

.....

# ACERCA DE LA NECESIDAD DE REDEFINIR LA EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI: ALGUNAS REFLEXIONES

Jorge Haddad Quiñónez\*

**Ubicando al lector en el proceso evolutivo de la Educación Médica en el mundo.** Desde hace tiempo, el problema de la formación y la capacitación de los responsables de vigilar el estado de Salud de personas y grupos, y de prevenir y tratar sus alteraciones, ha sido una constante en las distintas etapas conocidas del desarrollo de la Medicina. Las características de la cuestión fueron variando significativamente en cada etapa, en la medida en que se modificaban las concepciones acerca de la Salud, desde la medicina primitiva y la antigua, en las que las ideas giraban alrededor de mitos, creencias y temores a lo sobrenatural, hasta la medicina griega, en que empieza a tomar forma el pensamiento médico sustentado en el conocimiento científico de la época, y en la creación de la primera “escuela para la enseñanza del arte de curar” de la historia, que ocurrió en el año 300 A.C. en Alejandría, Egipto. Posteriormente, durante la hegemonía de

Roma, la preocupación por la transmisión del conocimiento médico de una a otra generación (una forma rudimentaria de enseñar medicina) recibió gran impulso por la influencia de la civilización árabe, en la que se crearon escuelas médicas innovadoras en Sevilla y Córdoba, en un proceso que culminó en el Siglo XII al fundarse la Escuela de Medicina de Salerno, Italia, que vino a ser la primera institución

---

\* Ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, ex Presidente del Colegio Médico de Honduras, ex Director del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá, de la Organización Panamericana de la Salud.

“que actuó de manera independiente de tradiciones, mitos e influencias externas”. (1)

Coincidentemente, las grandes epidemias que ocurrieron en esta misma época, a la vez que diezaban a la población de los países de la Europa Central, fueron la causa de importantes cambios económicos y sociales a finales de la Edad Media, y se constituyeron en fuentes importantes de un nuevo conocimiento médico, que alimentaba las decisiones curriculares de la época.

A lo largo de la historia subsiguiente han ocurrido cambios importantes en la concepción universal de la Salud, que han ido condicionando modificaciones relevantes en la educación de los médicos y de otro personal de Salud, hasta llegar a la etapa conocida como de la *medicina moderna*, iniciada a finales del Siglo XIX y afianzada a lo largo del Siglo XX; en el desarrollo de esta etapa se identifican tres determinantes esenciales de tales cambios: *la revolución industrial* ocurrida en ese período, que transformó la dinámica de las relaciones sociales y económicas entre grupos y países; *las dos guerras mundiales ocurridas en la primera mitad del Siglo XX*, que resultaron en la sustitución rápida de los antiguos centros de poder político y de desarrollo técnico y científico ubicados en Europa, por instituciones en los Estados Unidos de América; y *la tendencia de los grupos humanos a democratizar sus procesos de vida y a demandar una mayor participación de la sociedad en la toma de decisiones* que afectan a su bienestar, incluyendo su situación de salud; tales hechos fueron conformando progresivamente una nueva visión de la relación salud-enfermedad, a la que gradualmente se llegó a percibir como un problema social y colectivo, y ya no como una cuestión de índole individual y personal.

Hasta comienzos de la etapa de la medicina “moderna”, la práctica médica era sinónimo de un ejercicio destinado al cuidado de la salud, (ligada más a su recuperación que a su prevención, y menos a su promoción), lo cual era consecuente con la connotación que prevalecía alrededor del término “Salud”; de allí que hasta entonces, el médico era considerado el trabajador de salud por excelencia. Pero los determinantes señalados se concretaron a comienzos del Siglo XX, cuando la Asociación Médica Americana se dispuso a revisar la práctica médica hasta entonces conocida, así como la educación de los

médicos y el rol de las universidades y de los servicios de salud en su formación, frente a nuevas realidades sociales. Los resultados de la revisión fueron expuestos en un Informe elaborado en 1910 por una Comisión nombrada al efecto y coordinada por el Dr. Abraham Flexner, Profesor de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins, documento que “se constituyó en el punto de partida de un proceso de transformaciones fundamentales en la práctica y la educación en medicina” (2) y que ha sido considerado como “una de las publicaciones más notables e influyentes de la bibliografía médica educativa. Su influencia no solamente cambió para siempre las tradiciones de la práctica médica vigentes, sino que se extendió a las universidades, a los Gobiernos y a la opinión pública ... ..” (3)

A partir de entonces, la educación médica ha estado sujeta a los esquemas de trabajo surgidos como consecuencia del Informe Flexner, tanto en Estados Unidos como en países de menor nivel de desarrollo; en las décadas subsiguientes han ocurrido cambios en la forma, en la estructura curricular y en los aspectos metodológicos utilizados por las diferentes escuelas médicas, pero no se ha dado ninguna transformación sustantiva en la propuesta educativa, entre otras razones porque la concepción de la Salud, que es el marco condicionante de dicha propuesta, no se ha modificado en lo esencial; adicionalmente, y en el caso de países como Honduras, es evidente que uno de los factores que más han contribuido al escaso resultado de la educación técnico-científica, incluyendo la educación médica, ha sido, junto a otros condicionantes, la tendencia a adoptar planes de desarrollo educacional generados en otros países, para otras situaciones, y sin contar con los recursos ni las condiciones mínimas de que los últimos disponen para la ejecución de sus planes y programas educativos.

*(Deberá entenderse por “recursos y condiciones mínimas”, en el contexto de este trabajo, a cuestiones tales como la racionalidad en la distribución presupuestaria, la existencia de mecanismos fluidos para la gestión de la educación superior, la existencia de una política clara de salud en el país y de un sistema de servicios de salud propicio para el desarrollo de modelos de aprendizaje a partir de situaciones de trabajo).*



*De donde, al iniciarse el Siglo XXI y frente a nuevas condicionantes contextuales, sociales y económicas que caracterizan a la Salud de los grupos humanos en buen número de países, es esencial revisar los procesos formativos en medicina, con la intencionalidad de proveer una base conceptual y metodológica para caracterizar una educación médica acorde con paradigmas y concepciones acerca del trabajo médico, consecuente con las necesidades del momento y las del futuro inmediato.*

*Pero también es fundamental abandonar la tradición de adoptar planes y programas educativos que responden a otros contextos, y abrir paso a mecanismos diferentes de los usuales, sustentados en el estudio, la investigación y la utilización inteligente de la información acerca de áreas críticas y de contradicción entre la formación profesional por una parte, y las necesidades de la práctica profesional, por otra.*

**Algunas premisas para el análisis de los procesos formativos en ciencias médicas.** Todo esfuerzo que se oriente a analizar y caracterizar la educación de los médicos para el Siglo XXI deberá fundamentarse en los resultados de un proceso investigativo que permita profundizar en los elementos técnico-conceptuales, administrativos, organizativos y sociales que caracterizan al sistema de educación superior en cualquier país; las investigaciones se orientarán a identificar, al interior de dicho sistema, las formas de relación e interacción de las entidades responsables de la formación médica, por una parte, y las políticas públicas que tienen que ver con los sectores de educación, de salud, de asistencia social, y de trabajo, por otra. Se requiere además, para profundizar en el análisis, contar con una caracterización de los escenarios en que se desarrolla la vida cotidiana de los grupos humanos de un país, enfatizando tanto en sus componentes sanitario y epidemiológico, como en los de tipo social, económico y político.

No es propósito de esta contribución entrar en una discusión sobre estos elementos; ello solamente puede hacerse cuando se cuenta con una base informativa originada en estudios e investigaciones realizadas con

este fin. Nos limitaremos, en esta ocasión, a plantear las siguientes *premisas básicas para el desarrollo de un proceso tendente a redefinir la educación de los médicos para las próximas décadas*, en países con condiciones similares al nuestro:

1. La organización de la educación médica es un trabajo complejo que requiere de una serie de actividades que deben ordenarse y sistematizarse hacia el alcance de un objetivo común; ello implica el ajuste, no sólo a los fundamentos de la política educativa nacional, (particularmente de la educación superior, universitaria), sino además a otros determinantes relacionados con el *estado de salud de la población, los tipos de práctica y ejercicio profesional, los perfiles epidemiológicos cambiantes, la racionalización en el uso de los recursos y la tecnología, y, por encima de todo, el fortalecimiento y la recuperación de los valores humanos a que deben sujetarse el pensamiento y la acción de los trabajadores de la salud como miembros de una sociedad*. Es usual que el desarrollo institucional se oriente a:

- **generar y diseminar el conocimiento médico**, lo que se espera alcanzar a través de la investigación, el desarrollo curricular y la actividad educativa propiamente dicha;
- **crear condiciones para que se produzca el aprendizaje del conocimiento nuevo** y la consolidación del establecido, en la medida en que sean relevantes para el desempeño profesional; es a esto que se refiere la sistematización del conocimiento en un currículo, así como el desarrollo de técnicas, estrategias y propuestas metodológicas destinadas a facilitar y promover la internalización de dicho conocimiento por parte de los estudiantes, y que van desde la simple transferencia de la teoría hasta el desarrollo de experiencias de trabajo-aprendizaje en el marco de la atención y el abordaje de problemas de salud individuales o colectivos, en los servicios de salud;
- **impulsar el desarrollo organizacional al interior de la instancia educativa**, entendiendo como tal, la provisión de una infraestructura física y de equipo que facilite y propicie al aprendizaje; el reclutamiento y mantenimiento de una planta docente capaz de crear situaciones propiciadoras de un aprendizaje creativo y significativo para el desempeño futuro de los estudiantes; y finalmente, el aseguramiento de relaciones e interacciones

fluidas con el sistema de servicios de salud del Estado, con los gremios profesionales pertinentes y con los gobiernos locales y departamentales que requieren de personal calificado para proveer atención de salud de calidad a sus poblaciones.

En la búsqueda de tales condicionantes, las instituciones han sujetado sus actividades de desarrollo curricular, metodológico y administrativo al seguimiento de “tendencias”, que en realidad vienen a ser orientaciones y directrices organizadas y sistematizadas con base en parámetros establecidos a nivel internacional, y que usualmente obedecen a un interés y una motivación que poco o nada tienen que ver con las urgencias y demandas locales.

*Esta práctica debe ser abandonada, en atención a la evidencia de que no existen “tendencias” universales para educar a los profesionales y técnicos en ningún campo del conocimiento; solamente existen hechos y circunstancias propias de cada país o región, que afectan a diferentes grupos de población, y que, al asociarse con el entorno y otros determinantes, definen esquemas y comportamientos individuales y colectivos que contribuyen a generar los problemas cuya solución es, precisamente, el objetivo central de toda actividad educativa superior.*

2. El desarrollo de la educación profesional en salud, particularmente la de los médicos y las enfermeras, es un proceso permanente y sostenido, de investigación y análisis de los modos como la sociedad y el Estado perciben y valoran la Salud y sus determinantes. En efecto, el entorno nacional, regional y local está sujeto a una dinámica de cambio constante, por la influencia de factores sociales, políticos, económicos, demográficos, epidemiológicos y ambientales que, al interactuar entre ellos de manera sostenida, crean condiciones propicias para:

- a. **reconceptualizar la Salud**, ampliando su dimensión hacia el bienestar individual y colectivo, de derecho humano fundamental, y de oportunidad para el disfrute de mejores opciones de educación, de trabajo, de alimentación y de recreación para todos,
- b. **percibir y reconocer** la existencia de nuevas demandas y necesidades de la población, y sus

condicionantes, y

- c. **redefinir el objeto** de trabajo de los profesionales y técnicos (la atención a dichas demandas y necesidades) y consecuentemente, replantear el objeto de estudio e investigación de los procesos formativos, y de las instancias en que estos se desarrollan.

El autor aspira a que el lector coincida con su apreciación en el sentido de que la puesta en práctica de estas condicionantes implica el desarrollo de una actividad constante, integral, sin las atomizaciones artificiales que caracterizan hoy en día a la educación superior, y que requiere, además de una cuota de participación de docentes y estudiantes, de administradores y personal de apoyo, de profesionales y técnicos, de la Universidad y de los gremios pertinentes.

*En otras palabras, deberá entenderse por reforma y reorientación de la educación superior en las ciencias de la salud (y no solamente en ciencias médicas), a un proceso permanente de análisis, monitoreo e investigación alrededor de áreas críticas del proceso educativo, cuyos resultados alimenten la gestión de la actividad formativa, particularmente en lo que hace a las decisiones curriculares, administrativas y operacionales correspondientes.*

*Las reformas no deben darse por decreto. Ni pueden ser sujeto de plazos ni fechas de inicio o de finalización; sobre todo, no deberán apoyarse en modelos que han sido formulados para enfrentar situaciones diferentes a las locales, ni tampoco en supuestos, recomendaciones o “resoluciones” de grupos o entidades externos al ente responsable nacional.*

3. La redefinición de los objetos de trabajo y de estudio e investigación de los profesionales de la Salud determina la necesidad de mantener, como componente esencial de las acciones de revisión curricular permanente, un sistema de vigilancia y monitoreo del proceso formativo, en función de las variaciones en el contexto y en la práctica profesional; sus resultados



serán la fuente primaria de información y de datos (inteligencia) para poder identificar y caracterizar las contradicciones y discrepancias entre los contenidos de la formación y el objeto de trabajo y estudio, (áreas críticas) como consecuencia de las nuevas necesidades y demandas sociales.

*La respuesta curricular ante las discrepancias y contradicciones puede tener dos modalidades: una, fortalecer y consolidar el aprendizaje de los contenidos existentes (la solución es, en este caso, de naturaleza metodológica); la otra será la incorporación a los currículos y planes de estudios, de nuevos campos del conocimiento pertinentes al problema.*

*Es a la implementación de estas modalidades a la que se refiere, en el lenguaje pedagógico, el término DESARROLLO CURRICULAR; y, a la vez, es esta connotación la que determina que el proceso de dicho desarrollo sea de naturaleza permanente, participativa e incluyente.*

4. La cuarta premisa para la consideración del lector tiene que ver con la conveniencia de institucionalizar una nueva forma de trabajo en la formación de profesionales y técnicos, consecuente con una manera diferente de percibir la Salud de personas y grupos, y con los principios planteados en las propuestas de reforma de la atención sanitaria (y también en las “reformas” en el campo educativo, particularmente a nivel de las instancias responsables de impulsar los cambios propuestos). Pero no compartimos la noción de que “reformular” no se reduce a una simple sustitución de las regulaciones y esquemas vigentes, ya agotados, por nuevos instrumentos normativos que en el fondo no cambian nada sino que tienden a mantener lo sustantivo de la tradición, aunque sean presentados con un ropaje aparentemente innovador; por el contrario, se trata de abrir espacio a una cultura diferente en la gestión y la administración de los procesos de trabajo, de las instancias que los impulsan, y, esencialmente, de todos los actores involucrados, sean estos docentes, estudiantes, investigadores, autoridades, administradores, personal de los servicios asistenciales, gremios, u otros grupos involucrados. “Los recursos

*humanos son la reforma: cualquier reforma realizada desde arriba de ellos, o paralelamente a ellos, o reduciendo su comportamiento al de agentes económicos u objetos de trabajo, estará condenada al fracaso”*

Al plantear el tema de esta manera, asumimos la “creación de una cultura diferente para la gestión de los procesos formativos”, como, en primer lugar, la necesidad de romper con la tradición, aún reconocida y vigente, de planificar y sistematizar el conocimiento “aceptado”, atomizándolo y distribuyéndolo en una estructura curricular predeterminada, rígida, que por lo general obedece a criterios y requerimientos técnico-administrativos institucionales, y que tiene muy poca o ninguna relevancia para satisfacer las necesidades de aprendizaje que se requieren para enfrentar los problemas prioritarios de salud de la sociedad; y en segundo lugar, como la apropiación de nuevas formas y hábitos de trabajo para la gestión de los procesos educativos, particularmente en lo que se refiere al desarrollo curricular y metodológico, sustentado, como ha sido señalado, en el estudio y la investigación permanente tanto para caracterizar dichos problemas, como para precisar las necesidades de intervención educativa para superarlos.

*La convicción personal e institucional acerca de los beneficios potenciales de esta forma de organizar y plantear opciones educativas a los problemas sanitarios de la población, es condición esencial para que un país, o una universidad, o un grupo social determinado puedan proceder, de manera gradual y reflexiva, a la construcción progresiva, con amplia participación, de una política educativa (en su dimensión de política pública esencial), en este caso para la formación de los trabajadores que requiere el sistema de salud, en el marco de las reformas y de las nuevas formas que el país tiene de percibir el problema sanitario nacional.*

**Determinantes de la planificación y del desarrollo de la educación médica en Latinoamérica.** En la primera sección de este trabajo hemos intentado transmitir al lector una información sumariada de los cambios más significativos ocurridos en el proceso



histórico seguido por la educación de los médicos desde que el hombre tuvo capacidad para diferenciar el estado de salud del de enfermedad hasta nuestros días. Se ha tratado, a lo largo de la información transcrita, de establecer un patrón de relación entre la visión predominante en cada período histórico acerca de la salud, y la caracterización de los actores responsables de su vigilancia, su mantenimiento y su recuperación. (5) Y en la segunda sección, hemos aportado, como insumos para el trabajo, algunos lineamientos orientadores para un eventual replanteamiento del tema de los trabajadores en estos tiempos de reformas a los modelos de atención, relevando las implicaciones en su formación.

*(Permítasenos recordar al lector que dado el enfoque del artículo y de esta Revista, si bien se enfatiza el caso de la educación de los médicos, en realidad los principios esenciales que a continuación se exponen, son pertinentes a la formación de todos los integrantes de los equipos de trabajo sanitario).*

Nos permitimos someter a la consideración de los interesados en estos temas, una propuesta orientada a que la redefinición de los procesos formativos médicos para las próximas décadas esté sustentada en criterios y determinantes diferentes de los que se han utilizado hasta ahora, entre ellos los siguientes:

**a. educación médica y situación nacional:** es usual relacionar las decisiones educativas a la situación de salud de un país, a su perfil epidemiológico actual y prospectivo, a factores políticos, demográficos, de desarrollo social y económico, ambientales, y, obviamente, al acceso que se tiene a los avances técnicos y científicos en medicina, enfermería y salud pública. Son elementos que continúan siendo válidos como condicionantes del desarrollo de la salud y la educación, y como tales, son insumos esenciales para organizar una respuesta educativa a los problemas nacionales. Por fortuna, la mayoría de las Universidades del continente cuentan ahora con acceso a información actualizada y relevante al respecto, tanto en los centros de documentación nacionales, como a través de las facilidades de la moderna tecnología de la comunicación. Pero en el interés

de aportar significativamente a la reorientación de la educación de los trabajadores de la salud, creemos necesario sugerir a los entes formadores que deberán esforzarse en profundizar en el conocimiento del problema de las *desigualdades sociales* como un componente de los escenarios actuales y futuros en países como el nuestro, y como determinante de la precariedad de las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población; el tema ha sido, hasta ahora, ignorado a la hora de formular y desarrollar planes, programas y procesos educativos.

El análisis de las desigualdades es parte esencial del estudio de la dimensión socioeconómica que caracteriza a un país; tanto esta como aquellas *se traducen* en inequidades y limitaciones y precariedades en la salud, la educación, la capacidad para el trabajo, y las opciones para el bienestar. La Organización Panamericana de la Salud ha identificado entre las principales desigualdades que afectan el estado de Salud de la población, a las que se refieren a la esperanza de vida al nacer, al riesgo de enfermar y de morir, a la oferta y producción de servicios de salud y al acceso de la población a estos, al acceso a agua potable y sistemas de saneamiento del medio, y en general, a los determinantes conocidos de la salud. (6) Definidas así, deben ser consideradas como *parámetros esenciales* a considerar no sólo en el proceso formativo de los médicos y otros trabajadores, sino también en la educación de miembros de otros sectores sociales, cuya participación en la búsqueda de soluciones es también crucial.

**b. educación médica y políticas de salud y de formación de personal:** por lo general, se atribuye la insuficiente respuesta a los planes de salud y a los programas de desarrollo de personal de salud, entre otras cosas, a “la falta de políticas”, entendiéndose como “políticas” a la exposición ordenada, verbal o escrita, de propósitos, objetivos, y metas a alcanzar (hay evidencia de que en no pocas ocasiones, una “política” ha sido percibida como un listado de actividades a ser desarrolladas en un campo determinado de la administración pública). En opinión del autor, son enfoques erróneos, ya que “el problema no radica en la “falta de políticas” sino en el origen de estas, y en el modo como han sido formuladas



(generalmente en los niveles de poder o por influencia de organismos externos); ello explica su inoperancia ulterior, dado que su origen está ubicado lejos de la realidad en que viven los grupos humanos y de sus necesidades prioritarias.....”

Para efectos del propósito de esta contribución, proponemos que una Política deberá ser entendida como *un planteamiento (implícito ó explícito) de una forma de percibir un problema fundamental de la sociedad, y de un modo de pensar (la teoría) y de actuar (la práctica) para enfrentarlo*. Es la cultura de trabajo de que se hablaba en la premisa 4, en la que, a partir de un análisis de situación se pueden identificar *áreas críticas* de mayor gravedad y magnitud (áreas prioritarias), así como construir opciones de trabajo sustentadas en criterios de *factibilidad y viabilidad* reales, disponibilidad de recursos, garantía de sostenibilidad de los resultados, grado de receptividad por los grupos a los que se dirigirá la acción, correspondencia con una política general de desarrollo del Estado, y, evidentemente, un desarrollo educacional coherente y pertinente a la situación general a enfrentar, entre otros. Como ejemplo ilustrativo, permítasenos señalar que en la mayoría de las propuestas de reforma sanitaria del momento en varios países, incluyendo a Honduras, se han hecho esfuerzos por caracterizar áreas prioritarias de atención, al tiempo que se han incorporado al trabajo sanitario conceptos como el de descentralización de la atención, nuevas funciones de la Salud Pública, participación social incluyente, equidad, promoción de la salud, intersectorialidad y desarrollo de asociaciones y alianzas con otros sectores.

*Pero para que esto pueda ser considerado realmente como una política, es condición esencial que cada uno de sus componentes sea consensuado y aceptado por todos, como medio de construir no solamente un documento, sino un modo de trabajo habitual y permanente. Una política de salud así concebida, derivará en otras políticas relacionadas, particularmente la que se refiere a la educación de los trabajadores del sector, entre otras.*

c. educación médica y práctica profesional: ha

sido señalado anteriormente en este trabajo el hecho de que las propuestas para el ejercicio médico y de enfermería en la actualidad continúan ciñéndose a las ideas básicas que fueron propuestas en Europa y Estados Unidos en la transición del Siglo XIX al XX, esto es, al enfoque esencialmente curativo dirigido a tratar la enfermedad del individuo; es por ello que, una vez que la formación ha superado la etapa de las ciencias preclínicas, el 71% de los contenidos curriculares de las etapas subsiguientes, enfatiza el conocimiento clínico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y que los estudiantes pasan en los servicios hospitalarios aproximadamente un 70% del tiempo docente dedicados al aprendizaje de estos conocimientos, lo cual es congruente con la visión que se tiene acerca de lo que se piensa que debe ser el ejercicio profesional; y es por ello también, que la práctica profesional en salud probablemente se mantendrá, en los países latinoamericanos y durante largos períodos todavía, distribuida en los subsectores privado (que es una práctica esencialmente de tipo curativo), público (mayormente asistencial y curativa, y en menor grado, preventivo y de salud pública) y de las diferentes modalidades de seguridad social conocidas (que usualmente son de tipo semiprivado), sistema que tiene una amplia y efectiva cobertura en algunos países - Chile, Costa Rica, Colombia y México entre ellos- pero que se reduce solamente a la protección de la fuerza de trabajo de la administración pública y de la empresa privada. Señalemos además, la existencia de grandes sectores de población que **siguen sin tener acceso, por diversas razones, a ninguna de estas modalidades de atención**, a pesar de los esfuerzos que se hacen para superar esta situación, en Honduras y otros países.

*Concluimos entonces, en que NO es la práctica profesional lo que debe determinar el modelo educativo como se ha dicho; todo lo contrario: es a través de la educación profesional (especialmente de la apropiación del conocimiento que se promueve), que se pueden generar transformaciones y reformas, en el entendido de que ello solamente ocurrirá en la medida en que ella esté basada en el estudio y la investigación*

*de los problemas nacionales prioritarios de salud, como fuente de un conocimiento que sea significativo para el desempeño y la práctica.*

- d. educación médica y el objeto de estudio y de trabajo de los trabajadores:** el autor ha insistido, en ocasiones anteriores, en el valor de la educación profesional como instrumento para mejorar las condiciones de vida de la población, cuando esta parte de una *redefinición de los objetos de estudio y de conocimiento* que requiere el trabajo, como punto de partida del proceso de aprendizaje. (7) Y en esa línea de pensamiento, ha relevado las contribuciones de distinguidos educadores latinoamericanos como María Isabel Rodríguez, Rectora de la Universidad de El Salvador, cuando señala que “uno de los cambios fundamentales en la concepción de la medicina y la salud es la redefinición del objeto de estudio y del conocimiento como elementos esenciales del trabajo sanitario” y cuando convoca a “buscar formas de organizar la educación en torno a un objeto de conocimiento enfocado en la salud de la comunidad y del individuo en su contexto social...” (8)

*La identificación del objeto de conocimiento como un determinante de nuevas formas de trabajo obliga a la necesidad de organizar el aprendizaje de nuevos campos del conocimiento en salud, de propiciar el uso de metodologías y técnicas que lo faciliten, y de crear sistemas efectivos para su monitoreo, su seguimiento y su evaluación permanentes.*

- **aprendizaje y nuevos campos del conocimiento médico:** M. A. Roschke, distinguida educadora en salud, ha identificado al aprendizaje como un proceso social (es estimulado por las relaciones sociales e intercambios entre individuos), evolutivo (no es producto de la acumulación, agregación o sustitución de informaciones); ha señalado también que todo análisis de la práctica de salud a nivel institucional revela que “gran parte de las situaciones-problema que confrontan los trabajadores involucra dos modalidades de conocimiento: el especializado (adquirido a lo

largo de la formación académica), y el operacional (desarrollado a partir de la experiencia en el trabajo), que permite identificar porqué una acción de salud logra resultados en unos casos, y no los logra en otros, o decidir cuando es pertinente el uso de determinada tecnología y cuando no lo es, o reflexionar sobre diversas alternativas y cursos de acción.” (9); Roschke sigue la línea de los educadores modernos al indicar que “tanto el aprendizaje como el pensar, resultan de un proceso de construcción que se efectúa en el plano de las estructuras afectivas como de las estructuras cognitivas de la psiquis”, (cuando uno aprende, aprende por entero, empleando sus capacidades intelectuales y sus emociones), y que el aprendizaje *solo adquiere sentido (se vuelve significativo) cuando responde a un deseo del individuo de resolver una necesidad de trabajo frente a una situación-problema dada.* (10)

Las reflexiones anteriores cobran mayor relevancia cuando se trata de promover el aprendizaje de elementos cognoscitivos que resultan de investigaciones y estudios recientes, de reciente divulgación, ya sea en medicina clínica, o en las llamadas “ciencias básicas”, o en el campo de la Salud Pública y la Medicina Social; o bien, aquellos que surgen como respuesta a situaciones hasta hace poco desconocidas. Si las decisiones educativas han de partir de un análisis contextual presente y prospectivo, progresivamente se irán identificando esos elementos, que a pesar de conocerse como determinantes del estado de salud de una población, siguen estando ausentes de los currículos y los programas de formación de personal.

- **aprendizaje y el problema metodológico:** a partir de las reformas de la educación superior de los años 50 y 60 en varios países, se hizo manifiesto el interés y la preocupación de las instituciones por incorporarse a la tendencia a introducir cambios en las estrategias y metodologías para estimular el aprendizaje por parte de los estudiantes; los Laboratorios de Relaciones Humanas y Educación Médica de los 60s fueron uno de los hitos que cambiaron la concepción de la relación docente-estudiante en que se sustentaron las reformas; la educación libresa proveniente de la Europa de principios





del Siglo XX fue gradualmente sustituida por la discusión, el seminario, el análisis de problemas como base para construir conocimiento, así como su aplicación a las situaciones cotidianas de trabajo; la aceptación incondicional del conocimiento dogmático del “profesor” ha sido reemplazada por la crítica, el cuestionamiento y la participación colectiva, enfatizadas en la pedagogía basada en la problematización de situaciones y modos de desempeño, como medio para aprender activamente, unos de otros; por lo demás, hoy en día la educación superior viene a ser, igual que sucede en otros campos de la vida moderna, un territorio propicio para la utilización de las bondades del desarrollo tecnológico y cibernético que caracteriza a la modernidad, cuando los costos lo permiten.

Pero al margen de la discusión alrededor de nuevas técnicas y estrategias (nivel micro), es de mayor relevancia abordar el tema desde un nivel macro, ó sea, aprovechar la coyuntura actual para impulsar una verdadera transformación conceptual acerca de la educación de los profesionales de la salud, como substrato de una reforma de la educación superior; en tal caso, y sin la pretensión de ser exhaustivos, planteamos tres ejes fundamentales de trabajo:

- **el aprendizaje es un proceso permanente ligado a los procesos de trabajo habituales;** no existe justificación alguna para que la Universidad se desligue de su responsabilidad con sus estudiantes cuando estos cumplen un determinado número de cursos y años académicos, y reciben un grado; tampoco es válida en la actualidad la separación arbitraria entre la educación formal, académica, y las llamadas de postgrado y/o “educación continuada”; el conocimiento (particularmente el conocimiento en salud) es uno solo, ininterrumpido, durante la vida útil del profesional, sujeto a cambios y variaciones, pero de ninguna manera fraccionado, atomizado y disperso;
- **el trabajo es la fuente principal de conocimientos que deben ser aprendidos;** no todas las situaciones a resolver son iguales: “hay casos en que es necesario transformar los comportamientos técnicos a base de reorientar el conocimiento en que se sustentan” (11). El aprendizaje en una

situación de trabajo no se reduce a los conocimientos puramente técnicos, ni a la reproducción de procesos formativos anteriores; por el contrario, cuestiona la propia práctica y su eficacia, al tiempo que promueve el desarrollo personal, profesional y social del individuo (valores), así como la autonomía de pensamiento y de acción (12);

- **el trabajo en salud es un trabajo de equipos; de donde, la educación de los trabajadores deberá ser, igualmente, una educación de equipos;** el trabajo en grupo y en equipos de trabajo es un proceso humano que implica sentimientos, actitudes y acciones, además del conocimiento técnico; se sustenta en los principios de colaboración, de combinación de recursos, saberes y opiniones, y requiere del establecimiento de metas y objetivos comunes; cada uno de sus miembros carga con una parte del trabajo, pero es responsable en un 100% por el éxito ó el fracaso del trabajo del grupo (13). El grupo de trabajo debe ser educado en estos parámetros.
- e. **la calidad de la educación profesional:** su monitoreo, evaluación y acreditación: según Borrell (14) “calidad es una palabra de moda, que se encuentra en los debates educativos, en las propuestas de reforma, en los proyectos de desarrollo de las instituciones educativas y de servicios y producción”; señala que la misma es objeto de “una búsqueda desde diferentes visiones pedagógicas, y esencialmente a partir de situaciones sociales que determinan la lucha política y técnica para encarar aspectos de igualdad de oportunidades y superación constante, tanto en los centros formadores como en el ámbito de trabajo”. Estas aproximaciones de la investigadora citada abren espacio para diversas definiciones conceptuales en el campo educativo; el problema ha sido ya motivo de preocupación de otros estudiosos desde hace muchos años. Passos entre ellos, ha expresado que la calidad “es el resultado integral de determinados procesos de trabajo en el marco de la producción de servicios sociales” (15), y profundiza diciendo que “no es algo intrínseco, presupuesto en los agentes, tampoco una cosa en sí, derivada del alto nivel de formación de aquellos, sino, una condición

compleja en virtud de la cual los agentes productores de servicios aportan significativamente a ella, con el objeto de ofrecerlos o perfeccionarlos, para dar mayor satisfacción a quienes los necesitan...”

Por su parte, Rovere, analizando el tema desde la educación y la atención en salud, señala que “el usuario percibe (o sufre) los efectos de la calidad de la atención, que cuando no es satisfactoria, puede transformarse en un importante problema social”, y agrega que dado que los servicios de salud son servicios de personas para personas, el principal factor de calidad tiene que ver con la disponibilidad, la actitud, el conocimiento y el desempeño de los trabajadores de la salud (16).

Concluimos en que la búsqueda de la calidad de la educación en salud debe ser motivo de inquietud constante, debe manejarse como parte integral del proceso formativo, y sustentarse en atributos tales como *pertinencia* (con las políticas educativas y de salud, programas, metas y objetivos), *efectividad* (en términos de alcance de resultados, objetivos y propósitos en el desempeño), *equidad* (en relación con oportunidades y condiciones de aprendizaje iguales para todos), *capacidad de respuesta* (a demandas y necesidades), factibilidad y *viabilidad* (en términos de recursos, respaldo político y aceptación), y garantía de sostenibilidad en el tiempo.

*De donde, el diseño de un programa educacional en salud implica la formulación paralela y simultánea de un modelo de Gestión de la calidad, que incluya mecanismos para la vigilancia, el monitoreo y la evaluación constantes, que permita el ajuste permanente y oportuno a los cambios en las necesidades y a las modificaciones contextuales.*

**Operacionalizando:** probablemente habrá otras opciones de trabajo derivadas del debate sobre estas cuestiones; ocurre ya en distintas Universidades, ya sea porque se asume la necesidad de ajustar la formación a las propuestas de reforma o a nuevas demandas sociales, o simplemente porque hay conciencia de que los modelos educativos actuales ya no son respuesta a los problemas actuales. Los siguientes son pasos esenciales, (no los únicos) para crear condiciones para redefinir la educación profesional en salud, de cara a los cambios

contextuales que están ocurriendo:

- creación de una instancia de *Desarrollo Institucional*, que incluya acciones de desarrollo curricular coherente con las funciones esperadas en el desempeño de los egresados, que incorpore al proceso el desarrollo de sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación de los currículos, y que apunte a redefinir el objeto de estudio y de trabajo de los profesionales de salud;
- implementación de procesos de *Investigación educacional y operativa* alrededor de las áreas críticas detectadas, con el fin de identificar nuevos campos del conocimiento a considerar en las decisiones curriculares y metodológicas;
- promoción de una *cultura organizacional* al interior de los entes formadores, que facilite el trabajo solidario y el cambio en los estilos de trabajo, facilitando la consolidación del conocimiento (la teoría) y el desarrollo metodológico (la práctica);
- desarrollo de acciones de *vigilancia de la calidad de la educación*, definiendo sus principios básicos, criterios de valoración, y estableciendo un sistema de Gestión del proceso para la sostenibilidad de los niveles cualitativos deseables; definición de mecanismos para acreditar la calidad, con base en los criterios mencionados;
- desarrollo de alianzas solidarias con otras instancias de los sistemas de salud y de educación del país, con gremios profesionales y con instancias de gobierno local o regional; se promoverá la participación activa en el Consejo Nacional de Salud o similares, cuando existan.

#### Citas y referencias:

1. Haddad Q., J.: El desarrollo de los trabajadores de la Salud. Tegucigalpa, 2003.
2. Welch, W.: Medical Education in the United



- States. Harvey Conference, Johns Hopkins University, Baltimore, 1915.
3. Granados T., R.: La reforma de los sistemas de salud: implicaciones. En: La Gestión del trabajo-aprendizaje, J. Haddad y E. Pineda, editores; Tegucigalpa, 1995.
  4. El término “médico” se mantuvo vigente para designar al actor principal del proceso de preservar y recuperar la salud de los grupos hasta las reformas de comienzos del Siglo XX; luego se acuñó el término “personal de salud” para designar a profesionales y técnicos sanitarios, y a partir de las reformas de 1972, cobró mayor vigencia el término “recursos humanos”, consecuente con la visión economicista de la salud propuesta entonces.
  5. La Salud de las Américas, publicación científica N° 587 de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2002.
  6. Haddad Q., J.: op.cit.
  7. Rodríguez, M. I.: Lo biológico y lo social en la formación de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1994.
  8. Roschke, M. A.: Aprendizaje significativo en los servicios de salud. En: Ed. Permanente en Salud, J.Haddad y E.Pineda, editores, Tegucigalpa, 1997.
  9. Roschke, M. A.: ibid.
  10. Davini, M. C.: Educación Permanente en Salud, Serie PALTEX N° 38, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1995.
  11. Davini, M. C.: op. cit.
  12. Charnes, G.: Ponencia ante un Taller de Evaluación de procesos de Educación Permanente, Antigua Guatemala, 2003.
  13. Borrell, R. M.: Evaluación y acreditación de programas educativos de personal de salud, Buenos Aires, Argentina, 2000.
  14. Passos Nogueira, R.: Perspetivas da qualidade em saúde, Qualitymark Editora, Río de Janeiro, Brasil, 1997.
  15. Rovere, M.: Gestión de la Educación Permanente en Salud, En: Educación Permanente de Personal de Salud, J. Haddad y E. Pineda, editores; Tegucigalpa, M.D.C., 1997.

ÚLTIMAS ADQUISICIONES EN LA COLECCIÓN DE BIBLIOTECA MÉDICA  
"FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"

No.	AUTOR	TITULO
1	COTRAN RAMZI, S.	ROBBINS PATOLOGÍA ESTRUCTURAL FUNCIONAL
2		SOME THIROTROPIC AGENTS
3	WORLD HEALTH ORGANIZATION	CARDIOVASCULAR CARE OF THE ELDERLY
4	WORLD HEALTH ORGANIZATION	WORLD DIRECTORY OF MEDICAL SHOOLS
5		VADEMECUM DE MEDICAMENTOS: PHISICIANS DESK REFERENCE: CENTRO AMERICA Y REPUBLICA DOMINICANA
6	SNELL, RICHARD S.	CLINICAL ANATOMY FOR MEDICAL STUDENTS
7	POTTER, PATRICIA A.	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA
8	WORLD HEALTH ORGANIZATION	SURGICAL CARE AT THE DISTRICT HOSPITAL
9		MANUAL DE LA ENFERMERIA
10	GARCIA TRUJILLO, ODALYS	VIH-SIDA: ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN HONDURAS
11	BEHRMAN, RICHARD E.	NELSON, COMPENDIO DE PEDIATRIA
12	GARTNER, LESLIE P.	TEXTO ATLAS DE HISTORIA
13		DANFORTH'S OBSTETRICS AND GINECOLOGY
14	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE	PAQUETE MADRE-BEBE: LA SALUD IMPLEMENTANDO LA MATERNIDAD SEGURA EN LOS PAISES
16	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA SALUD. COMITÉ ASESOR INTERNA- CIONAL DE BIOÉTICA	BIOÉTICA Y CUIDADOS DE SALUD: DE LA EQUIDAD, CALIDAD Y DERECHOS
17	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	MARCO JURÍDICO DE LA MATENIDAD SEGURA EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE