

Bases conceptuales de la Curricular Mèdica

I Parte

Por el Dr. Raul Felipe C&lix'

INTRODUCCION

La premisa fundamental para una practica adecuada es la elaboracion y sub-secuente aplicacion de una teoria correcta que le sirva de guia y que la retroalimete, permanentemente. Actualente, esto es tanto mas importante cuanto que los problemas fundamentales de la educacion y de la practica medicas provienen de la contradiccion casi antagonica entre la teoria y la practica, entre el estudio y el trabajo.

La relacion entre la educaci6n y el trabajo medico cambia radicalmente a partir de la edad media, epoca en la cual la religion y las concepciones aristotelicas dominan la ciencia sumergiendola en la metafisica y en el mas profundo subjetivismo. Como consecuencia surge la division, un tanto arbitraria, del trabajo en manual e intelectual que conlleva el divorcio entre la teoria y la practica, tambien entre el estudio el trabajo.

El discipulo-ayudante que antes adquiria su formacion medica participando activamente, con su maestro, en la solution de los problemas de salud de sus pacientes, se convierte en una categoria social especial denomi-

nada «estudiante» cuya tarea fundamental es el aprendizaje separado del trabajo concreto. A partir de entonces la practica realizada por el estudiante no ha sido mas que una experiencia pedagogica y no una contribucion a la transformacion de la realidad de salud de su comunidad.

Esta nueva concepcion trajo consigo una nueva forma o modo de producir medicos que a su vez imprimio sus características propias a las instituciones encargadas de este proceso y que hoy conocemos con el nombre de "Escuelas de Medicina». Sin embargo, lo mas importante de esto es que dicha concepci6n, en ultima instancia, imprimio su sello a la practica medica a traves de las Facultades de Medicina con su particular modo de producir medicos.

En base a lo anteriormente expuesto consideramos que la problematica conceptual de la educacion medica debemos encararla partiendo de los principios y características generales de la actividad fundamental del hombre como lo es la produccion de bienes materiales y espirituales, es decir, del trabajo. Es mas, la educacion Medica no es otra cosa que el proceso de produccion de medicos y en virtud de tal le son propias o aplicables las categorías y principios de todo proceso productivo tales como relaciones de produccion, fuerzas productivas, medios, tecnicas y metodos de produccion, produc-

tividad del trabajo, relaciones entre infra y supra-estructura, etc.

El proceso de producción de médicos o educación médica está íntimamente relacionado y a su vez subordinado a la estructura económica predominante. Sin embargo, esta relación no es absolutamente rígida sino que por el contrario es dinámica, permitiendo un cierto desfase tanto en el tiempo como en el espacio. Es decir, que una estructura económica subdesarrollada y dependiente no necesariamente y fatalmente debe generar un proceso educativo conservador y reaccionario. Por el contrario, las causas del subdesarrollo muchas veces generan procesos progresistas e innovadores que consideran al recurso humano no como algo inmutable sino que, por el contrario, al igual que los demás fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento está sujeto a cambios cualitativos. En otras palabras, su formación se puede planificar.

La concepción de un recurso humano como elemento planificable convierte al proceso educativo en un fenómeno dinámico de un poder transformador extraordinario. Cuando esto sucede, la educación se convierte en la inversión social más productiva y en el instrumento del desarrollo nacional más efectivo.

Prosiguiendo con el esquema adoptado, consideramos el proceso de enseñanza-aprendizaje como al conjunto de etapas que tiene que cursar el estudiante para convertirse en médico. Este proceso se realiza a través de determinadas actividades, medio y objetos de enseñanza.

La actividad humana específica de educar se llama actividad de enseñanza educativa cuya realización requiere de determinados medios y de una forma determinada de educación denominada «métodos y técnicas de enseñanza».

En el proceso enseñanza-aprendizaje participan dos fuerzas productivas fundamentales que realizan actividades educativas a) los profesores y b) los estudiantes. Entre estos dos fuerzas existen relaciones de producción no solamente enmarcadas en el binomio enseñanza-aprendizaje sino que también en el binomio sujeto-objeto.

Tradicionalmente al profesor siempre se le ha considerado, en forma absoluta, como el sujeto del proceso edu-

cativo y al estudiante como el objeto- Sin embargo, la pedagogía moderna, que cada vez más se acerca a la dialéctica, considera que aunque el profesor siga siendo, en lo fundamental, el sujeto de dicho proceso, en gran medida se convierte en objeto del mismo al retroalimentarse y aprender constantemente de él. Por otro lado el estudiante considerado el objeto, por excelencia, de la enseñanza se convierte cada vez más, en el sujeto de la misma, especialmente ahora que la tecnología educativa avanza aceleradamente y facilita la enseñanza autogestiva o autoaprendizaje.

Además de las señaladas, existen las relaciones entre estas fuerzas productivas (o agentes de la enseñanza) y el proceso de enseñanza-aprendizaje así como las relaciones existentes entre las diversas categorías de estudiantes y profesores. Estas relaciones se caracterizan por el grado de dominio o sometimiento existente entre estas fuerzas o en relación al proceso educativo. Al respecto, es imprescindible buscar un equilibrio dinámico y dialéctico entre todos estos elementos. Estas relaciones serán siempre determinantes por cuanto constituyen la infraestructura del proceso educativo, mientras que la forma o modo de producción de médicos será la superestructura determinada por las primeras.

DEFICIENCIAS Y CONTRADICCIONES DE LA EDUCACION MEDICA ACTUAL

América Latina como nuestro país se encuentran en un proceso de cambio en la búsqueda de mejores circunstancias y alternativas de desarrollo social, hecho real que ha aumentado la exigencia conceptual y práctica a las instituciones de educación superior, que en muchas ocasiones rebasa las posibilidades concretas de las mismas.

La realidad de nuestros países es tan compleja y cambiante que hace imposible establecer un modelo curricular único y completo. Por eso lo fundamental consiste en el estudio permanente de esa realidad que nutra y retroalimente un currículo flexible y dinámico capaz de amoldarse a los cambios de la misma para transformarla. Nos quedamos con un currículo apropiado a nuestras necesidades, que no es ni tradicional, ni reformista, ni innovador, tampoco la suma de los mismos. Es un currículo que contiene lo positivo de los citados y niega lo negativo de ellos; es en sí un currículo dialéctico.

Es de vital importancia conocer, entonces, además de la realidad de salud, los defectos del currículo actual.

1° El enfoque dominante hipertrofia las concepciones biológica, clínica e individual del hombre con el objeto de absolutizar el ejercicio curativo de la medicina preferentemente en un ambiente hospitalario 3°) donde predomina el tratamiento de la patología más compleja de menor frecuencia y en las fases finales de la evolución de la enfermedad. Esta situación se genera por y a su vez reproduce las siguientes contradicciones:

- a) entre los aspectos biológicos y clínicos de un lado y los psicosociales del otro.
- b) entre la medicina preventiva y la medicina curativa.
- c) entre la práctica de la medicina social institucional gubernamental y la práctica individualista y privada de la medicina.
- d) entre, las altas exigencias para la práctica de una medicina comunitaria y la formación del médico para una práctica médica intrahospitalaria.
- e) entre el médico y el paciente, también entre estudiante y paciente.
- f) entre la capacidad del médico para tratar con mayor eficiencia la patología menos frecuente y su incapacidad relativa para tratar las enfermedades más comunes del país.
- g) entre la necesidad de prevenir la enfermedad y promover la salud de un lado y la capacidad casi exclusiva de nuestro médico de tratar solente la enfermedad en sus diferentes etapas de desarrollo.

2) En la mayoría de los casos el trabajo práctico de los estudiantes no pasa de ser una simple demostración pedagógica a lo cual divorcia aún más al estudiante de la realidad de salud y lo margina de los equipos de salud que operan en esta. Esto se debe, entre otros, a los siguientes aspectos:

- a) a la falta de integración de la salud pública al currículo médico.
- b) a los problemas generados por la desintegración docente-asistencial.
- c) a las contradicciones entre la teoría y la práctica.

a las contradicciones entre el estudio y el trabajo.

d) a la falta de integración de la medicina social con las demás actividades curriculares.

La enseñanza de la medicina se realiza en base a un sistema tradicional, anquilosado, inflexible y escolástico que persigue la consecución del conocimiento solo a través del camino invertido de la teoría a la práctica por la vía de las exposiciones magistrales y el desarrollo exclusivo de la memoria en detrimento de la creatividad.

Este sistema genera una actitud pasiva y deformante en el estudiante por cuanto su objetivo es solamente informar y no formar. Se trata de un sistema arbitrariamente selectivo que genera tremendas injusticias al pretender resolver los problemas generados por una Universidad masificada en una sociedad en desarrollo que tiene el deber ineludible, para su superación, de garantizar los sagrados derechos la educación y al trabajo que también implican compromisos universales consagrados en declaraciones universales y preceptos constitucionales. Algunas de las causas de semejante situación serían:

- a) prejuicio o desconocimiento de las categorías dialécticas y las leyes del desarrollo de la materia, la sociedad y el pensamiento y su aplicación como método del diseño y desarrollo del proceso educativo.
- b) falta de una concepción científica (histórica) del proceso, salud-enfermedad.
- c) falta de capacitación didáctico-pedagógica y científico-metodológica de los profesores que los habilite para la enseñanza.
- d) falta de capacitación para el aprendizaje y de apoyo psicopedagógico al estudiante.
- e) rigidez y unilateridad en los sistemas de evaluación.

0 poco conocimiento y mal manejo de la tecnología educativa,

g) ausencia de una cosmovisión progresista y humanista que corresponda a las características morales de la carrera de medicina.

h) ausencia de la enseñanza de los principios de la seguridad social en el área de la medicina.

i) desconocimiento de la legislación sobre los derechos universales del hombre específicamente

en el área de la salud.

OTRAS ENFERMEDADES DEL CURRÍCULO

I. De integración

1° Desintegración a nivel horizontal

- a) nivel de las ciencias básicas donde se da una visión muy particularizada de los sistemas biológicos y aparatos del organismo humano por cada una de las asignaturas de este nivel sin conexión alguna o con poca relación con las demás.
- b) igual situación para las llamadas ciencias médicas preclínicas o intermedias entre sí.
- c) desintegración a nivel de las ciencias clínicas. En ellas este fenómeno es menos notable por tratarse de asignaturas que se ocupan de acciones terminales en la solución de problemas de salud. Sin embargo, existen muchas competencias que necesitan el concurso de muchas especialidades pero que se abordan unilateralmente.
- d) desintegración entre las ciencias generales impartidas a nivel del REC y el resto del currículo de la carrera.

2° Desintegración a nivel vertical.

- a) entre las ciencias básicas y las clínicas.
- b) entre las ciencias preclínicas de un lado y las ciencias básicas y clínicas del otro.

3° Desintegración docente-asistencial la cual, en parte, es producto de la desintegración teoría-práctica y esta, a su vez, de la del estudio y el trabajo.

4° Desintegración entre la docencia, la investigación y la extensión.

5° Desintegración entre los componentes biológico, social, psicológico y programático del currículo con la hipertrofia de uno de sus componentes, conduciendo al biologismo o sociologismo del mismo.

6° Desintegración en la aplicación y manejo de las esferas intelectual, afectiva y psicomotora para la adquisición de conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para la competencia profesional. Los errores en este aspecto conducen al teoricismo, al empirismo o al subjetivismo.

7° Desintegración de la realidad misma al pretender resolver sus problemas a través

de un currículo que no parte del análisis de esa realidad.

8° Desintegración entre la práctica médica (pública o privada) de un lado y la formación y la labor docente del otro. Esto conlleva contradicciones entre la Universidad y la comunidad y/o entre la Universidad y el sector gubernamental.

9° Desintegración y contradicciones entre la educación superior y la enseñanza media. En este sentido, gran parte del tiempo del currículo de la carrera de medicina se dedica a resolver los errores y deficiencias de la enseñanza media.

10° Desintegración y contradicciones entre la enseñanza y el aprendizaje que conducen, a su vez, a la desintegración de los procesos de información y formación.

11° Desintegración e incongruencia entre los médicos y los fines. Los médicos generales son formados por especialidades casi exclusivamente en unidades de alta especialización, en aulas, laboratorios hospitalarios donde manejan patología rara y no en la comunidad donde se gesta la salud y la enfermedad.

12° Contradicciones entre los estudiantes y profesores como protagonistas fundamentales de todo el proceso educativo.

II. Problemas de otra índole

1° Falta de conceptos o ejes integradores de los elementos del currículo.

2° Contradicciones entre las estrategias educativas y los objetivos a cumplir.

3° Ausencia de una filosofía educativa coherente que de un enfoque correcto a la historia natural de la enfermedad, al proceso salud-enfermedad y en general del desarrollo dialéctico del conocimiento médico.

4° Mala programación del proceso educativo y por lo tanto deficiencias en todos los elementos de la misma: control, evaluación y reorientación del currículo. Esto a su vez conduce a una pésima administración del mismo.

- 5° Ausencia de responsabilidad institucional en el desarrollo y evaluación de actitudes apropiadas y características personales en los educandos.
- 6° Ausencia de dinamismo flexibilidad para integrar al currículo áreas nuevas que exige el desarrollo del país, tales como la geriatría, la medicina tropical, la epidemiología y el manejo del retraso mental, de situaciones de desastre, del alcoholismo, etc.
- 7° La indiferencia institucional ante los vicios de falta de moral y ética profesional, tales como correrismo, trato deshumanizado del paciente, fraude en las evaluaciones, consumo de drogas, etc.
- 8° La feudalización de la facultad por la departamentalización extrema de la misma.
- 9° El crecimiento y la influencia excesivas de algún departamento, instancia académico-administrativa.
- 10° La desarticulación, aislamiento o desarticulación de algún departamento o instancia académico-administrativa.
- 11° El academicismo como forma obstaculizante del cambio curricular o como factor elitizante de la educación que enfatiza la preparación de estudiantes para la práctica en áreas altamente especializadas de la medicina, mientras que las necesidades de nuestra sociedad exigen médicas que ejerzan áreas generadas de la profesión.
- 12° El conservadurismo y la renuencia al cambio curricular.
- 13° El descontento injustificado de grupos o personas desestabilizadoras, que pretenden instrumentalizar políticamente el currículo y manipularlo.
- 14° La formulación del currículo exclusivamente en base a modelos extranjeros.
- 15° La creación de currículos que generan, exclusivamente, dependencia tecnológica en equipos, medicamentos, etc). Este hecho exige la utilización de tecnología apropiada para resolver los problemas de salud.
- 16° La tendencia de muchos profesores al conocimiento de la enfermedad humana más que a la protección de la salud humana.
- 17° La tendencia a perpetuar los programas de enseñanza en los que la competencia profesional se demuestra, fundamentalmente, por la formación académica a través de libros y de pruebas escritas que por la capacidad práctica. En este caso se da más importancia al aprendizaje de la disciplina que a su aplicación a la práctica médica. En este sentido, muchas veces tanto profesores como estudiantes no entienden en que consiste el conocimiento funcional, realizando tareas o actividades de acuerdo a los libros o para los exámenes no en función de las aplicaciones prácticas.
- 18° Utilizar el tiempo como constante para la ejecución y cumplimiento de programas independientemente de la diferencia de capacidad y de intelecto de los estudiantes. Es decir, que se obliga que todos los estudiantes aprendan de la misma manera y al mismo ritmo en detrimento del dominio de la competencia.
- 19° Las materias clínicas se enseñan separadamente en función de sí mismas y no de los problemas indiferenciados y complejos de la salud o la enfermedad.
- 20° La repetición de gran cantidad de contenidos en muchas materias afines, debido a desarticulación y al capricho de los departamentos.
- 21° El fomento del aislamiento y el egoísmo profesionales en detrimento del equipo de salud integrado.
- 22° La pretensión de preparar profesionales que defiendan el orgullo nacional en el extranjero y no profesionales que se resuelvan las necesidades nacionales de la salud.
- 23° El empleo de sistemas de evaluación obsoletos que califican la retención memorística de fragmentos aislados de la información y no los de conocimientos, actitudes y destrezas para el desempeño profesional.

Continuara...