

Estándares internacionales en educación médica para un mejor cuidado de la salud

Gabriel Lago*

Preocupados por los rápidos cambios económicos, tecnológicos, de comunicación e información, y del intercambio entre los diferentes países, la UNESCO, la Organización Mundial de la Salud y la *World Medical Association* organizaron un congreso mundial sobre educación médica con el fin identificar estándares de calidad que permitan orientar la formación de un médico “universal” con capacidad de resolver los problemas locales.

Durante esta reunión, celebrada en Copenhague del 15 al 19 de marzo de 2003, se trabajaron seis documentos preparatorios, a saber: medicina global, reestructuración de los sistemas de salud y educación médica, desarrollos científicos en las escuelas de medicina, nuevas formas de enseñar medicina, evaluación y estándares de calidad en medicina, y educación médica con el objeto de discutir durante el congreso los principales temas identificados como nuevas coyunturas que afectan la formación del médico y presentar algunas recomendaciones a las instituciones que forman médicos alrededor del mundo.

Se trató de establecer una interfase entre salud y educación médica con los diferentes documentos, ponencias, grupos y mesas de trabajo, y se discutieron los aspectos que se desarrollan a continuación.

En primer lugar, y orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se pretende analizar el enfoque de cuidado del paciente que rompe el paradigma de logro e intervención que acompaña la atención reactiva y la rehabilitación. Este cambio de paradigma lleva a repensar la enseñanza centrada en hospitales universitarios de alta complejidad donde se forman individuos dependientes de tecnologías complejas para su ejercicio profesional y que les permite el desa-

rrrollo de capacidades para resolver problemas médicos, pero que poseen poca capacidad para la resolución de problemas de salud.

Un segundo aspecto tiene que ver con la responsabilidad y la proyección social de las facultades de medicina donde se ha identificado una falta de pertinencia en la formación para solucionar los problemas de salud de la sociedad y generar los conocimientos médicos necesarios para resolverlos. El médico desconoce el trabajo interdisciplinario de los equipos de salud que actúan a nivel comunitario y su papel como coordinador del mismo, lo cual nos lleva a pensar en una situación que desubica al médico en la sociedad.

En tercer lugar, la diversidad cultural y los criterios de selección de las facultades de salud hacen que la propuesta de formación rígida de nuestras facultades y los sistemas de selección existentes diseñen nuevos mecanismos que permitan el desarrollo de programas flexibles acompañados de sistemas de selección acordes con los requisitos del campo del saber, las demandas y las necesidades de salud de las comunidades y la posibilidad del ejercicio profesional más allá de las fronteras nacionales.

Éste nos lleva a un cuarto aspecto que obliga a las universidades a reflexionar sobre el campo del saber y la concepción de la medicina como profesión dentro de un contexto universal con participación local.

La concepción que se tenga de la medicina como campo del saber y como profesión determina el papel de la investigación en la educación médica. De allí, surgirán facultades que

* Director. Departamento de Pediatría.

fundamentalmente transmiten conocimientos, otras que tecnifican el ejercicio de la medicina y otras que la enfrentan como ciencia apoyadas en la medicina basada en indicio u orientada a la resolución de problemas. Pero también, surgen facultades de medicina que forman tecnólogos médicos.

Un sexto factor, derivado del mínimo común denominador de las diferentes posturas que asuman las facultades respecto a la medicina, su ejercicio y generación de nuevos conocimientos debe orientar la elaboración de estándares de calidad que garanticen a las comunidades la idoneidad de los profesionales de la salud. Asimismo, los niveles de exigencia y la competencia que se derivan de la proliferación de facultades de medicina en el mundo y la abolición de las barreras nacionales conducen a una sociedad del conocimiento en la cual éste se constituya en un servicio que como tal esté expuesto a las leyes del mercado y a las exigencias de calidad de los clientes, y estudiantes con sus implicaciones de toda índole.

El cumplimiento de estándares mínimos de calidad permitirá la creación y la existencia de un programa de medicina, pero no garantizará de ningún modo su supervivencia a no ser que se someta a estándares de calidad locales, nacionales e internacionales con los que logre acreditar los programas en dichos niveles. Las condiciones actuales de la gran mayoría de las facultades de medicina de los países del denominado tercer mundo auguran, si no inician procesos de calidad, un colonialismo educativo por parte de las universidades más prestigiosas del mundo, asunto que hemos podido corroborar durante las negociaciones del Tratado de Libre Comercio, en el que el tema de la propiedad intelectual, moneda del mundo académico, y el tema de los medicamentos y patentes dejarían en gran desventaja a las facultades débiles.

Finalmente, la concepción económica de muchas facultades de salud, principalmente del sector privado, no ha dado respuesta efectiva a las demandas de formación de calidad, de distribución del talento humano y de concentración de profesionales, lo cual afecta la pertinencia y la rentabilidad social de los programas ofrecidos. Si estas demandas no son satisfechas por las universidades locales, lo serán por las extranjeras con sus consecuencias sobre lo que denomino “colonialismo educativo”; de allí, la importancia de establecer estándares mínimos para la creación de programas y la transformación de estos mínimos en máximos que permitan acreditar progresivamente los programas y las universidades en el nivel local, regional, nacional e internacional.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

La proliferación mundial de programas de medicina como parte de la respuesta a las necesidades de reducción del costo que representan los servicios médicos en las economías na-

cionales, y la autonomía que las reformas de educación han entregado a las universidades y, en parte, a la rentabilidad de los programas de medicina ha ido en detrimento de la calidad de la educación médica.

Esto generó en los diferentes países la implantación de sistemas de aseguramiento de la calidad de la educación que en la mayoría de ellos consta de estándares mínimos de calidad, sistemas de acreditación de programas y acreditación institucional. A éstas se han venido sumando las acreditaciones ante agencias internacionales y los exámenes del Estado.

El Banco Mundial y otras agencias multilaterales han comprendido que la salud de los pueblos es factor y motor del desarrollo de la población mundial; de allí, el interés de mejorar la calidad de los equipos de salud y disminuir los costos de la mala calidad de la atención en salud.

Una de las grandes preocupaciones surge en torno a la educación continua, la cual ha perdido fuerza en las universidades y ha sido asumida por los empleadores, las agremiaciones y las sociedades científicas, y que en gran medida se caracterizan por ser financiadas por la industria farmacéutica con sus implicaciones sobre la neutralidad de la educación y por la falta de competencias que han observado los empleadores en los egresados de los programas. La educación continua debe ser una función de extensión de la universidad y, junto con las publicaciones, una estrategia de retribución a la sociedad de los conocimientos generados.

Estas circunstancias han planteado nuevos retos a la educación médica, para evitar que responda a las necesidades laborales de los empleadores o a los intereses de la industria farmacéutica y, más bien, que esté al servicio de la salud de las poblaciones.

RETOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Durante la conferencia se identificaron doce retos a los que se debe enfrentar la educación médica.

El proyecto del genoma humano puso en la agenda de la medicina el ser humano como propiedad intelectual y, por ende, como producto comercial, anteponiendo los derechos civiles a los derechos humanos, lo cual requiere de una nueva ética que mantenga al ser humano como fin y no como medio; ésta es una de las grandes responsabilidades de la bioética.

El desarrollo tecnológico, igualmente, representa una oportunidad para extender la educación médica a sitios apartados y disminuir las distancias entre el médico y su paciente, pero, a la vez, despersonaliza la relación entre el médico y el paciente y viola la confidencialidad de la relación entre el médi-

co y su paciente. Por otro lado, el gran acervo de información —no siempre válida y pertinente— representa un riesgo enorme de desinformación para el médico y la comunidad; estamos viviendo el mundo de las comunicaciones y del conocimiento en soledad e ignorancia.

Esto nos lleva a un tercer reto: entrenar a las personas en un conocimiento para el saber o para el hacer, a replantear los modelos de enseñanza de las ciencias básicas o de la resolución de los problemas, a la relación e interacción entre ciencia y tecnología, el saber y el saber hacer o competencias.

Cualquiera de las modalidades que se escoja debe tener un impacto en la sociedad que permita disminuir la pobreza y erradicar la miseria humana como único mecanismo de justicia social y desarrollo de los pueblos. Hoy no es admisible, desde la nueva ética, la muerte de un ser humano por una enfermedad prevenible, ni podemos llamar a un grupo humano “desarrollado” por poseer conocimiento, poder y riqueza si le falta conciencia socioambiental, solidaridad y humanismo.

Las actuales posibilidades de desarrollo y la tecnología existente han mejorado la supervivencia, la longevidad y la calidad de vida de las personas, pero, al mismo tiempo, han prolongado la agonía y el sufrimiento de los que padecen enfermedades crónicas o emergentes y son sobrevivientes de esfuerzos médicos incompletos, en ocasiones, irresponsables y sin un plan de intervención definido y coordinado. Esta nueva situación nos lleva a considerar la discapacidad como una condición emergente que afecta las economías del mundo al disminuir la producción y aumentar considerablemente los costos en salud con logros marginales en el bienestar social; de allí, el temor a que se impongan las medidas económicas excluyentes —de gran actualidad— alimentadas por un estereotipo de la estética igualmente excluyente y que homogeneiza sin dar cabida a la diferencia ni a la diversidad.

En consecuencia, la medicina y la salud pública deben repensarse: la primera, en función del individuo y la segunda, en torno a la sociedad para armonizar con el ambiente, de tal forma que busquemos el estado de salud y de bienestar individual y colectivo. Para ello, se debe trabajar en la interfase entre los programas altamente especializados y la salud pública, los avances tecnológicos y los desarrollos sociales.

De la interacción expuesta y de la manera como la afrontemos se redefinirá el papel del médico en la comunidad, el cual debe articular el afán de logro de la medicina altamente especializada y el del cuidado de la salud pública, para que el primero mantenga la estructura y la función y el segundo garantice la permanencia y el éxito de la persona individual en interacción con el grupo.

Por otro lado, los altos costos para la formación en salud han llevado a algunas universidades a masificar las facultades de salud sin tener en cuenta la infraestructura, los recursos ni la capacidad de docencia de los profesores, o lleva a hacer énfasis en aquellos campos de la medicina que impliquen un menor costo que generan una situación de formación parcial y de mala calidad que no suele corresponder a las demandas de salud de la población.

La información en medicina tiene un gran auge que se caracteriza por la especialización de la misma; esto ha generado la multiplicación de las publicaciones en forma de textos y publicaciones periódicas que, aunadas al progreso de internet, se presentan como una amenaza más que como una ayuda para el equipo de salud. Las dificultades en el manejo de la tecnología, su rápida innovación y obsolescencia, y lo precario de la infraestructura están abriendo brechas entre los que cuentan con la información y los que presentan dificultades.

La cantidad de información demanda hoy del médico el aprendizaje de estrategias de selección y análisis de la información, habilidades en el manejo de la tecnología y un criterio clínico más crítico para guiarse por los indicios y no por la moda.

Además, los pacientes están mejor documentados con la democratización de la información, lo cual ha vuelto más simétrica la relación médico-paciente y ha aumentado la participación del paciente en la toma de decisiones. Lo mismo ha sucedido en la relación estudiante-profesor, en la cual el primero tiene más información y es más ágil en su manejo, y el segundo detenta la experiencia necesaria para su aplicación efectiva en el paciente. Estas nuevas circunstancias demandan un cambio en las relaciones del médico.

La diferencia entre los que generan, almacenan, comercializan y difunden información y los que la reciben y utilizan hoy, no está mediada por un conocimiento universal, patrimonio de la humanidad, sino que se encuentra protegida por patentes y derechos de autor, convirtiendo el conocimiento en mercancía y la educación en un servicio más que en un derecho fundamental de las personas. Nos surge, entonces, la pregunta: ¿debe pagarse por la información médica para beneficiar a la humanidad?, ¿quién debe pagar por ella?, ¿es ético que quien no tenga acceso a la información no se beneficie de ella cuando su vida y salud están comprometidas?

Las publicaciones en revistas indexadas, que constituyen la moneda de la academia, con frecuencia consideran irrelevantes y de mala calidad los trabajos presentados por los países en desarrollo, aunque estén mejor orientados a la solución de los problemas de salud. Esta asimetría dificulta el intercambio de conocimiento entre las comunidades científicas y

genera una dependencia del conocimiento foráneo disfrazado en títulos prestigiosos y complejas estadísticas que al ser analizados en detalle responden más a intereses de los que financian la investigación, los caprichos de los investigadores, las coyunturas para investigar y, también, como respuesta a problemas sociales. Este último tipo de investigación es la que deben realizar nuestras universidades para alcanzar la transición de la investigación descriptiva a la investigación relevante y pertinente que acorte la distancia con los grupos de investigación más avanzados.

Para poder realizar los cambios requeridos y transformar las facultades de salud y sus programas en facultades y programas de calidad es necesario fortalecer la formación docente y formar verdaderas comunidades científicas en centros de formación que sean capaces de retenerlos y brindarles unas condiciones laborales que les permitan generar el conocimiento y el desarrollo necesarios para contribuir a resolver los problemas de salud de las comunidades desde la academia, evitando así estar de espaldas a la realidad de los problemas de salud de la comunidad.

La formación de los médicos y de los formadores debe tener presente los cambios en el ambiente médico, educativo y profesional. Este ambiente comprende los cambios en la pirámide poblacional, el cambio del cuidado agudo al crónico, lo cual requiere de un manejo en casa más que uno hospitalario, es decir, exige la participación de equipos interdisciplinarios centrados en hospitales de base.

Igualmente, se deben buscar estrategias que eviten la desconexión entre las supraespecialidades, el médico general y la salud pública. Además, los desarrollos de la genética y su dependencia de tecnologías y laboratorios altamente especia-

lizados generan nuevas condiciones para el ejercicio de la profesión de médico.

La historia clínica electrónica y las leyes en salud, unidas a la intermediación de la relación médico-paciente por un mediador que lo asegura, hacen que se modifiquen la confidencialidad y la confianza en el médico.

Por otro lado, la provisión de servicios de salud orientados al cliente hace que ésta se base en los requerimientos del usuario quien demanda una disponibilidad permanente del médico y los servicios médicos que consumen los recursos de salud sin mejorar las condiciones de salud y bienestar general. Por el lado del equipo de salud, el aumento de las mujeres en el ejercicio profesional demanda una formación y una oferta de salud más flexibles.

En consecuencia, la reflexión sobre la ética médica se constituirá en el marco regulador del ejercicio profesional por encima de la legislación de salud vigente en su momento.

Luego de múltiples discusiones y consensos, se recomienda para la formación de un profesional de la medicina una educación para la vida, una relación con su paciente mediada por el honor como garante de la confidencialidad, una gran habilidad de comunicación para mantener la relación médico-paciente, una solidez en la formación científica, una gran responsabilidad profesional que le garantice el cuidado y el acceso efectivo y permanente del paciente. Igualmente, debe administrar los recursos de salud como ordenador del gasto del sistema y mantener la verdad en situaciones de conflicto ocasionadas por la intermediación, los intereses de terceros o durante la administración de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haines A., Kuruvilla S. *Bridging the implementation gap between knowledge and action for health*. Bull World Health Org 2004; 82: 724-31.
2. World Federal Medical Education. *Basic medical education*. WFME global standards for quality improvement. Copenhagen, Dinamarca, 2003.
3. World Federal Medical Education. *Continuing professional development of medical doctors*. WFME global standards for quality improvement. Copenhagen, Dinamarca, 2003.
4. World Federal Medical Education. *Postgraduate medical education*. WFME global standards for quality improvement. Copenhagen, Dinamarca, 2003.