

Otra limitación importante es que la formación gira fundamentalmente alrededor del paciente hospitalizado. En la mayor parte del mundo el estudiante de medicina empieza de manera muy temprana a hacer consulta externa, la que en la práctica profesional habitual representa no menos del 60% del desempeño profesional promedio de un egresado en nuestro país.

Escasa evaluación

Se evalúa poco, la evaluación es fundamentalmente cognoscitiva. El ejercicio profesional de la medicina, demanda no sólo conocimientos, también de un alto nivel de destrezas, habilidades y aptitudes, áreas que evaluamos de modo limitado e intuitivamente. Este nivel de escasa evaluación sobrevive, porque todavía somos juez y parte, formamos a los estudiantes y después les damos el título a nombre de la Nación. La alternativa a esta situación es que la acreditación profesional sea externa a la Universidad, por un tercero: colegio profesional, gobierno, etc. Responsables de validar quien está suficientemente capacitado para ejercer la medicina. Si existen deficiencias significativas en el proceso de formación, que se traducen en incompetencia profesional al ser las Escuelas de Medicina en el país juez y parte, las deficiencias pueden ser fácilmente soslayadas.

Enseñanza desvinculada de la investigación

Sorprendentemente, en el Perú, en los sitios en los que la investigación tiene un desarrollo importante, esta actividad no está vinculada estrechamente a la docencia, en parte porque estamos demasiado ocupados preparando paté y el estudiante no llega a articularse con los trabajos de investigación y con la valiosa experiencia derivada de esta actividad.

LOS CAMBIOS

Me gustaría comentar lo que nos espera para el tercer milenio:

Cambios demográficos

Actualmente, estamos atravesando un cambio demográfico sumamente importante. Hace 20 o 30 años, éramos un país piramidal, un país joven con una población infantil grande en la base. Esta situación está cambiando radicalmente, nuestro patrón demográfico está adoptando la forma de un tonel. Este cambio poblacional hacia el tonel va a tener un impacto mayúsculo en la enseñanza de la Medicina, el segmento poblacional de crecimiento más rápido es y va a seguir siendo el grupo de la tercera edad, grupo que consume mucha demanda de salud. Vamos a estar expuestos a una patología que será simultáneamente las enfermedades clásicas de los países del tercer mundo con las enfermedades de los países del primer mundo, de hecho, nuestra incidencia, por ejemplo, de enfermedad cardiovascular está en ascenso y estamos ya superando a las sociedades del primer mundo cuya mortalidad cardiovascular está en descenso desde hace algunos lustros. Vamos a pasar de la patología aguda de población más joven, en la cual nos formamos hace unos lustros y que es todavía la visión del mundo que tenemos los profesores y que pasamos al estudiante, porque tenemos dificultad estructural para comprender y manejar la enfermedad crónica del paciente anciano. Este es un cambio significativo que genera

estrategias diferentes en los aspectos de prevención, en la dinámica del seguimiento a largo plazo de pacientes crónicos, en la intervención de enfermedades crónicas, que tienen una estrategia por completo diferente al manejo de episodios agudos.

Globalización

El mundo se está encogiendo, ya en algunas comunidades campesinas, están empezando a tener acceso regular a microcomputadoras y debemos esperar que estos pobladores estén en poco tiempo conectados con Internet con capacidad de consultas médicas directas al extranjero, razón por la cual nosotros los médicos en el Perú vamos de alguna forma a competir con el extranjero, sea Buenos Aires o Estados Unidos en el futuro cercano. Este aspecto de la globalización en pocos años va a ser tan simple de acceder como el teléfono lo es hoy día. El acceso masivo a información y el nivel de competencia en el que nos vamos a mover está cambiando, las habilidades cognitivas no serán suficientes, nunca lo fueron y en Siglo XXI, menos que nunca. Debemos revalorizar la relación médicopaciente que es el plus de calidad, en el que debemos formar a esta generación de estudiantes brillantes.

Decisiones de salud

Antes las decisiones de salud eran tomadas por el médico y el paciente. Ahora, esto se está convirtiendo en una estructura en la cual el paciente tiene un sistema que es un seguro (privado o público), que se articula en la negociación de atención y prestación de salud con corporaciones que emplean médicos. De este modo, la relación uno a uno está desapareciendo y esta tendencia mundial está en crecimiento no hay nada que indique lo contrario. Así pues, las decisiones de salud serán de modo crecientemente de tipo corporativo y los médicos estamos saliendo de estas decisiones, es decir que estamos quedando en realidad como asalariados de entidades corporativas. De hecho, ya existe un nivel muy importante de esta modalidad en el país, la cual va a continuar creciendo.

Sobreoferta de médicos

Esta década marca la vuelta de la esquina para la medicina en el Perú en lo que a empleo se refiere, como le ha ocurrido a otras profesiones liberales en el país en los últimos 30 años, esta sobreoferta va a traer desempleo y subempleo abierto. El atractivo, el nivel y la recepción social del médico van a modificarse y van a surgir los criterios de eficiencia, e imágenes de excelencia como variables más importantes que nunca. Ya no va a ser suficiente tener el título a nombre de la Nación, porque este título va a comenzar a experimentar un proceso de devaluación profundo y actualmente ya está en curso la respuesta informal de estratificar al egresado de medicina base a criterios subjetivos que varían según cada personal en un nivel de decisión, ya sea el usuario directo o un potencial empleador. A la fecha no hemos adoptado decisión sobre este problema y percibo que en las primeras décadas del próximo siglo, la sociedad va a analizar una salida formal a este problema buscando resolver el problema de juez y parte que las universidades actualmente tenemos.

SOBREDIMENSIONAMIENTO DEL CURRÍCULUM

Es también un denominador común el hecho de que nosotros, utilizamos 6 años en la parte clínica para lo que en el mundo toma solamente 4 años. Hay un nivel de ineficiencia, estamos quebrando la aspiración natural de este alumno brillante que como aprendiz adulto está en dirección diferente al aprendizaje pasivo.

La razón para este sobredimensionamiento es lo que yo llamo la Ley de los gases de Gay Lussac. Cada curso aspira a tener mayor tiempo curricular y si obtiene más tiempo siempre va a ser capaz de expandirse y utilizar todo el tiempo, una razón que explica la Ley de Gay Lussac aplicada al curriculum es la fuerte presencia de especialistas en el pregrado, cada uno de ellos en su campo, ven el mundo académico y profesional teñido por sus 20 años o más años de experiencia y se siente que darle al estudiante todo lo que ellos consideran importantes de su especialidad. Existe una confusión entre lo que es postgrado y pregrado, y uno de los rasgos que tenemos es que una buena parte de la enseñanza está hecha por especialistas y cada uno de ellos desde su punto de vista tiende a dictar todo lo que le parece relevante.

LAS BASES

Recordaremos que el ejercicio de la medicina es, entre otras, finalmente, un aprendizaje continuo, es altamente indeseable desempeñarse profesionalmente con el mismo capital de conocimientos con el que uno salió de la Escuela de Medicina. Sin actualización este capital se devalúa en pocos lustros, por lo que es inherente a la profesión médica el aprendizaje permanente, actitud que debemos estimular en nuestro aprendiz, durante su formación. No podemos pretender abarcar todo, es imposible. Hace quizás 30 años, podíamos pretender dar la mayor parte de conocimiento médico en la enseñanza de la medicina. Actualmente, esto es imposible y cada día lo va a ser más. Lo que sí debemos es dejar claramente establecidas las siguientes bases:

El fundamento científico de la medicina

La medicina tiene una sólida base científica y tenemos la ventaja que esta es un área tremendamente apasionante. En general la enseñanza de la clínica está poco articulada con la base científica que el estudiante recibe en los primeros años. El fundamento científico de la medicina debe acompañar al egresando quien en su ejercicio profesional va a tener pocas posibilidades de actualizar su base científica, conceptos, sólidos sobre fisiología, biología molecular, etc., lo van a acompañar por décadas y le va a permitir entender nuevos fenómenos que vayan apareciendo en el ejercicio de su profesión, mientras que la adquisición de conocimiento clínico ocurrirá con mayor facilidad como parte de su desempeño profesional.

La conducta

Es otro pilar importante comprensión y manejo de las ciencias de la conducta, que incluye comprender la relación médico-paciente. Destrezas en comunicación, que permiten afrontar con éxito el manejo de la masa poblacional de pacientes con enfermedad crónica, a los cuales en forma creciente va a estar expuesta la nueva generación de médicos.

Es dramático por ejemplo, lo que ocurre con hipertensión arterial, en el país no llegan al 12% los hipertensos adecuadamente tratados, esta cifra tiene dimensiones de tragedia, ya que la hipertensión es una entidad de fácil diagnóstico, las opciones terapéuticas son muchas, hay muy baratas. No hay problema de costo del medicamento, ¿dónde está la falla? ¿por qué hemos fracasado y tenemos al grueso de nuestra población hipertensa en el Perú fuera de tratamiento? En buena medida porque esta es una condición crónica, que requiere de una intervención diferente a la que usamos, porque son estrategias diferentes que se tienen que aprender y no las estamos enseñando adecuadamente. Esto incluye la capacidad de educar adultos, educar familias y de educar a la sociedad en general, y esto a su vez implica poseer una sólida base epidemiológica.

Cuanto más útil sería, por ejemplo, que en lugar de intentar enseñar 90 entidades neurológicas, cada una con similar peso, que prioricemos, si utilizamos el criterio de frecuencia percibiríamos que enfermedad cerebro-vascular, demencia, cefalea crónica, infección del SNC y epilepsia representan alrededor del 90% de lo que un médico general va a ser profesionalmente, esto nos llevaría a modificar el enfoque de nuestro esfuerzo educativo. Si después este egresado va a especializarse en cualquier área este conocimiento centrado lo va a acompañar mejor que el interno de dispersar el esfuerzo educativo. Si ulteriormente va a llevar una especialidad como Pediatría en la cual su exposición a problemas neurológicos es mayor, durante su adiestramiento de postgrado, su manejo de problemas neurológicos del niño deberá en ese momento alcanzar mayor profundidad y extensión. Es un error común pretender enseñar en el Pregrado lo que corresponde al Postgrado.

El egresado formado sin una perspectiva epidemiológica, va a descubrir penosamente, por autoaprendizaje luego de años de tanteo y error, que la cefalea crónica no es causada por 20 entidades diferentes cada una responsable del 5%, sino que esta tiene un origen tensional en el 70% de casos, por migraña en el 15% y una variada miscelánea en pequeña proporción. Este proceso de aprendizaje error, algunos lo van a hacer más rápido y otros nunca llegaran a adquirir la suficiencia necesaria.

Gestión/Toma de decisiones

Esta es una parte importante que permite poseer competencia no sólo en las decisiones de la medicina individual sino también en las decisiones corporativas de salud y en las decisiones macro de salud para el país.

Por ejemplo, tenemos una competencia bastante adecuada para tratar al paciente individual con SIDA, pero no ocurre lo mismo con la capacidad para implementar las estrategias para frenar esta pandemia, realmente hemos hecho poco como clase médica, en parte como educación, epidemiología, intervención y decisiones.

Autoformación

Es una actitud que se puede cultivar si tenemos la decisión de hacerlo e invertimos el tiempo, esfuerzo y recursos para hacerlo. Los modelos de enseñanza que estimulan

autoformación requieren de menos horas profesor para su exitosa implementación pero a su vez requieren de una mayor competencia en educación del profesor.

Una meta universitaria es que el egresado debe salir de la escuela de medicina con una sólida tendencia en autoformación. La autoformación es usualmente un impulso natural cuando se empieza a estudiar medicina, también es cierto que un proceso educativo inadecuado: pasivo, rígido, sobrecargado, que premie el aprendizaje memorístico, termina suprimiendo este impulso natural.

EL PROCESO

Poiquilothermos vs Homeothermos

Dentro de este entorno en cambio, van a tener éxito las instituciones más eficientes para adaptarse a este futuro diferente. La situación actual recuerda lo que ocurrió hace 70 millones de años, cuando los dinosaurios dominando el planeta. Estos animales de hasta 20 metros de altura y 50 toneladas, reinaron durante largos 150 millones de años, como estructuras muy consolidadas pero con dificultad para adaptarse al cambio. En ese momento junto a ellos, vivían mamíferos, animales aparentemente insignificantes muy pequeños que no sólo sobrevivieron los grandes cambios de esa era, sino que en relativamente poco tiempo habían reemplazado a los gigantescos dinosaurios. Esta es una situación, que yo creo está a punto de ocurrir en lo concerniente a la enseñanza de medicina. Los grandes cambios, que se están dando simultáneamente, no van a ser tan solo cambios cuantitativos sino también cualitativos. Las instituciones con capacidad de ser más eficientes, que tengan más facilidad para adaptarse al entorno cambiante como le ocurrió a los pequeños mamíferos hace 70 millones de años, van a ser las que tengan éxito en prosperar en medio de los retos que nos traiga el siglo XXI.

Análisis y comprensión del entorno.

El primer paso para enfrentar este proceso de cambio va a ser la capacidad de analizar y comprender el entorno. Creo que es un reto de planificación que no podemos dejar atrás. Con frecuencia lo urgente nos impide pensar en lo importante, este es un error que debemos evitar.

Estructura de poder en la universidad

Tenemos en el Perú una forma muy democrática pero a su vez muy politizada de repartición del poder. Es muy difícil, llevar adelante cambios para progresar cuando el poder está muy repartido y existen, feudos y cacicazgos que hacen muy difícil ir hacia adelante con los cambios. En muchos países las universidades funcionan como un equipo de fútbol, el decano es el entrenador, si considera que existe un buen jefe en un área determinada, trata de captarlo para su institución. Esta es una dinámica imposible de pensar en el Perú, como alternativa necesitamos una reflexión colectiva para que la institución asuma corporativamente un compromiso con metas comunes, y con apoyo a las personas

que quieran llevar a fondo los cambios que realmente van a significar la diferencia entre poiquiloterms y homeotermos.

Núcleo de docentes profesionalizados

En el Perú, somos amateurs de la enseñanza médica. Nos dedicamos sólo parte del tiempo y naturalmente, el amateur es un amateur, lo hace con entusiasmo, pone lo mejor, a veces hay mucho talento pero es muy claro que las personas e instituciones exitosas en este mundo cada día mas globalizado, son las de nivel profesional la época de amateurs en gran medida ya pasó, ya no hay amateurs ni en las Olimpiadas. Las instituciones con futuro son las que puedan profesionalizarse. Esto implica contar con un núcleo pequeño de docentes profesionales, como ocurre en todas las escuelas de medicina exitosas del mundo. El enseñar medicina en otros países es una ocupación de tiempo completo apoyada por una estructura grande de profesores, tan grande como la que existe actualmente en el Perú, pero es el grupo de docentes profesionalizados el que puede conducir y supervisar los cambios.

Insertar en el proceso educativo contenido teóricos

Si los cursos que enseñamos se quedan en el plano teórico, hemos hecho solo parte de la enseñanza. Voy a citar uno de ellos como ejemplo, epidemiología. La epidemiología existe como curso independiente destinado a dar las herramientas teóricas de esta materia, pero carece de sentido como curso aislado si no está inserto a lo largo del proceso formativo, una de las estrategias para lograr este objetivo es capacitar a los docentes clínicos en epidemiología, de modo que cuando estos profesores enseñen en la cabecera del paciente su visión epidemiológica, en una experiencia a lo largo de todo el proceso. Igual paralelo podemos hacer con Etica, Educación de pacientes y Salud Mental.

Hace un año, tuve la oportunidad de llevar con un grupo con 10 a profesores de mi sede del Hospital Loayza, un curso corto de epidemiología. Esta experiencia me enriqueció y me ha permitido transmitir una visión epidemiológica en el quehacer diario de la docencia en servicio.

Ciencias básicas y clínicas

Con demasiada frecuencia existe un divorcio entre la ciencia básica y la clínica, lo ideal es que exista una interacción temprana. Usualmente los alumnos empiezan a ver pacientes en tercer o cuarto año, cuando la tendencia actual es empezar esta exposición más temprano. Esta experiencia es un poderoso estímulo para el pleno desarrollo de un aprendiz maduro. El deseo de aprender a resolver problemas nace para el aprendiz maduro de la experiencia. En el Perú, los alumnos no están expuestos desde temprano a lo que va a ser su desarrollo profesional eventual.