

El Médico para el Siglo XXI

Daniel E Henao

Observatorio EcoRegional de Salud Pública, Departamento de Medicina Comunitaria,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.
correo electrónico:d.henao@utp.edu.co

La sociedad espera mucho de sus médicos. Las personas nos confían el cuidado de su sufrimiento y nos dan acceso para intervenir su cuerpo. Nos comparten información íntima sobre su vida y nos confían su custodia. ¡El médico es un actor social muy relevante! Por eso no me cabe duda, que de esa importancia se derivan las exigentes y diversas competencias que el médico debe tener para desempeñarse adecuadamente en el contexto actual.

Los cambios que ha experimentado la estructura social en los últimos 20 años han modificado –y complejizado– las competencias que se le demandan hoy en día a los médicos. La población se ha envejecido; las enfermedades crónicas y mentales aparecen como las que más cargan de enfermedad a los colectivos; y la emergencia y re-emergencia de enfermedades infecciosas, que pueden convertirse en graves epidemias, ponen a prueba la capacidad de respuesta de los médicos y los sistemas de salud de forma frecuente. Adicionalmente, el médico tiene hoy a la mano una oferta de conocimientos, ¡relevantes para su práctica!, tan amplia como nunca antes, pero tiene que trabajar en contextos (como el del sistema de salud colombiano) que regulan estrictamente su actividad profesional. A todo lo anterior, debemos agregar, particularmente para nuestra realidad, todos los efectos que genera la violencia, relacionada o no con el conflicto armado.

Ser, hacer y pensar como médico es muy complejo; por eso definir concretamente unas competencias específicas que definan su ámbito de acción no es fácil. El proyecto *Tunig* (1), por ejemplo, es una iniciativa que ha pretendido establecer unos objetivos de aprendizaje y competencias comunes para que los médicos de la zona europea puedan trabajar libremente en cada uno de los países que la conforman. Y aunque los esfuerzos y resultados de éste y otros han sido muy valiosos (y aplicables en otros contextos); es, a mi juicio, el *Colegio Real de Médicos y Cirujanos Canadienses* quienes han logrado avanzar una reflexión y sobretodo, una plataforma para la acción, sobre la cuestión fundamental: ¿qué debe saber, hacer y ser un médico para responder pertinentemente a las demandas que la sociedad hace?

Los canadienses definen que un médico ideal para su contexto –al que ellos llaman un **médico experto**– debe desempeñar 6 roles: (i) profesional, (ii) comunicador, (iii) colaborador, (iv) líder, (v) promotor de la salud y (vi) académico (2). Para cada uno de estos roles se han definido unas competencias específicas y se han elaborado unas recomendaciones y estrategias para que los programas de medicina, como responsables primarios de la formación de médicos, puedan orientar sus esfuerzos a la consecución de estos. En Colombia aún no disponemos de una definición del médico ideal para nuestro sistema de salud, por lo que este modelo, con todas sus limitaciones y posibilidades para nuestro contexto, puede sernos útil.

Es claro que nosotros, los profesores tenemos la gran responsabilidad de proveer los médicos que el complejo mundo actual necesita. Pero hacerlo no es fácil y responder oportunamente a los grandes cambios ocurridos en los últimos 20 años no es una tarea sencilla. Sin embargo, la entereza y la decisión con la que asumamos este desafío, serán las garantes del éxito del proceso de reforma curricular que actualmente se lleva a cabo al interior del programa de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira.

La velocidad de cambio de las instituciones no es homogénea, en algunas ocurre más lento que en otras. Es evidente que solemos preservar lo que nos ha dado resultado. Tal es el caso de la inmensa mayoría de currículos de medicina del país que aún están diseñados y ejecutados de acuerdo a las recomendaciones del pedagogo estadounidense Abraham Flexner que proponía organizar la educación médica en 3 ciclos: (i) el de **fundamentación** –en el que se estudiarían los contenidos más relevantes de las ciencias que aportan el conocimiento relevante para la medicina–; (ii) el de **profesionalización** –en el que se expondrían a los estudiantes a los dilemas clínicos propios del trabajo médico especializado–; y (iii) el de **prácticas supervisadas** (el internado) (3). Es admirable cómo esta estructura se ha mantenido inalterada por más de 100 años (fue propuesta en 1910). Y también es increíble cómo el núcleo de ciencias *consideradas* básicas para la medicina, se han mantenido virtualmente inmodificables por más de un siglo.

Los logros de los currículos flexnerianos son innegables. El abordaje de la enfermedad como un hecho biológico en un contexto –como el de la primera mitad del siglo XX– dominado por las enfermedades infecciosas, resultó en grandes avances tecnológicos (como las vacunas y los antibióticos) que finalmente permitieron aumentar nuestra esperanza de vida y bienestar. Sin embargo, también es evidente que este modelo ha co-existido –y algunas veces también ha propiciado– algunas consecuencias indeseadas, por ejemplo un modelo de salud ineficiente, y muchas veces inequitativo, basado en la atención de la enfermedad; y un proceso de formación concentrado en escenarios de práctica en los altos niveles de complejidad que aleja al estudiante de medicina general del mundo en el primer nivel de atención que tiene que enfrentar cuando egrese (4).

El gran reto que tiene la generación que recibe el legado de sus antecesores es caminar sobre sus hombros para soñar con alcanzar horizontes más prósperos. Es por esto que es indispensable para los que hoy somos formadores de médicos aceptar y reconocer los alcances del modelo

flexneriano; pero sobretodo aportar para superar los daños colaterales que ha producido. Para ello, es indispensable, complementar el núcleo de las ciencias *consideradas* básicas conformado fundamentalmente por ciencias biológicas, como la genética, la biología molecular y la bioquímica, con los contenidos de las ciencias sociales y humanas como la sociología, la economía-política y la informática, por sólo mencionar algunas. Pero esta incorporación debe ser *real* y debe verse reflejada en una participación ponderada proporcional en cuanto al número de créditos dentro del currículo. De lo contrario, seguiremos perpetuando la situación actual en la que se encuentran las que en los pasillos se denominan “*las comunitarias*”: valoradas teóricamente por todos y refutadas –incluso consideradas para muchos profesores y estudiantes como un *relleno*, – en la práctica.

Es también igual de importante diversificar los escenarios de práctica y desmitificar la figura del especialista, como el deber ser de todos los médicos. Hay evidencia empírica suficiente y contexto jurídico de sobra para argumentar a favor de la importancia de reivindicar tanto los espacios comunitarios y el primer nivel de atención, como los escenarios idóneos para la formación de médicos generales.

Creo que hay herramientas conceptuales y metodológicas de sobra, además de mucho empeño de todos los estamentos del programa, para sacar adelante la reforma curricular. Ya estamos a más de 20 años de la última (ocurrida en 1994) y el mundo ha cambiado bastante, como se ha leído. Necesitamos un médico reformado para el siglo XXI y para ello necesitamos reformarnos primero los que vamos a formarlo. La historia juzgara si estuvimos a la altura de este reto.

Referencias:

1. The Tunning Project, Medicine, Medicine and Veterinary Medicine, The University of Edinburgh accedida en (<http://www.tuning-medicine.com/>) el 15 de Junio del 2015
2. CanMeds, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, accedida en (<http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>) el 15 de Junio del 2015
3. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada, a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. The Merrymout press, 1910, Boston, USA
4. Múnera E, Higuera Y, Cuadros L et al. Percepción de los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (2005-2007) sobre su formación en pregrado. *Iatreia* 2013; 26(4): 437-446.