

Los cambios socio-económicos y su influencia sobre la educación médica

Socio-economic changes and their influence on medical education

Dr. Oscar Román¹

RESUMEN

Se analiza la influencia del desarrollo socio-económico del país sobre la educación médica en las últimas tres décadas. El modelo liberal de mercado ha predominado sobre el paradigma educativo centrado en la condición humanista y social de la formación médica. Se ha configurado una nueva relación entre prestador (médico) y consumidor (paciente o usuario) y un estancamiento de los indicadores de salud en relación a la menor influencia de un Estado subsidiario, a la incorporación acelerada de la tecnología y de las redes sociales, por lo que la educación médica debe redefinir su autonomía, mejorar su relación con el Sistema de salud y revivir su naturaleza psico-social y humanista.

Palabras clave: *Modelo social de mercado, educación médica supeditada, tecnología en avance.*

La práctica profesional y la educación médica, como realidades sociales, están íntimamente relacionadas con los procesos de desarrollo social y político de los países. En nuestro país, esa relación está también plenamente vigente desde el siglo pasado, como lo hemos observado en dos comunicaciones anteriores (Román, 2017; Román, 2018). La relación directa, a veces poco clara, entre modelo de desarrollo socio-político y sistematización de los programas educativos médicos ha sido internacionalmente estudiada desde 1988, en la primera Conferencia Mundial sobre Educación Médica realizada en Edimburgo, seguida por la segunda realizada en 1993, en la misma ciudad (OPS, 1994).

En la segunda Conferencia mencionada, se analizaron y discutieron intensamente los diversos aspectos, a veces controversiales, de esa relación, lo que permite intentar un análisis comparativo de los cambios que observamos en la actualidad en nuestro medio.

En el informe OPS de 1993, se preguntó, con preocupación, si las innovaciones en Educación médica son realmente efectivas para contribuir a mejorar la atención de salud de la población. Ello porque simultáneamente se reconoció que las condiciones sociales de vida por un lado, y las de la salud de la población, por el otro, se diversifican y a la vez, ambas se deterioran en cantidad y calidad, aún en el mundo desarrollado.

En nuestro país, aunque en las dos últimas décadas se ha observado una mejoría en los indicadores de pobreza, de alimentación y de vivienda, la brecha entre ricos y pobres y la desigualdad socio-económica entre los dos extremos se mantiene sin reducción. A la vez, los indicadores de salud básicos, como mortalidad infantil, materna y general se mantienen estables, sin reducción significativa (Serra, 2016), y las encuestas sociales y gubernamentales anotan una queja persistente de la población respecto a la cantidad y calidad de la atención de salud, tanto ambulatoria como hospitalaria (CEP, 2015).

¿Qué ha sucedido paralelamente con la Educación médica? Tal como ha sido catalogada internacionalmente hace 20 años, la educación médica se podría caracterizar como estancada, realizando innovaciones educativas de escaso impacto. Ello ha acontecido, en gran medida entre nosotros, por la influencia del modelo político-económico, que ha privilegiado el sistema de mercado o neo-liberal sobre el modelo estatal. Esta situación, en la educación universitaria médica, ha determinado que prosperen iniciativas e innovaciones propicias para la inversión financiera privada y la gestión empresarial. Se han asegurado

Recibido el 01 de agosto de 2018. Aceptado el 27 de junio de 2019.

¹ Profesor Titular de Medicina Universidad de Chile. Correspondencia a: or.alemany@gmail.com

las condiciones para un proceso de privatización sectorial, coherente con una reducción del rol del Estado en su función social, lo que ha afectado secundariamente la formación médica, que es y debe estar orientada a cumplir el rol preferente del médico como agente social de servicio de salud en el país.

El ajuste estructural que han tenido que desarrollar las universidades que realizan educación médica ha sido crítico, tanto en el sentido programático como financiero. En el primer aspecto, el mercado de trabajo de los académicos está en recesión, sus salarios se han reducido comparativamente a los de otras instituciones gubernamentales que dan salud, como las dependientes del Ministerio de Salud (Silva, 1989), y los conflictos laborales y de acreditación de las Universidades han aparecido en forma inédita en el país (Echavarría, 2017).

En el segundo aspecto, las universidades, especialmente las estatales y públicas, han visto una reducción de su financiamiento, a pesar del pago de las becas que el Estado les ha entregado como Aporte Fiscal por cada alumno (CAE) (Monckeberg, 2001).

La situación descrita ha llevado a las Universidades a disminuir su tradicional autonomía y en su interior se han visto aparecer conflictos de poder entre sectores en pugna por la distribución de los escasos recursos (Riveros, 2013).

Ante los problemas derivados de la situación descrita, que afectan la interrelación entre educación médica y realidad económico-social, es preciso reconocer que las Facultades de Medicina se han preocupado de reformar los currículos de estudio y de conseguir una mayor eficiencia educativa. Son ejemplos los cambios realizados a fines de la década de los 90 por las Universidades de Chile y Católica (Rosselot, 1997; Rosso, 1997). Tal vez el cambio más importante en este camino ha sido perfeccionar la integración docente-asistencial, que encierra un compromiso global y efectivo de la Universidad con los servicios de salud de la población (Minsal, 2012).

Otro cambio importante al respecto, ha sido extender el aprendizaje a los problemas de la comunidad, aunque tal contacto no sea el revelador completo de lo que realmente sucede en la sociedad. Además, como estableció la Conferencia OPS, se debe considerar que la enseñanza orientada a la comunidad no significa una medicina diferenciada de médicos pobres para una población pobre (Román, 2018).

Para enfrentar los problemas actuales de la educación médica nacional, es necesario un abordaje

que considere simultáneamente otros procesos sociales y médicos. Uno de ellos, es la irrupción intensa de la tecnología en la enseñanza y práctica médicas. Debe señalarse el impacto de esta tecnología y del desarrollo económico general sobre la denominada Medicina Liberal, en la que el médico y el paciente decidían autónomamente sobre el tipo y costos de los servicios, lo que desde hace un tiempo está casi obsoleta.

Actualmente la tecnología, de gran desarrollo en cuanto a diagnóstico y tratamiento, ha determinado una pérdida de la (estrecha) relación personal entre el paciente y su médico, lo que ha afectado la confianza y credibilidad clásicas del paciente respecto a la medicina actual. Como resultado, se ha hablado de la “deshumanización de la medicina” en forma general (Román, 2014). Pero es evidente que ello se debe mayoritariamente a un proceso adaptativo del trabajo médico en un entorno exterior a la relación médico-paciente, por lo que deja de ser una responsabilidad exclusiva del profesional, sino que corresponde mayoritariamente a la actividad rígida del “servicio funcionario” en la medicina sistematizada actual.

Se ha configurado así una nueva relación, determinada por lo institucional, entre prestadores (médicos) y consumidores (pacientes o usuarios) en sustitución de la relación personal "médico-paciente".

La incorporación tecnológica en la práctica médica ha exigido además una reorientación educativa. La educación se ha redefinido como un proceso social que tiene elementos que son parte de la naturaleza, de la cultura y de la ideología. Por tanto, estos elementos sociales influyen directamente sobre la práctica del trabajo médico. Estas características no han sido suficientemente incorporadas al proceso educativo, por cuanto han sido escasos los estudios publicados sobre la cultura en general y su presencia en los currículos en particular. No existe aún un curso definido de Sociología en nuestras carreras médicas, aunque se han realizado algunos aportes recientes (Román, 2018).

En relación a la información y aprendizaje de la tecnología misma, se han desarrollado procesos serios de incorporación de bases tecnológicas diversas y uso de “Fantomas” en el proceso educativo. Ello ha sido de gran valor, en especial si hay carencias o impedimentos para el estudio real del aporte de esas tecnologías en la práctica clínica.

Sin embargo, es preciso reconocer que la tecnología en el apoyo del diagnóstico clínico, ha cambiado la base de apoyo de la decisión técnica basada en la historia de vida y en la anamnesis

clásica. Ello, en cierta escala, ha determinado una nueva relación médico-paciente, en que aparece un tercer personaje o figura, que es el servicio de una empresa tecnológica independiente o derivada de “seguros de salud”.

En las dos últimas décadas, en el país, se han marcado como características distintivas, la separación estructural y administrativa de la Atención Primaria de Salud (APS) de la atención secundaria y de los Hospitales. Dado que la educación médica nuestra tiene, casi tradicionalmente, la función de preparar un perfil de médico egresado de tipo General, y su destino profesional en un 70% está requerido para servir en esa calidad en la APS, debería ser preparado primordialmente en esa realidad médica asistencial. Ello no ocurre pues él es formado en la atención hospitalaria, y por docentes que no son médicos generales sino especialistas en distintas áreas.

Por tanto, la educación médica no puede quedar al margen de la organización de los Servicios Asistenciales ni de las necesidades que tal organización debe cumplir desde el punto de vista de las necesidades sociales, éticas y de calidad de atención de la población. Se han realizado intentos de educación mixta en APS y Hospital y de colaboración de especialistas básicos en la educación y asistencia de los consultorios primarios (Ipinza, 2010; Román, 2011).

Mirando con cierta ansiedad al futuro, la educación médica deberá enfrentarse, como ya lo hace en forma inicial, a dos desafíos: la Autonomía de los pacientes, y la importancia socio-tecnológica de Internet y de las redes sociales. El desarrollo acelerado de Internet ha puesto en manos de los pacientes un elemento informativo de peso respecto a su enfermedad. Ello permite auto-decisiones, más o menos informadas, de los enfermos, y por tanto, obliga a una mayor valoración de conocimiento, criterio y valores éticos del médico. El “paternalismo antiguo” ha desaparecido.

La educación médica debe ponerse a tono con este avance inesperado por su rapidez e intensidad de acción. Es básico entonces que el proceso formativo se realice con autonomía, para algunos, relativa, y para otros, clara y definida (Riveros, 2013).

El impacto de las redes sociales en la valoración (acertada o desvirtuada) de la conducta de los individuos, puede invadir el ámbito médico-asistencial. Por tanto, la calidad y compromiso ético-social de la acción médica debe ser mejorada al máximo en el proceso educativo. Para ello, los métodos científicos clásicos deben ser asociados

a las ciencias sociales, de manera que la práctica médica profesional sea de la mayor calidad y esté libre de denuncias de cualquier tipo.

De la misma forma que la Conferencia de Edimburgo termina su informe de 1993, y a pesar del tiempo transcurrido, pienso que los desafíos que enfrenta la educación médica frente a la estructura social, aunque cambiantes, se mantienen y es preciso “preverlos, interpretarlos, confrontarlos y traducirlos en contenidos, metas, y objetivos de la profesión”, lo que requiere no sólo el concurso de los académicos y profesores, sino de todos los profesionales que en distintas áreas tienen compromiso de acción e interés con la sociedad y sus miembros

REFERENCIAS

1. CEP. (2015). *Encuesta de salud*. Centro de Estudios Públicos: Chile.
2. Comisión Condas. (2012) *Relación Asistencial Docente*. Ministerio de Salud: Chile.
3. Echavarría L.A. (2017). Acreditación en los establecimientos de Salud. *Reportajes a la Cultura*, 17 :11-13.
4. Ipinza M. (2010). El modelo de atención integral de salud, base doctrinaria del programa de formación de médicos especialistas básicos para la atención primaria de salud. *Cuad Med Soc (Chile)*, 50: 132-42.
5. Monckeberg M O. (2001). *El saqueo se los grupos económicos al Estado Chileno*. La Universidad Andrés Bello: Santiago, Chile.
6. OPS. (1994). Programa desarrollo de recursos humanos. Los cambios de la Profesión Médica y su influencia sobre la Educación Médica. *Ed. Med. Salud*, 28(1).
7. Riveros L. (2013). *La Universidad chilena*. 2013. Ed. Occidente: Santiago, Chile.
8. Roman O. (2011). Resolución clínica en la atención primaria de salud. *Rev Med Chile*, 139:1240-1241.
9. Roman O. (2014). La educación médica frente a la deshumanización de la medicina. En *Controversias sobre Medicina Actual*, Ed. G&A: Santiago Chile, 63-70.
10. Roman O. (2017). *Imaginario de un Médico en la Salud Chilena. 1932-2017*. Conferencia. Colegio Médico de Chile.
11. Roman O. (2018). *Relación entre la Economía mundial y la evolución de la Medicina en Chile*. Monografía.
12. Roman O. (2018). Sociología: su rol en Educación médica. *Cuad Med Soc.*, 58(2): 95-98.

13. Rosselot E. (1997). Reorganización en la educación médica. Aspectos esenciales de la reestructuración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile*, 125:783-91.
14. Rosso P, Velasco F, Moreno R. (1997). Reforma del curriculum de pregrado en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile: objetivos, metodología y estado de avance. *Rev Med Chile*, 125: 796-807.
15. Serra I, Roman O., Orellana M., et al. (2016). Chile, indicadores de mortalidad estancados y deteriorados. ¿Consecuencia del modelo de mercado impuesto? Análisis y corrección urgentes, un imperativo ético. *Cuad med Soc. (Chile)*, 56: 5-31.
16. Silva Rojas P. (1989). El subsidio crónico de los académicos a la Universidad de Chile. *Vida Médica*, 41(1).