

LA EDUCACION MEDICA Y EL MEDICO (*)

James M. Faulkner, M. D.

Dean, Boston University School of Medicine

Panorama del desarrollo de la educación médica en los Estados Unidos, desde el primitivo sistema de "aprendices" hasta nuestros días. Evolución desde el concepto exclusivamente orgánico de la enfermedad hacia una interpretación más dinámica del hombre con relación a las influencias ambientales. Esfuerzos por alcanzar la unidad en el curriculum para superar la segmentación producida por las especializaciones.

En este trabajo, limitaré mi atención a la etapa del pre-graduado, en la educación de un médico, y haré un comentario sobre algunas tendencias recientes.

Influencias Externas

Los primeros colonos no contaron con médicos. Dependían habitualmente del sacerdote para la atención de sus males, tanto los físicos como los del espíritu. Más tarde, y durante el siglo XVIII y parte del XIX, la gran mayoría de los médicos fueron preparados enteramente bajo el sistema de "aprendices". Cada médico que preparaba aprendices era, en realidad una escuela de medicina peripatética independiente.

Fué un deseo de auto-perfeccionamiento profesional el que congregó a una cantidad de estos dignos profesionales en la organización de la Sociedad Médica de Massachussetts en 1781: "El propósito de la institución es fomentar los conocimientos médicos y quirúrgicos, como también realizar una justa discriminación entre aquellos debidamente educados y, por lo tanto, adecuadamente calificados para sus deberes, y aquellos que pueden por ignorancia y por maldad, administrar medicina, con lo que la salud y la vida de muchos valiosos ciudadanos pueden ser perjudicadas y tal vez perdidas para la comunidad".

Es evidente que los padres fundadores estimaban que las normas de la educación médica estaban ligados en forma inseparable a la calidad de la prestación médica y que ninguna podía prosperar sin la otra.

La Sociedad elevó gradualmente sus exigencias mínimas para otorgar las licencias de ejercicio profesional. Al principio, un candidato a examen necesitaba únicamente haber estudiado durante "tres años completos" bajo la dirección de "algún médico respetable". Era examinado sólo en tres temas: fisiología, patología y terapéutica.

En 1789, el Consejo de la Sociedad resolvió exigir a cada candidato a examen: capacidad para construir y traducir latín y griego; rudimentos de Filosofía Natural; tres años completos de estudio con algún médico o cirujano, durante cuyo plazo debía haber leído a los mejores autores en Anatomía, Fisiología, Química, Materia Médica, Cirugía, Teoría y Práctica de Física. Se recomendaba además conocimientos del idioma francés y asistencia por lo menos a un curso de disecciones anatómicas.

En 1806, se agregaron: conocimientos de Geometría y Filosofía experimental. Más adelante, se abandonó el griego, y, en 1850, se revisaron los requisitos, exigiéndose: "dos cursos completos de anatomía, fisiología, química, materia médica, obstetricia y la teoría y práctica de la medicina y cirugía".

(*) The New England Journal of Medicine. Vol. 250, Nº 22, June 3, 1954, pp. 927-932.
"MEDICAL EDUCATION AND THE PHYSICIAN".

Traducción resumida de J. Martínez.

Hasta 1922, el Consejo de la Sociedad Médica de Massachussetts conservó su propia lista de colegios médicos autorizados, función realizada en la actualidad por el Consejo de Educación Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana.

La American Medical Association nació en 1847, siendo digno de anotarse que la educación médica figuró como objetivo fundamental de sus fundadores y que en su primera reunión participaron los representantes de los colegios médicos.

Los 50 años siguientes asistieron a la travesía del continente por los ferrocarriles y a la gran migración hacia el Oeste. Fue un período de rápido crecimiento de la población con la correspondiente demanda de médicos, sin muchas exigencias sobre su preparación. En este terreno propicio, florecieron verdaderos surtidos de buenas y malas escuelas. Había escuelas de cultos, como la homeopática y la naturopática; había no encubiertas fábricas de diplomas; había escuelas "comerciales", y había escuelas de medicina de base universitaria.

Este es el panorama de la educación médica en los Estados Unidos en la última parte del siglo XIX.

Los centros médicos europeos tenían tanto más que ofrecer, que los graduados de las escuelas americanas emigraban en busca de educación adicional. En particular, florecía en las universidades alemanas un espíritu de libre investigación asociado con altos standards de erudición, que resultaban intensamente estimulantes y productivos. En esencia, la diferencia asentaba en que en las universidades alemanas los mismos elevados standards de erudición prevalecían en las escuelas de medicina tanto como en los demás departamentos de graduados. Esto era posible por la existencia de jefaturas de tiempo completo en los distintos departamentos y por la provisión adecuada de fondos y facilidades para la investigación. En las ciencias médicas, ésto significaba que el profesor era relevado de la necesidad de ganarse la vida en el ejercicio de la profesión y podía dedicar todo su tiempo y energía a la conquista del conocimiento en el campo de su elección.

En los Estados Unidos, aún en las escuelas de medicina universitarias, la enseñanza se encon-

traba casi enteramente en manos de los profesionales, que escaso o ningún contacto tenían con el resto de la universidad.

Una tras otra, las universidades fueron reformando sus programas; se estableció el profesor rentado (hasta entonces sus entradas provenían en su totalidad de los derechos pagados por los estudiantes). La Escuela de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins, en 1893, incluyó jefes a tiempo completo en todos sus departamentos, ejemplo que fue seguido por las principales escuelas de medicina americanas. En general, fueron sólo las escuelas privadas las que no lograron elevar sus standards.

Mientras las escuelas médicas universitarias emprendían mejoramientos radicales en sus programas de enseñanza, la American Medical Association libraba una inefectiva batalla para levantar los standards a través del país.

El progreso de las escuelas universitarias había acentuado la condición deplorable de las escuelas particulares. Sin embargo, estas últimas eran muchas: había un total de 160 escuelas de medicina en los Estados Unidos, casi tantas como en el resto del mundo. Gran cantidad de ellas eran no disimuladas fábricas de diplomas.

Era obvio que en interés de la salud de la población y del buen nombre de la profesión médica, las escuelas particulares inferiores debían ser clausuradas.

A través del Consejo de Educación Médica, creado por la A. M. A. en 1904, se establecieron las normas para las escuelas médicas, se iniciaron las visitas de inspección, los informes confidenciales, y se clasificaron las escuelas en "A", "B" y "C". Intervino la Carnegie Foundation y los resultados de estas medidas se publicaron en el famoso **Informe Flexner de 1910**.

Los resultados se hicieron pronto evidentes. Una por una las escuelas más débiles cerraron sus puertas. El número total de escuelas cayó de 160 en 1905 a 95, en 1915; 85 en 1920, y 80 en 1927. Fué un triunfo resonante para la medicina organizada.

Otra influencia que comenzó a hacerse sentir en este período fue la Asociación de Colegios Médicos Americanos, organización compuesta fundamentalmente de todas las escuelas médicas autorizadas representadas por sus decanos.

Las actividades y objetivos de la Assoc. of Am. Med. Colleges y del Council on Med. Education tienen mucho de común, pero no se sobreponen. Puede decirse que la primera se interesa más por las materias académicas del Curriculum y técnicas de la educación, mientras el Consejo lo hace en forma primordial por el establecimiento y conservación de los standards integrales. En 1942 se creó un mecanismo para una más efectiva colaboración en forma de un comité de enlace con representación de cada grupo. Este comité se reúne 2 ó 3 veces al año, para discutir los problemas de mutuo interés y formula recomendaciones a cada una de las organizaciones madres.

Lo anterior, con respecto a las influencias externas que han configurado los moldes de la educación médica.

Curriculum médico

El auge de las ciencias médicas, como la patología, bacteriología, química y fisiología, en la segunda mitad del siglo XIX, cautivó la mente de los hombres al punto de inducirlos a suponer que en ellas se encontraría la solución de todos los problemas básicos de la medicina.

Uno de los primeros en alzar su voz contra esta suposición fué el Dr. James Jackson Putnam, quien presentó ante la Sociedad, en 1899, un trabajo titulado "No sólo la Enfermedad, sino también el Hombre". El Dr. Putnam se expresó como sigue:

"Los grandes líderes de los siglos científicos en que vivimos, han despreciado rotundamente los tradicionales métodos curativos, basados en la fe y el temor, que habían operado milagros durante las épocas pasadas. Su labor ha consistido en establecer el reinado de los métodos exactos de investigación y en no aceptar sistemas que descansaran sobre bases menos sólidas".

"Pero el movimiento iniciado con la labor de estos hombres, se encuentra hoy día a salvo, más allá de todo riesgo, y vivimos en una hora en que es preciso reconocer que existen otros medios que pueden con justicia reclamar nuestra atención. Podemos aceptar las limitaciones que el método científico impone, hasta el extremo de sacrificar la intuición en aras de un más cons-

ciente discernimiento. No obstante, no debemos admitir ninguna limitación arbitraria, ni darnos por satisfechos hasta que la investigación científica haya tomado en cuenta todas las manifestaciones del instinto humano".

"La gran onda de investigación patológica y bacteriológica que ha elevado el arte y ciencia de la medicina a su actual posición de autoridad, ha conducido a los médicos a resolver sus problemas sólo con la ayuda de la patología; debemos congratularnos, sin embargo, de que esta onda está siendo reforzada por otra que está arrastrándonos hacia un mejor conocimiento de los secretos de la vida mental en la salud y en la enfermedad. Es posible que de esta manera podamos aprender a interpretar las enseñanzas de la patología misma en un sentido más amplio".

El punto de vista, tan justamente expresado por el Dr. Putnam, hace medio siglo, ha comenzado a ser reconocido en los curriculums de las escuelas de medicina recién en los últimos años. Resulta significativo que él fuera un psiquiatra, porque fue precisamente el desarrollo de un caudal de conocimientos en este campo lo que indicó claramente lo inadecuado que era un concepto exclusivamente orgánico de la enfermedad. Debemos hacer justicia a los psiquiatras por hacer consciencia en la profesión médica de la inseparabilidad de la mente y el cuerpo, y de la inutilidad de considerar el uno sin la otra. Ellos han enseñado lo que muchos profesionales sagaces sintieron, que uno no puede comprender en su totalidad la reacción de un paciente a su enfermedad sin considerar el contenido de las influencias ambientales y emocionales que lo sacudan. Al hacer gravitar este punto de vista sobre los problemas diarios de las relaciones médico-paciente, la psiquiatría ha prestado su más grande contribución a la educación médica. Ella está abriendo nuevas perspectivas al profesional y equipándolo mejor para hacer frente a las alteraciones emocionales menores antes que adquieran gravedad.

Otra influencia sobre la educación médica, que ha movido a los profesores desde la preocupación por órganos y enfermedades hacia una más amplia consideración del hombre y su medio ambiente, ha sido el creciente interés por la medicina preventiva. Los anticuados cursos de Salubridad y Salud Pública han dado paso a programas

orientados más específicamente a las aplicaciones de la medicina preventiva a la práctica. Estas aplicaciones involucran la comprensión de los factores ambientales que influyen en el crecimiento, conducta y salud desde la vida fetal hasta la senectud. Implican algún conocimiento de los factores sociales y económicos en cuanto a su relación con los temas de salud.

La enseñanza moderna de la medicina preventiva y de la psiquiatría ha contribuido, por consiguiente, a una nueva orientación de la educación médica hacia un concepto más dinámico del hombre en la matriz de sus influencias ambientales. Esto es, a mi modo de ver, la tendencia más significativa de la educación médica, hoy en día.

La incorporación en el curriculum médico de material de ciencias sociales, ha sido criticada por algunos que temen que cualquier tiempo cercenado a las ciencias exactas, que han constituido la columna vertebral del curriculum, traerá como resultado el debilitamiento de la estructura total. Está claro que deberá cuidarse de no bajar los standards de la erudición que a tan alto rango han sido llevados por los científicos exactos. Al mismo tiempo, a los educadores médicos no les conviene ignorar las contribuciones que nuevos campos del saber pueden hacer para completar la educación de un médico.

Otra tendencia en la educación médica es el reflejo de un amplio movimiento en la educación superior fuera de la especialización. Existe una sólida opinión de que por mucho que la especialización haya contribuido al progreso del conocimiento, ella ha tenido la tendencia a fragmentar la educación y que los objetivos educacionales amplios han sido perdidos de vista por los programas altamente parcelados. Los nuevos programas de educación general en los colegios constituyen un esfuerzo para restaurar la unidad del curriculum, por medio de la relación de las partes con el todo. Iguales tendencias comienzan a manifestarse en las escuelas de medicina.

El curriculum médico tradicional ha dejado a cada departamento en relativa libertad para enseñar sus propias materias a su manera. Se ha supuesto que el estudiante podría y debería integrar lo que ha aprendido en cada curso separado, en una educación médica completa. Esta

es una presunción que en la actualidad se está investigando. Hay quienes creen que el estudiante que se encuentra absorbido en un curso de alta especialización, después de otro, pierde de vista el foco central de la educación médica, que es el ser humano enfermo. La segmentación de la enseñanza ha tendido a concentrar la atención sobre las partes más bien que sobre el hombre total y puede producir médicos de limitados horizontes.

Los esfuerzos para enfrentar estas objeciones al curriculum tradicional tienden: 1º) a la eliminación o superación de las barreras de la segmentación (en departamentos), y 2º) a mantener permanentemente enfocado el objetivo central.

Barreras entre las Cátedras

Diferentes técnicas han sido ideadas para ofrecer una mejor correlación e integración de la enseñanza entre las cátedras, por medio de ejercicios combinados, cursos combinados o exámenes combinados. En Colorado, por ejemplo, existe gran proporción de enseñanza en colaboración, principiando con el primer año en que participan tanto la ciencia básica como la clínica. Las aplicaciones clínicas de las ciencias básicas son demostradas en los pacientes a los estudiantes nuevos, al paso que más tarde, en los años de clínicas, el estudiante ve al bioquímico, al farmacólogo y al anatomista participando en la discusión de problemas en la clínica.

No es fácil apreciar cuán difícil puede resultar esta maniobra, tan simple en apariencia. El clínico refinado puede encontrarse incapacitado para expresarse en términos comprensibles para estudiantes bisoños, y el cientista básico puede sentirse en las salas del hospital como un pez fuera del agua. Sin embargo, en un ambiente cordial y de cooperación, estas dificultades no son insuperables. Se reconoce que hay peligros en inclinar forzosamente las ciencias básicas hacia las aplicaciones clínicas. Si ésto es llevado demasiado lejos, podría llegar a despojarse a la ciencia básica de su verdadero papel de una fecunda madre de todas ellas y hacer de ella una simple niñera estéril. Aquí, como en tantas fases de la educación, se hace necesario un justo equilibrio.

Cornell nos proporciona otra ilustración de enseñanza médica integrada. Durante seis meses del año superior, las cátedras de medicina, de medicina preventiva, de pediatría y de psiquiatría, combinan fuerzas en un programa de enseñanza de atención médica ampliada, durante el cual el estudiante puede observar pacientes individuales por un período mayor que lo corrientemente posible. Este programa ha sido trazado para transmitir a los estudiantes un concepto de "atención médica orientada al paciente antes que una atención segmentaria orientada al médico".

El nuevo curriculum en Western Reserve constituye la desviación más radical desde la tradición en que las ciencias básicas se enseñan no como cursos separados, sino como un singular curso integrado de biología humana. Todas estas innovaciones en la educación médica tienen como meta una preparación menos especializada y menos segmentada.

Objetivo Central

Debemos mencionar ahora los esfuerzos cumplidos para conservar el objetivo central enfocado, a lo largo del curriculum médico. La hipótesis es que el objetivo central de la educación médica es la comprensión del hombre en su medio ambiente; en otras palabras, de la biología humana. Si ese es el objetivo, deberíamos presentarlo al estudiante al principio de su curso y no permitir que lo pierda de vista. Hay muchos que creen que el curriculum tradicional fracasa en conseguir ésto y que los alumnos que han ingresado a la escuela de medicina con la más elevada motivación, se tornan rígidos por la presentación impersonal de las ciencias básicas. Por esta razón, se han hecho esfuerzos para poner a los estudiantes de primer año en contacto per-

sonal con los pacientes. Estos esfuerzos varían en forma desde las clínicas para principiantes, las que Harvey Cushing condujo tan exitosamente hace 30 años, hasta el programa de Western Reserve, que asigna a cada estudiante nuevo una madre embarazada, cuyo niño debe ser atendido a través de sus cuatro años. Resulta difícil apreciar el valor de tales recursos, que son ideados para influir en las actitudes más bien que para impartir conocimientos reales. Puede decirse que, en general, la respuesta de los estudiantes es satisfactoria, y que no puede menos que observarse que estas aparentes innovaciones están retratándonos realmente a la enseñanza orientada al paciente, de hace un siglo y medio; a los días anteriores a aquéllos en que el estudiante fuera llevado desde la cama del enfermo a la sala de clases y al laboratorio.

Costos de la educación médica

Los costos han aumentado mucho más que las entradas provenientes de donaciones y derechos pagados por los alumnos.

Los impuestos a las rentas y herencias han disminuído las donaciones y los derechos de enseñanza cubren apenas un 20% de los costos de instrucción. El resultado es que las escuelas están manteniéndose a pérdida. Para las escuelas financiadas por impuestos, ésto no constituye una amenaza seria, pero ello significa que algunas de financiamiento privado deben buscar nuevos recursos o cerrar.

Diversas instituciones como la American Medical Education Fund y la National Fund for Medical Education tratan de hacer frente a esta crítica situación. Es posible que se haga necesario aumentar la ayuda desde fuentes impositivas, a las escuelas privadas.