



Relación entre el Currículum de la Facultad de Ciencias Médicas y las Necesidades de Salud del País.

**Lissette Borjas*
***Jorge A. Fernández V.¹*

Una visión histórica de la evolución del currículum de la carrera de medicina en referencia a las políticas de salud.

PALABRAS CLAVE

Currículo en medicina. Políticas de salud. Educación médica.

RESUMEN

La formación profesional del médico que ocurre en la Facultad de Ciencias Médicas, obedece a un plan estructurado para ocho años de estudio y trabajo - que ha evolucionado con elementos constitutivos de dos paradigmas de educación médica, los modelos “biomédico” y “social”, en el afán de adaptar la enseñanza a la situación nacional. Para visualizar si el plan ha evolucionado acorde a las políticas y necesidades públicas en salud, se realizó este trabajo que involucró una búsqueda documental y una encuesta de percepción a informantes clave. Los anales registran que el currículum de la carrera de medicina nació con exclusivismo del modelo biomédico, pero a mediados del siglo XX incorporó importantes contenidos del modelo social, acorde al desarrollo en el país de los sistemas de salud en forma

planificada. Un ensayo de aproximaciones más cercanas con elaboración participante de perfiles de necesidades y de respuestas, propuesto en los años 80's y con intentos de implementación en los 90's, terminó con momentos de crisis superada hasta 2,002 con la puesta a punto de un último plan ahora vigente. Pero, la percepción generalizada es que, a pesar de tener un planteamiento que incorpora fuertes componentes de medicina preventiva y social, privilegia los preceptos biomédicos, abunda en rigideces y desestructuraciones que conducen a la formación de un profesional con conocimientos fragmentados, escasa capacidad de conducción de procesos administrativos y de gerencia y escaso compromiso hacia la comunidad.

* Profesor Titular de la Unidad de Tecnología Educativa en Salud. FCM, UNAH

** Profesor Titular del Departamento de Medicina Interna de la FCM, UNAH.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias Médicas (FCM), ha hecho importantes aportes al desarrollo de los sistemas de salud del país. Desde su nacimiento en el gobierno reformista de Soto y Rosa (1880), época que fue asociada esencialmente al desarrollo de la medicina asistencial hospitalaria y ambulatoria y las campañas de manejo de epidemias; hasta los replanteamientos de reforma que dominaron la segunda mitad del siglo pasado, han ocurrido momentos en que el modelo de educación médica ha sido replanteado o reformado como una necesidad para estar al día con las ideas del manejo de la salud en el país, más allá de los claustros clínicos y quirófanos, incorporando los enfoques sociales con visión más integral en el manejo de los procesos que determinan y condicionan la salud y la enfermedad. Estas readaptaciones han sido producto de la evolución de la ciencia, el arte y la técnica, puestos a disposición de la formación del recurso humano en función de las mejores prácticas de la medicina y las demandas de la sociedad.

Pero, las preguntas que más reverberan en el curso de la historia son: ¿está cumpliendo la FCM con la misión de formar el médico que el país necesita?, ¿visiona el plan de estudios el objeto de trabajo?, es decir, ¿el egresado está dando respuesta a los problemas de salud en el espacio-población donde se desempeña?, ¿maneja programas o proyectos basados en las necesidades de la población?

Evidentemente los factores más importantes que condicionan la formación del médico provienen del cuerpo académico constituido por docentes, modelo o paradigma de educación en salud, i.e. el currículum, y el entorno subyacente en la academia. Este trabajo intenta dar algunas explicaciones respecto a cómo el currículum de la carrera de medicina, ha evolucionado de la mano de las transformaciones que ha tenido la salud pública del país a lo largo de los últimos cincuenta años.

En el análisis histórico de la educación de las ciencias de la salud, se puede mencionar la existencia de dos paradigmas: uno individual- reduccionista y otro social- ampliado. El primero, fundamentado en el pensamiento científico desde el Renacimiento hasta

finales del siglo XIX (1), ofrece una concepción individualista, somática y biológica de la medicina; más atento a la enfermedad que a la salud, a los aspectos curativos, que a los preventivos y de promoción sanitaria. La formación es predominantemente hospitalaria con escasos contenidos sociológicos, antropológicos, éticos, psicológicos, epidemiológicos, entre otros (2). El segundo paradigma conocido desde mediados del siglo XIX, expresa que “las ciencias médicas son intrínseca y esencialmente sociales y que los factores que afectan el bienestar de las personas se deben fundamentalmente a la relación de las mismas”; formula una serie de principios, donde destaca: “*la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad...las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud/enfermedad,...el camino lógico es promover la salud a través de medidas de carácter médico y social*”.

De ambos modelos se ha alimentado la FCM en su devenir histórico, pero, ¿cuáles han sido los productos?, ¿es congruente el modelo matizado, híbrido, adoptado, con las condiciones y necesidades de salud del país?

En un intento de dar explicaciones a las interrogantes planteadas, a partir de ideas puestas en la mesa de discusión del Consejo Editorial de la Revista, se ha realizado esta investigación, que persigue la secuencia lógica de disponer información razonable en materia del currículum de formación del médico y políticas públicas de salud de la población.

METODOLOGÍA

Al tratarse de un estudio cualitativo, se contempló hacer dos tipos de abordaje para obtención de la información, i.e., la información documental, y entrevistas semi-estructuradas a informantes claves.

Para la revisión de documentos se utilizó la base de datos de la FCM, ubicada en diferentes instancias, tales como la biblioteca, el decanato, UTES (Unidad de Tecnología Educativa en Salud) y otros departamentos; así como la búsqueda de información electrónica (medline, birem), en particular para la formulación del marco conceptual de referencia.

finalizado en 1989 y sometido a las autoridades superiores universitarias para su sanción y puesta en vigencia. Pero todo permaneció en latencia, entre otras razones por oposiciones de política vernácula, hasta que en 1993 se continuó el proceso que concluyó con el rediseño y puesta en marcha del Plan 1995, con operaciones que abarcaban desde el primero hasta el 4° año; no obstante, cuando se inició el proceso de cambio para el 5° año, surgió en los estudiantes un movimiento de rechazo que argumentaba la falta de viabilidad del plan fenómeno reiterativo a los esfuerzos de cambios curriculares observados en las décadas previas- que da lugar en el interior de la Facultad a un estado de crisis que obligó al Consejo Universitario a dejar en suspenso el plan de estudios de la Carrera, pero reiterando la aplicación en adelante del plan 95 a los estudiantes del 1° al 4° año (5).

En 1999, a propósito del “II Encuentro por la Facultad de Ciencias Médicas del 3er Milenio”, se logró el desarrollo de un Plan Estratégico que permitió la identificación de la misión/visión y valores de la FCM, la elaboración de los perfiles del médico y la enfermera que Honduras necesita, así como los lineamientos generales del plan de desarrollo de la Facultad y la formulación estratégica para la implementación del plan de estudios (6). Por su relevancia política y académica se presentan a continuación los elementos relevantes:

Misión: *Ser una unidad académica responsable de formar profesionales de las ciencias de la salud con visión integral, creando, promoviendo y desarrollando conocimiento científico, tecnológico, gerencial, humanístico y de los valores éticos, que a través de la participación activa brindamos a la sociedad hondureña, profesionales capaces de ejercer liderazgo, investigar, analizar y resolver problemas de salud, trabajar en equipo y comprometidos a transformar y mejorar la calidad de vida de la población.*

Visión: *Ser una unidad académica de educación superior con liderazgo en la formación de recursos humanos en salud, en la generación y gestión de conocimientos de políticas de desarrollo técnico, metodológico y científico*

en salud. Con capacidad de conducción y gerencia de proyectos y programas educativos innovadores, pertinentes y de calidad en donde se da participación amplia y democrática a los diferentes sectores internos y externos y donde se promueven y practican valores éticos y humanísticos, contribuyendo efectivamente al desarrollo humano sostenible del país.

Valores: *Calidad, responsabilidad, democracia, equidad, liderazgo, creatividad, respeto, disciplina, calidez, solidaridad, éticos, compromiso social y humano.*

Perfil profesional del egresado

Se estima que el médico general que egresa de la Facultad debe:

- *Responder en forma adecuada a las necesidades de salud de los grupos sociales más expuestos al riesgo de enfermar o morir y con capacidad y flexibilidad para ajustar su formación a las transformaciones de la realidad sanitaria del país.*
- *Tener sólida formación en cuanto al proceso histórico social del país, de su realidad sanitaria y la idiosincrasia de sus habitantes.*
- *Tomar en cuenta y participar conciente y responsablemente, durante el ejercicio de su profesión, de las tendencias de cambio de la sociedad hondureña, sus necesidades y recursos (reales y potenciales) de salud, los avances en la ciencia y técnica médica y la modernización y/o transformación de los sistemas de salud.*
- *Ser poseedor de la metodología científica y técnica que le permitan promover y proteger la salud, detectar tempranamente y coadyuvar a recuperar el daño, en comunidades; diagnosticar en forma precoz y tratar adecuadamente las enfermedades de mayor relevancia en Honduras.*
- *Estar en capacidad de dar una atención eficiente, continuada y oportuna al grupo materno-infantil dentro del campo que compete al médico general y referir los problemas especializados oportunamente a los niveles que corresponda.*
- *Ser poseedor de los conocimientos, destrezas*

La capacidad de diseñar y desarrollar planes, programas o proyectos por parte del egresado es vista también con deficiencia:

“...están materializados, lo que les interesa es ganar plata, tener un buen nivel de vida. La población, las comunidades, son contados a los que les interesa, por ende, qué les va a andar importando diseñar un programa o proyecto...y como no les interesa, no se preparan”. (Consultor internacional).

“...creo que sí, la Facultad les da algo de eso...durante el servicio social tienen la oportunidad de aprender a manejar programas, lamentablemente no todos la aprovechan...” (Ex Decano de la FCM).

“...falta formación, capacidad y experiencia en el manejo de programas...es importante no descuidar la visión de la salud pública, una visión integral de la medicina...preparar al estudiante con capacidad crítica y reflexiva, capacidad técnica para desarrollar metodologías creativas que le permitan responder...” (Ex Decano de la FCM).

DISCUSIÓN

El derecho a la salud por mandato constitucional es inmanente a la persona humana, se ha expresado por consenso planetario en los principios relevantes de universalidad y equidad, por lo que el proceso salud / enfermedad se vuelve una responsabilidad primaria del Estado y sus instituciones, quien en estrecha coordinación con las instituciones privadas y la sociedad organizada, lidera la búsqueda de mejores estilos de vida, la prevención y manejo del daño a la salud, con acciones e intervenciones concertadas que surgen del respaldo legal/social y la planificación estratégica global.

Para ello se ha venido organizando a partir de la segunda mitad del siglo XX un sistema nacional de salud pública, cuya estructura fue acrisolada con la creación a principio de los 50's del Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir de 1970, se consolida el sistema por el impulso y gran soporte político que

recibió cuando, con mentalidad planificadora, se pudo definir un marco político-estratégico congruente con las necesidades prioritarias de salud, logrando visualizar el abordaje de problemas de enorme magnitud y trascendencia con la instauración de medidas preventivas de bajo costo y alta efectividad, desplazando así el modelo de asistencia médica a partir de la prestación de servicios en instituciones hospitalarias y unos pocos centros de salud. Para ello se concibió el establecimiento de redes de servicios, ampliando la atención preventiva y curativa tanto en el área urbana como en los postergados pueblos del sector rural. Era la época de la política de “desarrollo populista”, en franca apertura a la planificación del Estado y la sociedad, que permitió y apoyó procesos de organización y expresión popular, con fuerte inversión de capital oficial.

A nivel mundial terminaba la guerra de Vietnam y emergía una juventud de pensamiento universalista, identificada con los principios de solidaridad, justicia y equidad social, que recorría los senderos de la lucha revolucionaria por alcanzar tales ideales, lo que posteriormente reavivó la llama anticomunista con la “doctrina de la seguridad nacional” y la guerra declarada en el triangulo norte de la subregión centro-americana en los años 80's.

Este particular tramo de la historia nacional significó una forma de trabajo social “militante” alrededor de la reforma que se planteó desde el gobierno pero con fuerte acogida social, demostrada por la intensa y creciente participación comunitaria, parte misma de la estrategia de trabajo establecida.

La minuta doctrinaria descansó en el concepto de ofrecer mayor cobertura a la población (SPT2000), sobre todo a la más desprotegida-rural y urbano-marginal política que fue Instrumentada a través de la estrategia de atención primaria en salud (APS), aplicando lo que hoy conocemos como reconocimiento sistemático prescriptivo que permite intervenciones oportunas desde el nivel local, ante riesgos médico-sanitarios manifiestos o no (7).

La APS se delimitó como **“una serie de acciones e intervenciones de promoción de la salud, prevención primaria y atención directa a las personas, familia y comunidad”**. Sin embargo,

También es un hecho preocupante que el área clínica de la carrera se desarrolla, en su enorme mayoría, dentro del **hospital**, enfatizando el conocimiento clínico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, lo cual brinda una visión de la medicina puramente “**asistencialista**”, subestimando los aspectos de promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Esto determina un enfoque netamente “**biologicista**”, “**biomédico**”, lo cual es congruente con la visión pragmática que se tiene acerca de lo que se piensa que debe ser el ejercicio profesional utilitario, que no permite o limita el abordaje de otros aspectos vinculados al proceso de salud-enfermedad (14).

El estudiante toma contacto con la patología en sus diversas formas de presentación, pero con frecuencia se prioriza las más complicadas, no habituándose al manejo de los problemas de salud que aquejan a la mayoría de la población (85% de los cuales debieran resolverse en el primer nivel de atención). A pesar de tener un fuerte componente de clases de salud pública, que conllevan trabajo en centros de salud e internado rural, el estudiante muestra mucha indiferencia a los abordajes sociales, pues el modelo clínico absorbe su comportamiento.

Durante los primeros períodos académicos de la carrera, existe una hipertrofia de contenidos, los que, a su vez, muchas veces se repiten de un período a otro. La lógica consecuencia de dejar librada la selección y jerarquización de los temas a los involucrados (docentes) en cada área específica, lleva a una sobreestimación de ciertos contenidos de escasa aplicación clínica, social o gerencial.

De igual manera, se encuentra en el “plan” la **fragmentación** del conocimiento, problema detectado por la Facultad hace ya tiempo, pero que no ha logrado resolver adecuadamente. A nivel clínico, la disparidad de priorización de la información por parte de los diferentes servicios, acentúa aún más la diversidad de criterios que se manejan a la hora de definir cuál es la información relevante para el médico general.

La formación médica que brinda la Facultad adolece de la formación óptima en aspectos importantes como la bioética, la epidemiología y planificación en salud. Esto sumado a una escasa

formación en aspectos sociales y otros aspectos humanistas que hacen el manejo clínico diario.

Adicionalmente, la masificación estudiantil desbordante de la FCM ocurrida a partir de los 80’s, el apareamiento competitivo de las especialidades médicas de postgrado en los mismos recintos hospitalarios del pregrado, sin una justa redistribución de derecho y responsabilidades, junto a la disociación docencia-asistencia que se propició con la implantación del **Estatuto Médico**, han sido factores que han condicionado el todavía magro concierto entre las instituciones públicas que manejan la formación de la mayoría de médicos del país.

“Junto con los problemas financieros y administrativos, una de las principales fuentes de la ineficiencia del sector de la salud está constituido por problemas del mercado laboral. En relación a sus ingresos, Honduras cuenta con un número relativamente alto de médicos, pero posee uno de los índices más bajos de enfermeras profesionales del continente. La Secretaría de Salud Pública sigue siendo la empleadora más importante de profesionales de la salud, un mercado laboral fuertemente influenciado por la presencia de sindicatos y asociaciones profesionales de médicos, así como por una legislación laboral compleja, con rigideces institucionales e influencias políticas, que han contribuido a la concentración de médicos y enfermeras en las ciudades principales, la subutilización de CESAMOs y hospitales en horarios vespertinos, y la selección de personal inadecuado para posiciones directivas clave. El gobierno central y la Universidad necesitan ponerse a trabajar juntos para producir una estrategia para la capacitación de personal del sector salud. Entre los aspectos principales que deben ser enfocados se incluyen la apertura en una especialización en medicina general de familia como base para una atención de alta calidad fuera del medio hospitalario, medidas para reducir el alto índice de abandono de estudios en medicina y enfermería, desarrollo de programas de capacitación gerencial y aumento de la oferta de enfermeras profesionales” (15).

refleja el proyecto académico de la institución hacia la excelencia, el liderazgo educativo y el respeto a los valores éticos y humanistas que deben acompañar al ejercicio de la práctica médica.

Para eso es necesario fortalecer el compromiso social de los estudiantes y su vocación humanística, haciéndoles comprender la importancia de la vida humana y la dignidad de la persona como valores supremos, y que los estudiantes adquieran los conocimientos científicos más avanzados para responder a las necesidades de salud de la sociedad hondureña (19). Pero esta visión dista todavía de ser alcanzada en óptima forma por el “egresado”, pues aunque el currículo y el plan estratégico de la Facultad nos parecieran “adecuados”, lo que ocurre en la práctica docente- estudiantil es una especie de “telaraña”, donde se entremezclan fortalezas y mas debilidades, sometidos a intereses particulares de dirigentes y administradores, mas que a los anhelos de servir con calidad a los pacientes y la población.

El mismo Álvarez Sintés señala que el currículo médico de la mayoría de las universidades resulta inadecuado para responder a los acelerados cambios que se viven en la actualidad, y por tanto, el currículo que se maneja es el oculto, expresado en la contradicción existente entre el discurso educativo y las prácticas universitarias. Los propósitos plasmados en el currículo oficial relativos a la capacidad de los alumnos de conocer y transformar la realidad, participar e integrarse a la comunidad y enfrentar los problemas de manera crítica y creativa, resultan muchas veces incongruentes con el currículo vivido en el aula y en la realidad de los servicios (14).

El nuevo perfil para los egresados deberá estar basado en el de un medico general capacitado, entre otros puntos, para comprender las necesidades de salud de las personas consideradas no sólo en sus aspectos físicos sino también psicológicos, familiares, laborales y económicos; promover la salud a nivel individual y comunitario; identificar los grupos de riesgo; diagnosticar las enfermedades prevalentes; estar dispuesto a hacer un uso racional de las tecnologías dentro de un contexto ético, moral y legal; desarrollar estrategias de aprendizaje autónomo que le permitan seguir aprendiendo durante toda su vida profesional.

El nuevo currículo busca incorporar aquellos contenidos que estimulen la adquisición de mayores conocimientos, habilidades y valores en el área de la medicina social y comunitaria, de la atención primaria en salud y de la gestión de salud con énfasis en los aspectos preventivos y promocionales, sin descuidar los aspectos profesionales indispensables para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más prevalentes y un adecuado manejo de referencias para aquellos que sobrepasen las capacidades de resolución de un médico general.

Finalmente los expertos opinaron sobre tendencias a futuro y posibles estrategias que pueden utilizarse en la reconfiguración del currículo de la carrera de medicina, estas son:

- Dar más énfasis a la prevención
- Tomar en cuenta la medicina tradicional
- Incentivar la investigación, sobre todo en problemas nacionales de salud
- Estudiar los nuevos mercados, dentro de la globalización
- Cultivar el humanismo y la comprensión de la realidad nacional
- Impulsar el desarrollo tecnológico y científico, con apoyo en Instruyentación, equipo y recurso humano
- Iniciar procesos de acreditación y calidad
- Coordinar con las instituciones interesadas, el desarrollo de las políticas de atención en salud del país
- Capacitar a los docentes
- Buscar opciones para educación continuada de los egresados
- Propiciar el trabajo en equipos interdisciplinarios
- Reivindicar la integración docencia-asistencia.

En este contexto, es fundamental discutir el papel del estudiante y del docente en la dinámica académica universitaria. Esto permite apoyar el principio de que “toda agenda de cambio universitario debe estar centrada en el estudiante, quien es el actor principal y la razón de ser de la universidad” (20).



20. Organización de Estados Iberoamericanos OEI. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI, París. UNESCO 1,998.