

Educación médica, un desafío permanente

Medical Education, a permanent challenge

Gisela Alarcón R.¹

*“El primer curso de medicina fue inaugurado solemnemente por el Presidente Prieto el 17 de abril de 1833.
Contó con 11 estudiantes dispuestos a llegar a ser médicos ...”*

“Historia de la Medicina Chile”, Ricardo Cruz-Coke

RESUMEN

Chile vive profundas transformaciones y los actuales contextos sociales, epidemiológicos, demográficos y culturales, llaman a revisar la formación médica para incorporar saberes y competencias que le permitan al futuro médico/a desempeñarse con calidad y humanismo en escenarios de mediano y largo plazo. Si bien, la formación médica chilena ha sido reconocida ampliamente y se han sumado procesos nacionales de regulación y acreditación obligatoria, es necesario avanzar hacia una medicina más centrada en las personas tanto en forma individual como social. Se analizan estos desafíos bajo la perspectiva de derechos humanos y humanización de la salud, para una incorporación más eficaz en la docencia de pregrado.

Palabras clave: Medicina, educación, salud, derechos humanos, humanización.

ABSTRACT

Chile is experiencing profound transformations and the current social, epidemiological, demographic and cultural contexts call for a revisit of medical education to incorporate knowledges and skills that allow the future doctor to perform with quality and humanism in medium and long-term settings. Although Chilean medical education has been widely recognized and national regulation and mandatory accreditation have been added, it is necessary to move towards a medicine that is more people-centered, both individually and socially. These challenges are analyzed with human rights and humanization of health approaches, for a more effective incorporation in undergraduate teaching

Keywords: Medicine, undergraduates, health, human rights, humanization.

INTRODUCCIÓN

Los nuevos paradigmas en salud nos impulsan a avanzar desde lo curativo a lo preventivo, desde lo hospitalocéntrico a las redes integradas de cuidados en salud, con los usuarios/pacientes/personas al centro y desde el control de enfermedades a la construcción social de la salud y del bienestar. Este nuevo médico/a no está solo, no decide solo, es parte de una organización, de un sistema de salud que lo protege y le exige. Los problemas de salud actuales no se resuelven con la acción aislada de un médico/o por excelente profesional que él o ella sea. Trabaja en red, con interdependencia de otros y otras, con interdisciplinariedad y forma parte de equipos de salud, que actúan en sistemas adaptativos complejos. Utiliza la medicina basada

¹ Decana Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Central de Chile. Correspondencia a: gisealarcon@gmail.com

en evidencia para la toma de decisiones, está centrado en las personas con empatía, compasión y actitud humanizada, es un agente de cambio y líder de procesos en beneficio de la sociedad interactuando con la comunidad en los territorios.

El “*Consenso Global sobre Social Accountability de las Escuelas de Medicina*” (Boelen, 2011) plantea que desde el informe Flexner elaborado en 1910 - que enfrentaba el reto de integrar mayores conocimientos científicos en la formación de médicos - se ha transitado, a nivel global, hacia un conjunto de retos distintos entre los cuales destacan la mejora de calidad, equidad, relevancia y efectividad en la provisión de servicios asistenciales, reducción de brechas e inequidades en salud, redefinición de roles de profesionales de la salud así como la necesaria demostración del impacto en la salud de la población. Un siglo después del informe Flexner, este consenso global constituye un hito para el futuro de la educación médica del mundo entero y propone 10 áreas estratégicas y mejoras necesarias para que las escuelas de medicina sean capaces de dar respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras así como a las demandas de la sociedad, reorientando sus prioridades educativas y las de su investigación hacia las necesidades de la población, reforzando su gobernanza con la incorporación de agentes sociales y utilizando los procesos de evaluación y acreditación, basados en desempeño y resultados, para la mejora continua.

En esta misma dirección, se propone una escala que permite a las escuelas de medicina avanzar desde la responsabilidad social, hasta lograr “*social accountability*” identificando las necesidades de la sociedad para ser consideradas en los objetivos de las escuelas, los que se construyen y definen con esta sociedad, con programas educativos contextualizados, concibiendo a los graduados como agentes de cambio del sistema de salud, con evaluaciones de impacto y considerando a los pares del sistema de salud como parte del equipo.

Sin duda, en Chile, los consensos logrados con la definición de los perfiles de egreso (Informe Final Comisión Perfil Egresado de Medicina de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile y Mínimos comunes del perfil de egreso que propone la Academia de Medicina de Chile, 2023), así como la regulación de las escuelas de medicina a través de procesos de aseguramiento de calidad mediante la acreditación obligatoria consagrada en la Ley 21.091 y la implementación del Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (EUNACOM), han permitido mantener y avanzar en la sólida y reconocida formación médica.

Lo anterior no impide reflexionar críticamente sobre nuevos desafíos y respecto de los que aún siguen pendientes.

DESAFÍOS PENDIENTES

Salud, derecho humano, como hilo conductor de la formación

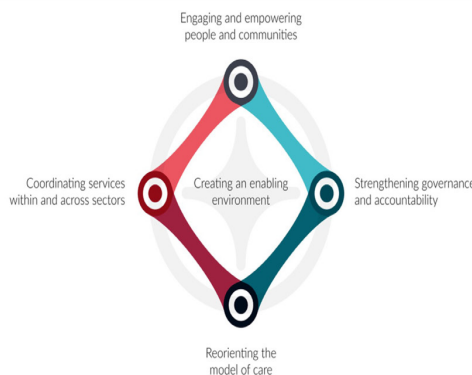
La Organización Mundial de la Salud (OMS) conmemora el Día Mundial de la Salud cada 7 de abril, y para este año 2024 el tema elegido fue “Mi salud, mi derecho” con el objetivo de enfatizar en la necesidad de defender el derecho de todos y todas y en todas partes, a tener acceso a servicios de salud, educación e información de calidad, así como a contar con agua potable, aire limpio, buena nutrición, vivienda de calidad y condiciones ambientales y de trabajo decentes y sin discriminación alguna.

Se reconoce que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, y, por tanto, relacionados entre sí. El derecho a la salud es reconocido como un derecho humano cuya satisfacción se encamina hacia el logro del bienestar de las personas y a un nivel de vida digno. Se orienta hacia la construcción de una sociedad integrada, equitativa, solidaria y justa reconociendo a todas las personas como sujetos/as de derechos, sin distinción de condición socioeconómica, étnica, de religión, sexo, opción sexual, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, nacimiento, edad o cualquier otra condición social; permite una concepción de integralidad, no discriminación, equidad e igualdad social, y favorece a la totalidad de las personas.

Este enfoque considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que son titulares de derechos y obligan a los Estados a su protección, avanzando así hacia la universalización de la salud, de manera de obtener equidad no solo en acceso, sino también en resultados en salud, a través de servicios de salud disponibles y accesibles, respetuosos, con calidad, aceptabilidad e integralidad que aborden los determinantes sociales de la salud.

Declarar que salud es un derecho humano no es algo nuevo y si no realizamos acciones concretas y conjuntas quedará solo en una buena intención que no impactará en la vida y bienestar de las personas. Desde esta perspectiva, cabe preguntarse entonces el rol de la academia en la formación de profesionales de la salud y en la formación médica en particular, para apoyar la implementación de marcos y políticas de salud como las que se mencionan a continuación.

Servicios integrados centrados en personas, familias y comunidades



Previo a la pandemia por COVID-19 (OMS, 2016) se publicó el “**Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona**” señalando la necesidad de abordar las desigualdades en términos de acceso a los servicios de salud, la deficiente continuidad de la atención y los modelos curativos aislados centrados en hospitales y enfermedades, con escasa capacidad de los sistemas de salud para proporcionar una atención universal, equitativa, de gran calidad y económicamente sostenible. El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tiene el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, así como lograr eficiencia en el uso de recursos, satisfacción de usuarios y de trabajadores de la salud y resultados sanitarios. Este marco propone 5 estrategias interdependientes que son: 1) responsabilizar y hacer participar a las personas y a las comunidades; 2) fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas; 3) reorientar el modelo asistencial; 4) coordinar los servicios entre los sectores y dentro de ellos y 5) crear condiciones propicias para el desarrollo de estrategias anteriores.

La realización conjunta de estas cinco estrategias ayudará a erigir servicios de salud más eficaces y entonces, la pregunta es: ¿cuánto y cómo estas estrategias han sido incorporadas en la formación de pregrado de los futuros médicos y médicas como agentes de cambio? Más aún, algunos de estos enfoques estratégicos e intervenciones apelan directamente a esta formación. Entre ellas, la educación sanitaria, las decisiones clínicas compartidas con el paciente, familiares y cuidadores, la autogestión de los propios pacientes, la

capacidad de responsabilizar y hacer participar a las comunidades impulsando la gobernanza participativa, la definición de los servicios prioritarios atendiendo a las necesidades del curso de vida, la coordinación de la atención sanitaria al servicio del individuo, el refuerzo del liderazgo al servicio del cambio, de los sistemas de información y de la gestión del conocimiento, persiguiendo la seguridad del paciente y la mejora de la calidad de las instituciones y de los propios profesionales, etc.

¿Cuántos de nuestros/as médicos y médicas recién egresadas deben asumir roles de liderazgo y gestión en nuestro país, en zonas apartadas y cuantos profesionales de mayor experiencia requieren desaprender modelos aprendidos -durante su experiencia como estudiantes- para abordar procesos y nuevas políticas de salud a nivel nacional?

Luego vino la pandemia por COVID-19 que puso de manifiesto las grandes desigualdades e inequidades -particularmente en la región de Latinoamérica y el Caribe- y los turbulentos tiempos post pandémicos, en materia social y política, así como las naturales resistencias a los cambios, han hecho más complejo lograr aplicar con rapidez las lecciones dejadas por la devastadora pandemia.

Particularmente en salud, la experiencia pandémica hizo más visibles nuestras fragilidades y relevó con fuerza algunas necesidades urgentes como la integración de las comunidades y territorios en la construcción de su propio bienestar, el fomento del trabajo colaborativo con interdisciplinariedad e intersectorialidad, la construcción de redes de salud integradas basadas en la estrategia de Atención Primaria con capacidad de

articular una gestión integrada del cuidado, la capacidad de resiliencia de los sistemas de salud para hacer frente a emergencias prolongadas, el acercamiento de la innovación tecnológica a las poblaciones más alejadas y excluidas con el objetivo de disminuir sus barreras de acceso y la protección a los equipos de salud, entre otras.

Ya en el periodo de recuperación post pandemia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) hace un llamado a los países miembros a través de la **“Política sobre atención integrada para mejorar los resultados en salud”** que constituye una estrategia amplia que combina cambios clínicos, sociales, institucionales y normativos para aumentar la eficiencia en la prestación de servicios de salud, asegurar resultados eficaces y en particular, mejorar la experiencia y la satisfacción de las personas. La finalidad es abordar la fragmentación en todas sus formas, posibilitando una mejor coordinación, comunicación y continuidad de la atención. Esto basado en los grandes cambios demográficos y epidemiológicos de la Región de las Américas, con mayor esperanza de vida, mayor discapacidad y frecuencia de enfermedades no transmisibles y multimorbilidad. Tal como se señala en esta política, **la atención integrada depende de la acción proactiva de equipos interprofesionales por lo que se deben crear programas de formación permanente con enfoque intercultural, de género y de curso de vida, sobre nuevas capacidades y competencias y reconfigurar los mecanismos y las funciones profesionales a fin de proporcionar atención integrada y colaborativa, incentivar a los prestadores a ofrecer atención integrada, en lugar de atención por enfermedades en particular.**

Finalmente, la nueva **“Política sobre el personal de salud 2030: Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes”** (OPS, 2023) se escribe en el periodo post pandémico y parte reconociendo el rol clave de los equipos de salud en la respuesta a la pandemia, así como en el periodo de recuperación social y económica. Esta política propone y plantea acciones prioritarias para fortalecer los recursos humanos en salud de modo que contribuyan a desarrollar sistemas de salud resilientes, se recuperen los logros de salud pública que se vieron afectados durante la pandemia y se retome el camino hacia el cumplimiento de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030* y promueve acciones agrupadas en 5 líneas estratégicas de las cuales y con la finalidad de mantener el objetivo

de este artículo, se subrayarán algunas, las que están además alineadas con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y Los Sistemas de Salud Resilientes* de OPS. Esta política propone fortalecer la gobernanza e impulsar políticas y planes nacionales de recursos humanos para la salud, tema pendiente de nuestro país pues contamos con registros de número de médicos por población, su comparación con cifras de la OCDE y su distribución de acuerdo a los datos de la Superintendencia de Salud así como estudios de brechas de especialistas de MINSAL, pero adolecemos de una planificación de formación de médicos y médicas generales y de especialistas según las necesidades de la población y que trascienda distintos ciclos políticos de gobierno. Lo mismo ocurre con los demás profesionales de la salud.

También se recomienda la conformación e integración de equipos interprofesionales en las redes integradas de servicios de salud basados en la atención primaria, lo que debe ser incorporado en la formación médica de pregrado. Se recomienda también articular la colaboración entre los sectores de educación y salud mediante la enseñanza basada en competencias en particular para los equipos interprofesionales en el primer nivel de atención. Se promueve también la protección física y mental de los trabajadores de salud, lo que se hace especialmente prioritario luego de la pandemia por COVID-19 y desde la salud mental de los estudiantes de pregrado.

Humanización en salud, volver a la esencia

La humanización en salud ha sido abordada desde distintas dimensiones, desde la ética y la bioética en la atención sanitaria, así como también desde la perspectiva organizacional y la acreditación de calidad de los servicios de salud.

Todas estas visiones convergen en la persona y sus derechos como fin último y centro del quehacer sanitario. La consideración del otro/a como persona y sujeto de derechos sin discriminación alguna está en el centro de esta preocupación (Andino, 2018)

En todas y cada una de estas dimensiones la relación bidireccional con la formación médica es ineludible. El/la médica que queremos formar interactúa con personas, con comunidades y al interior de organizaciones y esperamos que lo haga de forma ética, compasiva, con calidad, excelencia y en forma integral y humanizada.

Resulta paradójico que los grandes avances de la medicina en este siglo, vengamos acompañados de la mayor insatisfacción de pacientes y de médicos/as,

así como de la llamada judicialización de la medicina. Esto último se ha vinculado fuertemente a la inadecuada relación médico-paciente, con déficit en la comunicación y escucha activa por parte del profesional. Si bien nadie pone en duda la importancia de saber desarrollar las habilidades necesarias para establecer una buena relación médico-paciente, parece que en la práctica estas cuestiones no son objeto de una atención eficaz en el pregrado.

El propio Flexner, casi 30 años después de su informe, parece evaluar los efectos colaterales de la reforma y escribe de modo clarísimo: “pasé muchos años defendiendo que nuestras escuelas deben prestar más atención al mundo en que sus alumnos están destinados a vivir. Ahora me pregunto si esta corriente no asumió una fuerza excesiva y si estamos dejando espacio para una vida plena, cuando despojamos al mundo de estas cosas inútiles que le otorgan un significado espiritual. Es decir, si nuestro concepto de lo útil no se ha vuelto demasiado estrecho” (Gonzalez, 2019)

Más allá de estar de acuerdo o no con los párrafos precedentes, es evidente que con el progreso de la medicina, los avances científicos y tecnológicos, finalmente se ha producido una “fragmentación” del ser humano para mejor estudiarlo y comprenderlo, lo que pone finalmente en una encrucijada sobre lo que es posible de enseñar en el tiempo de formación limitado para egresar un buen profesional. Qué es lo que un médico/medica no puede dejar de saber, lo que no puede encontrar por otras vías (tecnologías), considerando que los conocimientos científicos emergen con una rapidez abismante y el abordarlos en su completitud excede con creces el objetivo de la formación y sus tiempos.

PERSPECTIVAS Y CONCLUSIONES

Todo proceso de transformación en salud involucra cambios culturales, no está exento de complejidad, traumas y requiere tiempo. Sin embargo, si estos procesos no se inician desde la educación de pregrado, será mucho más difícil lograr su incorporación con posterioridad.

Se han expuesto diversos marcos declarativos internacionales, a los que nuestro país ha suscrito, que tienen por objetivo acercar la salud a las personas y comunidades, con integralidad, universalidad, calidad y resiliencia, apoyando los cambios de paradigmas que hoy se requieren en salud individual y colectiva.

Los países saben perfectamente lo que hay que

hacer y los cambios que se requieren, sin embargo, tal como se ha planteado, las nuevas políticas y modelos serán más factible de operativizar e implementar desde la comprensión de su sentido y desde el “cómo hacer” en la formación de pregrado de los profesionales de la salud. Y la comprensión del sentido está estrechamente vinculada a la concepción de la salud como derecho humano, no solo para lograr equidad en el acceso sino también en los resultados en salud.

Sumarnos, desde la academia, al llamado de la OMS, para posicionar la salud al centro de la agenda de los países, como un derecho humano, implica estar atentos y atentas a nuestros procesos formativos en medicina y salud en general, para incorporar saberes y competencias que permitan llevar adelante los desafíos mencionados. Así como se nos ha planteado formar médicos y médicas cuyos perfiles respondan a las necesidades de salud de nuestra población también es crucial contar con políticas y planificación en recursos humanos de la salud que permita alinear la creación de escuelas de medicina del país con los números y las características de médicos/as que se requiere formar.

Todo lo anterior resulta ser más imperativo que nunca y una tarea que nos compromete a todos y todas.

Desde el enfoque de la humanización, basado en un enfoque de derechos, cabe preguntarse ¿cómo enseñar humanización en el curriculum medico?

Adela Cortina ha señalado, en el 2018, que las humanidades en los planes de estudio *“fomentan la imaginación creadora que nos permite trasladarnos a mundos nunca vistos y potenciar el sentimiento de empatía por el que nos ponemos en el lugar de cualquier otro. Hacen posible superar la trampa del individualismo, que es falso, y fomentar el reconocimiento recíproco de los seres humanos como personas, haciendo patente que somos en relación”*.

Es posible identificar factores que favorecen la enseñanza humanizada de la salud. Entre ellos, diversos autores coinciden en que es imposible enseñar el modelo de medicina humanizada y centrada en el paciente si el docente no está centrado en el estudiante, reconociendo que éste último es el centro de toda Universidad. La fuerza del ejemplo, del docente como modelo a seguir, se torna crucial en el logro de los resultados buscados. Por otra parte, conocido el estrés de los estudiantes de medicina, el desgaste y también las situaciones identificadas como maltrato (Lind, 2019; Bastías-Vega, 2021) como fenómenos globales y de larga data que fueron normalizados en épocas

anteriores. Lo anterior hace más que necesario el acompañamiento a este/a estudiante que en forma progresiva se ve enfrentado/a a situaciones emocionalmente complejas en el transcurso de su formación. La incertidumbre del joven médico/a para establecer prioridades, saber qué es lo que realmente importa, distinguir lo principal de lo secundario, no solo se logra con un conjunto de conocimientos técnicos que van más allá del llamado “currículum oculto”. Requerirá también de capacidad para integrar sus conocimientos, y hacerlos converger en un determinado paciente, requerirá empatía para escuchar y conocer a la persona que tiene al frente, escucha activa para comprender a la persona en forma integral, para escudriñar en los aspectos biológicos y psico sociales de modo de llegar al mejor diagnóstico y luego a la mejor conducta terapéutica, la más apropiada para ese paciente. En este aspecto, la preservación de la empatía con la que los estudiantes de primer año ingresan a la universidad es un gran desafío. Diversos estudios (Leon, 2018) avalan la pérdida de esa empatía durante los años de formación médica y una de las razones esgrimidas es el temor del futuro profesional a que una actitud “demasiado próxima” al paciente le reste objetividad y también le genere dolor por lo que resulta importante enseñar también autorregulación, reconocimiento y gestión de las emociones propias. El lograr espacios de enseñanza-aprendizaje humanizados y saludables en la educación médica resulta también fundamental para lograr finalmente un ejercicio profesional humanizado.

Es de reconocer que no ha sido fácil armonizar los avances científicos con las necesidades reales de las personas, y más bien se ha optado por entregar pinceladas humanísticas a una formación esencialmente científica sin lograr un desarrollo adecuado de humanización o profesionalismo médico moderno. Enseñar a atender a una persona en toda su dimensión humana, con un conocimiento profundo de la enfermedad y de quien está enfermo para armonizar los cuidados que la persona requiere, es el gran desafío. Este es el modelo de profesionalismo que, conciliando objetividad y subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, hace énfasis en la persona. Contempla el caso personal –que tiene un nombre concreto, el de aquel enfermo- con atención, con cariño, sin limitarse a aplicar códigos y reglas, busca hacer siempre lo mejor sin contentarse con lo que está obligado, por normas o legislaciones. Es una ética que encaja perfectamente con la medicina centrada en el paciente – no en la enfermedad - que es

la acción propia del médico humanista. Atender al enfermo con competencia, sin perderlo de vista en el carrusel tecnológico. Incorporar los progresos de modo adecuado, ofreciendo lo que lo mejor de la medicina tiene, de modo personal. Postura y comprensión con las vivencias del enfermo. En una palabra, profesionalismo, que es también el núcleo de la verdadera ética médica (Gonzalez, 2019; Goodwin, 2024)

Todos estos análisis, enmarcados en el enfoque de derechos y humanización en salud, nos interpelan y motivan la reflexión respecto de cómo lo estamos haciendo. Qué estamos incorporando en la formación de futuros médicos y médicas, como lo incorporamos y cuáles son nuestros resultados para seguir avanzando en la construcción de salud en nuestro país, para todos y todas y sin dejar a nadie atrás.

REFERENCIAS

- Andino C. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13, 2, 68-86.
- Bastías-Vega N. & Cols. (2021). Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes. *Revista Médica de Chile*, 149, 617-625.
- Boelen C., Woollard R. (2011). Social accountability: The extra leap to excellence for educational institutions. *Medical Teacher*, august 2011. En: <http://www.researchgate.net/publication/51507227>
- Gonzalez P. & Cols. (2019). Humanización en la docencia a médicos y estudiantes: Desafíos y recursos metodológicos para llevar el humanismo a la práctica clínica. Fundación Interamericana Ciencia y Vida, Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, Universidad Central de Chile
- Goodwin A. & Cols. (2024). Professionalism in medical education: the state of the art. *International Journal of Medical Education*, 15, 44-47. En: <https://doi.org/10.5116/ijme.6626.583a>
- León F. Gonzalez P. (2018). La humanización de la salud y el humanismo médico en Latinoamérica. Primera Edición impresa, FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile.
- Lind K & Cols. (2019). Ending student

- mistreatment:early successes and continuing challenges. *Medical Education Online*, 25, 1-11. En: <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1690846>
- Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. En: <https://iris.who.int/handle/10665/253079>
 - Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Sanitaria Panamericana (2022). 74.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud. En: <https://www.paho.org/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada>
 - Organización Panamericana de la Salud. CE172/14 (2023). Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. En: www.paho.org/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030