

Guía temática: Documentos seleccionados en la evolución histórica de la Educación Médica

- Temas:
 1. Documentos importantes en la historia de la Educación Médica.
 - a. Informe Flexner, 1910.
 - b. Declaración de Alma-Ata, 1978.
 - c. Reunión de Edimburgo, 1988.
 - d. Reunión de Edimburgo, 1993.

- Objetivos. Al final del Curso de Ingreso, el alumno estará en condiciones de:
 1. Analizar algunos documentos seleccionados en la historia de la Educación Médica.
 2. Comprender la evolución histórica de los conceptos, cambios y tendencias de la Educación Médica en el mundo y en nuestro país.
 3. Aplicar estos conceptos a las tendencias actuales en Educación Médica.
 4. Definir las características del paradigma actual relacionado con la Educación Médica.

- Bibliografía obligatoria:
 1. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Vicedo Tomey, A. Rev Cubana Educ Med Super 2002; 16(2):156-63.
 2. Abraham Flexner y el Flexnerismo. Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna. Patiño Restrepo, JF. Flexnerismo, Página de Internet: FLEXNERISMO.htm (2 of 15).
 3. DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, Kazajstán, URSS; 6-12 de septiembre de 1978.
 4. DECLARACIÓN DE EDIMBURGO. 12 de agosto 1988.

Resumen de la Bibliografía:

INFORME FLEXNER

De las recomendaciones realizadas por **Flexner**, un grupo de 5 de ellas, las más divulgadas, fueron aceptadas con relativa facilidad y han alcanzado un grado de generalización sorprendente con las modificaciones locales correspondientes:

1. Un currículo de cuatro años.
2. Dos años de ciencias de laboratorio (ciencias básicas)
3. Dos años de enseñanza clínica en hospitales y servicios clínicos.
4. Vinculación de la Escuela de Medicina a la Universidad.
5. Adopción de requisitos de ingreso en Matemática y Ciencias.

Sin embargo, en el informe **Flexner** existe un conjunto de recomendaciones, cuyo grado de implementación ha sido muy limitado:

1. Debe alcanzarse la integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años.
2. Debe estimularse el aprendizaje activo.
3. Debe limitarse el aprendizaje de memoria mediante conferencias.
4. Los estudiantes no deben aprender solamente hechos, sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas.
5. Los educadores deben enfatizar que en los médicos, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.

Otras recomendaciones de **Flexner** en su Informe:

1. Que los profesores sean fundamentalmente educadores.
2. Hasta los años 40, la enseñanza fue tenida en alta estima; pero con posterioridad su prestigio decayó y fue opacada por actividades tales como la gestión, la investigación y el desempeño clínico. La gestión y la investigación se consideran actividades de alto perfil, en tanto que la enseñanza propiamente dicha es considerada una actividad de perfil bajo. La sobrevaloración de la actividad investigativa puede constituirse en una de las barreras más importantes para una enseñanza comprometida, ya que el curriculum vitae de un profesor se juzga sobre todo por el número de publicaciones realizadas.
3. Los profesores de medicina deberán ser a tiempo completo.
4. Defensa de la “actividad” y la educación en el trabajo como forma de aprendizaje.
5. Establecer un paralelo entre el método clínico y la labor investigativa a través de la validación de hipótesis en la práctica.
6. Reconocer la importancia de contar con “especialistas” capacitados, en equilibrio adecuado entre éstos y los médicos “generalistas” o “de familia” capacitados, de atención primaria.

Algunas consideraciones de **Flexner**:

- **Flexner** consideró a la Escuela de Medicina de John Hopkins, creada en 1883, como un prototipo por ser la primera en contar con una política institucional que basada la educación médica en la investigación científica.
- Las recomendaciones de **Flexner** dejaron claramente establecidas la importancia y necesidad de las ciencias básicas como parte del currículo de los estudios médicos, dando desafortunadamente origen a una perniciosa contraposición entre ciencias básicas y ciencias clínicas que llega hasta nuestros días, y en la actualidad.
- Aún se sigue en la búsqueda de las mejores formas y vías de la integración entre éstas, lo cual también propugnó.

Nuevo Paradigma de Salud, desde el **Informe Flexner**:

1. La importancia concedida a la atención primaria como fundamental estrategia para la promoción, conservación y recuperación de la salud.
2. La progresiva tendencia al tratamiento ambulatorio de diversas afecciones y a la disminución de la estadía hospitalaria en otros casos.
3. El valor creciente que se otorga a los aspectos sociales de la medicina.
4. La desaparición progresiva de la práctica liberal de la medicina.
5. El ascendente conocimiento, participación y responsabilidad de la comunidad en los aspectos relacionados con su salud.

Críticas al Informe y Modelo **Flexner**

1. Los críticos de **Flexner** alegan que su modelo conduce a una práctica inhumana y tecnológica de la medicina, con poca responsabilidad social y que no tiene en cuenta los requerimientos educativos del médico en otros campos que no fueran las ciencias biológicas y físicas.

Conclusiones:

1. La medicina ha cambiado y consecuentemente la educación médica deberá adecuarse a estos cambios; sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido muchas de las ideas de **Flexner** mantienen su vigencia y deben ser objeto de reflexión para quienes tienen la responsabilidad de conducir los cambios necesarios.
2. Posiblemente, la mayor falta cometida por **Flexner** fue la de considerar que todas las dificultades de la atención de salud pueden ser solucionadas mediante el perfeccionamiento de la educación médica. Es evidente, que muchos problemas de la atención de salud como la distribución geográfica, accesibilidad y costos, entre otros, escapan en gran medida al influjo de la escuela de medicina.

3. Hoy resulta obvio que no es suficiente emitir juicios a partir de la evaluación de las escuelas de medicina en aspectos tales como los criterios de admisión, nivel académico del claustro y otros referidos a la propia institución, sino que es necesario en primer término evaluar la calidad del egresado en su competencia y desempeño.
4. Después de transcurridos casi cien años de los trabajos iniciales, muchas de las ideas de **Flexner** en educación médica se retoman como novedades, como es el caso de la enseñanza basada en la solución de problemas, el papel del hospital docente o la necesidad de inculcar valores morales en los profesionales de la Medicina.

Un curriculum adecuado debe partir de la premisa de que el enorme volumen de conocimiento biomédico actual no puede ser transmitido en su totalidad al estudiante.

La moderna organización social y las nuevas modalidades de prestación de servicios de salud introducen cambios profundos en el ejercicio de la medicina y crean nuevos problemas como la ruptura de la relación médico-paciente, el deterioro de la imagen pública del médico, el surgimiento del paciente como cliente, usuario o consumidor y las complejas implicaciones de la medicina tecnológica.

El "Flexnerismo" es definido como "el establecimiento de una comunidad de intereses entre las ciencias biológicas básicas, la medicina profesional organizada y la educación universitaria". **La medicina es básicamente un sistema educativo**, y ésta es la esencia del mensaje de **Flexner**.

DECLARACION DE ALMA-ATA
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

Alma-Ata, Kazajstán, URSS; 6-12 de septiembre de 1978

Hace la siguiente Declaración:

1. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
2. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
3. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
4. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
5. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.
6. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
7. La atención primaria de salud: es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública; se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; comprende, cuando menos, las siguientes actividades:

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y
- El suministro de medicamentos esenciales;

Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario;

Exige y fomenta en grado máximo la auto-responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud;

Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.
9. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS / UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional.

W F M E/ Federación Mundial de Educación Médica

DECLARACIÓN DE EDIMBURGO, 12 de agosto 1988

El objetivo de la Educación Médica es formar médicos que promuevan la salud de toda persona.

El paciente individual debería aspirar a un médico entrenado como un escucha atento, un observador cuidadoso, un comunicador sensible, y un clínico efectivo; pero ya no es suficiente tratar sólo algunos de los enfermos. Miles sufren y mueren cada día de enfermedades que son prevenibles, curables o autoinducidas; y millones no tienen acceso a cuidados de salud de ningún tipo. Estos defectos han sido identificados desde hace tiempo. Pero los esfuerzos para introducir una mayor conciencia social en las escuelas médicas no han sido notablemente exitosos.

Mejoras Propuestas en Educación Médica:

1. Ampliar el rango de ambientes en los cuales los programas educacionales son realizados, para incluir todos los recursos en salud de la comunidad y no sólo los hospitales.
2. Asegurar que el contenido curricular refleje las prioridades nacionales de salud y la disponibilidad de recursos que se pueden mantener.
3. Asegurar la continuidad del aprendizaje durante toda la vida, cambiando el énfasis de los métodos pasivos tan ampliamente distribuidos hoy en día, a un aprendizaje más activo incluyendo el estudio autodirigido e independiente así como los métodos tutoriales.
4. Construir tanto el curriculum como los sistemas de evaluación para asegurar el logro de la competencia profesional y los valores sociales y no solamente la retención y recuperación de información.
5. Entrenar maestros como educadores y no sólo como expertos en contenidos y recompensar la excelencia educacional tanto como la excelencia en investigación biomédica o en la práctica clínica.
6. Complementar la instrucción sobre manejo de pacientes con mayor énfasis en promoción de la salud y prevención de enfermedad.
7. Procurar la integración de la educación en la ciencia y en la práctica médica basando el aprendizaje en la solución de problemas en ambientes clínicos y en la comunidad.
8. Emplear métodos de selección para los estudiantes de medicina que vayan más allá de la habilidad intelectual y logros académicos para incluir la evaluación de cualidades personales.
9. Estimular y facilitar la cooperación entre los ministerios de salud y los ministerios de educación, servicios de salud comunitarios y otros organismos

relevantes en el desarrollo de políticas, planificación, implementación y revisión de programas.

- 10.** Asegurar políticas de admisión que adecuen el número de estudiantes entrenados a las necesidades nacionales de médicos.
- 11.** Incrementar las oportunidades de aprendizaje, investigación y servicio conjuntamente con otros profesionales correlacionados con la salud; como parte del entrenamiento para el trabajo en equipo.
- 12.** Reconocer la responsabilidad de asignar recursos para la educación médica continua.