

El legado flexneriano en el siglo 21

KIRCH, DARRELL G. MD.*

REVISOR: LILIANA ORTIZ M.**

En este artículo el autor menciona la influencia del Informe Flexner (elaborado en 1910) en la educación médica norteamericana, analiza el cambio cultural acontecido en las últimas décadas y plantea la necesidad de cuestionar si el cuerpo académico está preparado para enfrentar esta nueva cultura y formar profesionales capaces de abordar las necesidades de cuidado en salud del siglo 21.

En la segunda parte enumera cinco factores de éxito para lograr un cambio transformacional en la educación médica e indica el modo en el cual la Association of American Medical Colleges (AAMC) está apoyando a sus miembros a alcanzar este cambio.

El informe "Medical Education in the United States and Canada" se solicitó en una época en la que existía gran dispersión en la calidad de las escuelas de medicina en América del Norte. Luego de sus observaciones, Abraham Flexner describió carencia de instalaciones, profesores y/o material clínico adecuado en muchos de los lugares que visitó. Sus conclusiones y recomendaciones fueron tan relevantes, que la academia de medicina respondió sentando las bases, que posteriormente se traducirían en un sistema de educación médica de alto nivel de excelencia académica, con una sólida base científica, así como entrenamiento para el arte de la práctica clínica.

Aunque sus recomendaciones tuvieron un impacto positivo y necesario para comienzos de siglo, como es de suponer, sus planteamientos deben ser revisados a la luz de los nuevos escenarios socio-culturales.

Específicamente, en esta sección el autor centra su análisis en la influencia flexneriana de la siguiente recomendación: Para ofrecer una educación médica moderna es esencial vincular los programas de formación a una universidad. En los años del

informe, gran parte de los programas norteamericanos no estaba conectado a una Universidad, así como tampoco a hospitales universitarios. Flexner argumentó esta sentencia con la evidencia de sus observaciones en Europa y propuso el modelo académico de la universidad europea, centrado en los logros individuales.

Lamentablemente, con el tiempo este enfoque tuvo un efecto no deseado: llevó a los docentes de ciencias básicas, preclínicos y clínicos a convertirse en "agentes libres" que se identifican con su "disciplina" o su "especialidad" más que con su rol académico y su institución.

Sin embargo, en la actualidad, los expertos centrados en una cultura individualista, se ven enfrentados a un escenario desconocido para Flexner: incorporación de tecnologías de información y comunicación, crecimiento exponencial del conocimiento, nuevos desafíos en la Salud Pública, costos elevados de la atención en salud, etc. Y aunque la propuesta flexneriana era atingente a comienzos del siglo XX, en la actualidad una cultura individualista trabaja en contra de la integración y del intercambio de nuevos conocimientos necesarios para la docencia, investigación y el quehacer clínico.

Hoy los futuros médicos no sólo deben exhibir dominio del conocimiento, como propuso Flexner, sino que deben ser capaces de aplicarlo. Además, deben ser capaces de interactuar efectivamente con los pacientes, sus familiares y otros profesionales de la salud, así como responder a las demandas complejas de la organización del sistema de atención de salud. También, deben comprometerse con el aprendizaje permanente que incluye la capacidad de auto-reflexionar y evaluar su propio desempeño.

En investigación, mientras que la autonomía y

* Presidente de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, Washington, DC. Academic Medicine 2010; 85 (2): 190-192.

** Dpto. Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

experticia sigue siendo crítica para las ciencias básicas, la medicina académica debe buscar modelos que hacen hincapié en equipos científicos en red y el intercambio abierto de información.

En la atención clínica, aunque muchas de las recomendaciones básicas de Flexner aún se aplican, en particular las relativas al médico como un profesional cuyo rol es más social y preventivo que individual y curativo, la atención en salud debe orientarse a una sociedad cada vez más diversa y longeva, que requiere una mayor atención de enfermos crónicos. Por lo mismo, en contraste con el tiempo de Flexner, la atención de salud hoy se dirige hacia sistemas de administración integrados y equipos de profesionales de salud que trabajan en conjunto para abordar colectivamente las necesidades del paciente.

Por otra parte, los factores externos e internos de la actividad clínica convergen para hacer que los costos por prestación de servicios estén aumentando, lo que dificulta el aseguramiento del acceso equitativo de los usuarios.

Respecto de la actividad docente-asistencial, para solucionar la distracción o interferencia que la actividad docente generaba a la práctica clínica, Flexner promovió la contratación de profesorado con jornada completa, financiados por las escuelas de medicina, pero con funciones compartidas entre la docencia, la asistencia y la investigación. Entre las décadas del 40 y 60, las escuelas de medicina generaron recursos económicos de las prestaciones de servicio de sus docentes clínicos, lo que permitió mantener este modelo autosustentable. Actualmente el cuerpo docente de USA es suficientemente fuerte, y la actividad asistencial genera recursos que, ya no sólo permiten mantener los puestos de trabajo, sino que además es una fuente enorme de ingreso de las instituciones. Por lo tanto, la preocupación actual es evitar que la actividad clínica interfiera con la docencia.

En este contexto, surge la necesidad de transformar los roles académicos, con un enfoque hacia la educación médica continua y el trabajo colaborativo e interdisciplinario para una mayor integración de los equipos en investigación.

Para que la Academia de Medicina mire de frente hacia los próximos 100 años, garantizando calidad en la atención sanitaria de una sociedad que cambia vertiginosamente, cinco factores serán decisivos en la transformación de la educación médica: cultura organizacional, liderazgo, innovación, co-responsabilidad y coraje.

Las organizaciones deben mantener las buenas prácticas, como la promoción de su cuerpo docente por méritos académicos, pero desincentivando el individualismo. En cambio debe promover estructuras formales que fomenten el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad. Por otro lado, la academia

de medicina necesita líderes que sean capaces de centrarse en el largo plazo y que puedan garantizar que se adopten las decisiones correctas. Además se requiere innovación en torno a nuevos modelos de prestación de cuidados y también de los programas de educación médica y formación continua. Respecto de la gestión académica, se requiere mayor transparencia en las fuentes de ingresos y la asignación de recursos, de manera que las escuelas de medicina y hospitales docentes tengan una mejor comprensión de sus flujos y alineación mediante una relación de co-responsabilidad. Finalmente, se requiere coraje, pues cambiar la cultura organizacional, ejercer liderazgo transformacional, avanzar en la innovación y mejorar la utilización de los escasos recursos requiere valor.

COMENTARIOS

Aunque el informe Flexner hizo referencia exclusivamente a la calidad de la Educación Médica en USA y Canadá, Latinoamérica ha recibido una fuerte influencia de los países del norte en sus modelos de formación, particularmente por la excelencia que han logrado a partir de las medidas adoptadas desde dicho informe. Además, los cambios socioculturales experimentados en América del Norte, no son ajenos a la realidad latinoamericana y por ende a la chilena. Por lo tanto, las preocupaciones de la AAMC son extrapolables a las de la Educación Médica de nuestro país.

Desde 1970, los académicos de las escuelas médicas chilenas han conformado estructuras necesarias para abordar temáticas comunes, desde el surgimiento de la primera unidad de educación médica, la asociación de facultades de medicina de Chile (ASOFAMECH), la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud (Soeducsa) hasta la reciente conformación de la Red de Unidades de Educación en Salud de Chile.

Algunos de los temas planteados en este artículo están siendo abordados por estos organismos nacionales, en cambio otros requieren mayor comprensión y maduración.

Entre los hitos más destacables, se pueden mencionar algunos esfuerzos en Innovación: desde el año 2000, las seis escuelas médicas antiguas de Chile, han experimentado transformaciones curriculares importantes y hoy existe una preocupación permanente de todas las escuelas por la innovación de los procesos de enseñanza aprendizaje, como se verá en los resúmenes de las comunicaciones presentadas en el V Congreso Internacional de Educación Médica (siguiente sección de RECS).

En ese sentido, existen varias instancias alineadas con incentivar la innovación y la calidad de la

formación en medicina, por ejemplo el establecimiento de un perfil de competencias comunes por ASOFAMECH y la incorporación del examen médico nacional (EMN), que recientemente se amplió a la medición de competencias, denominándose examen único nacional de competencias en medicina (EUNACOM). Este logro merece especial atención, pues en Chile las carreras de medicina han liderado los procesos de mejoramiento de la calidad, en trabajos que han sido representativos y participativos.

Paralelamente, en el 2006, el gobierno de Chile promulgó la ley 20.129, que establece un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, que mediante el proceso de acreditación de pregrado, otorga un marco de regulación de la calidad y que a la fecha ha evaluado al 100% de las carreras en régimen (20 escuelas).

Además, existen iniciativas que han propiciado la conformación de vínculos académicos e institucionales como son los Congresos Internacionales de Educación Médica, así como las Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud de distintas unidades, las Jornadas Académicas de Soeducsa y las reuniones de las redes de educación en Ciencias de la Salud.

En esta misma línea, durante el año 2009, cinco universidades, que integran el Consejo de Rectores, se agruparon para constituir la Red Universitaria

Cruz del Sur y conjuntamente participar en la discusión de temas y políticas relativas a la educación superior, la formación de capital humano avanzado y el desarrollo científico y tecnológico del país. La red la conforman la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Concepción, la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, la Universidad Federico Santa María y la Universidad Austral de Chile.

En el mismo año, la Universidad de Concepción, la Universidad Católica de la Santísima Concepción y la Universidad San Sebastián suscribieron un Convenio Marco de Cooperación para el desarrollo de las carreras de la Salud, que pretende potenciar la calidad de sus carreras del área salud y coordinar acciones para contribuir al desarrollo y mejoramiento en la VIII región.

El trabajo colaborativo e interdisciplinario es hoy una realidad y los espacios necesarios para su consolidación se expanden día a día.

Y aunque existe un largo camino por recorrer, particularmente en materia de cultura organizacional y en políticas de asignación de recursos, actualmente la educación médica chilena, cuenta con algunos líderes dotados de coraje que han innovado en sus aulas, campos clínicos, instituciones, etc., logrando atraer y cautivar a savia nueva, para abordar en conjunto los desafíos de la formación y atención en salud del siglo 21.