

Educación Médica y Globalidad

*Mario J. Patiño Torres **

La salud, como concepto que trasciende los límites geográficos de países, regiones y continentes no es nuevo, pero ha requerido tiempo para que fuese aceptado ampliamente^(1,2). Los médicos como colectivo también son miembros de una comunidad global, y en este momento hay aproximadamente seis millones de médicos en todo el mundo, que prestan sus servicios a más de seis mil millones de habitantes. Esos médicos reciben su educación y entrenamiento en unas 1.800 escuelas (facultades) de medicina a nivel mundial. La globalidad creada por las economías interconectadas y un lenguaje global, por la revolución de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), y la velocidad de los desplazamientos, se manifiesta en todos los ámbitos, en el mundo científico, la salud pública, el medio ambiente, la seguridad; la medicina no queda al margen de este fenómeno, por lo que no puede obviarse la búsqueda de una respuesta a la pregunta: ¿Qué clase de médico precisa este mundo globalizado?

La educación médica no escapa a esta tendencia, puesto que, lo que los pacientes esperan de sus médicos no puede depender del lugar donde se hayan formado. Todas las facultades de medicina deben producir médicos capaces de responder a las expectativas de los ciudadanos que solicitan sus servicios, independientemente del lugar del ejercicio profesional. La medicina, sin embargo, tiene la ventaja de haberse considerado a sí misma

como una profesión globalizada, ya que el conocimiento, la investigación y la educación médica siempre han cruzado libremente las fronteras nacionales.

En las últimas dos décadas, diversos grupos, organizaciones e instituciones han hecho recomendaciones para la mejora de la calidad de la educación médica a nivel internacional, reconociendo que el entorno está sometido a rápidos cambios globales, sin una adecuada preparación para asumirlos. En los últimos seis años, los impulsos de globalización se hacen cada vez más evidentes en la educación médica⁽³⁾. Este es un fenómeno lógico, si se tiene en cuenta que la medicina es una profesión en todo el mundo y que, por tradición, la investigación y los conocimientos en el campo de la medicina como expresión de creatividad humana han traspasado las fronteras. En ese sentido, ha sido costumbre que los médicos puedan estudiar y prestar sus servicios en países diversos.

Actualmente, diversos procesos, convenios y tratados multilaterales están abriendo las puertas a la posibilidad de que estudiantes, profesores e investigadores se movilicen por todo el mundo, estimulando el establecimiento de estándares educacionales comunes, el reconocimiento mutuo de calificaciones y la adopción de procesos de certificación, mediante los cuales se permita a los profesionales de la medicina practicar su profesión en sitios distintos de aquél en el que se formaron. En ese escenario y de manera simultánea, tanto los servicios de salud, la práctica de la medicina, como la educación médica están sufriendo cambios profundos.

Dentro de ese proceso en desarrollo, que promueve la

*Presidente de la SVMÍ

globalidad en la educación médica, se inscriben proyectos e iniciativas como el de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), que desde 1984 desarrolló un Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica. Los momentos claves de este proceso fueron la Declaración de Edimburgo en 1988⁽⁴⁾, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) y su resolución 42.38 en 1989⁽⁵⁾, las recomendaciones de la Cumbre Mundial en Educación Médica en 1993⁽⁶⁾, y la resolución 48.8 de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) “Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para la Salud para Todos” en 1995⁽⁷⁾. Por su parte, en 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Educational Council for Foreign Medical Graduates, organizaron conjuntamente en Ginebra un encuentro bajo el lema “Hacia un consenso global sobre la calidad de la educación médica al servicio de las necesidades individuales y de la población”, donde los expertos de 20 países participantes reconocieron la identidad común de muchos de los componentes de la competencia profesional necesarios para todos los médicos, lo que justificaba la búsqueda en consenso de estándares globales para la educación médica.

Se mostraron de acuerdo en que junto a las clásicas competencias (conocimiento de las bases científicas de la medicina y las destrezas clínicas), existían otras que no habían sido hasta entonces reconocidas como tales, habilidades relacionales y de comunicación, capacidad de razonamiento y juicio clínico, aptitud para el trabajo en equipo, principios y conductas éticas, voluntad auto evaluativa y capacidad para el aprendizaje auto dirigido. Este grupo experto predijo la emergencia de un “médico global” en posesión de la competencia necesaria para ejercer en cualquier lugar del mundo, y la inevitable necesidad de crear un mecanismo internacional de certificación para los médicos que garantizara un núcleo de la competencia profesional universal; así como la conveniencia de establecer mecanismos de acreditación internacional de las facultades de medicina. En este sentido, ha sido importante la activa participación de la Asociación Europea para la Educación Médica (AMEE).

Como producto de múltiples esfuerzos, un evento más reciente y de gran significación para la educación médica, fue la presentación por parte de la Federación Mundial de Educación Médica de la trilogía “Estándares

Globales en Educación Médica para la Mejora de la Calidad” en la Conferencia Mundial “Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Asistencia Sanitaria” (Copenhague Marzo, 2003)⁽⁸⁻¹⁰⁾. Se trata de un proyecto iniciado en 1998 para la definición de los estándares globales en la educación médica de grado, postgrado y el desarrollo profesional continuo (DPC). La Declaración de Granada sobre Educación Médica, firmada en octubre del año 2001 a instancias de la Sociedad Española de Educación Médica por las Facultades de Medicina Españolas y la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) por las Facultades de Medicina de América Latina, constituyó un buen ejemplo del éxito en el proceso de implementación e implicó un compromiso en el desarrollo de la educación médica basándose en los estándares de calidad de la WFME.

En el marco de la Declaración de Granada⁽¹¹⁾, se consideró a la educación médica como un instrumento para la globalidad y de carácter esencial para modelar el ejercicio de la medicina en los nuevos contextos, orientado hacia la satisfacción de las necesidades sociales en materia de salud y asumiendo las facultades de medicina la responsabilidad que les corresponde en el servicio al ciudadano y a la sociedad, formando graduados de calidad, altamente calificados desde un punto de vista científico y técnico pero, también capacitados humana, social y éticamente para hacer frente a los retos que presenta la práctica médica en un mundo globalizado, preservando además la identidad y la heterogeneidad que requiere la división geopolítica.

Con el programa de Estándares Internacionales en Educación Médica, la WFME pretende promover los más altos estándares científicos y éticos en educación médica, proponiendo nuevos métodos de aprendizaje, nuevos instrumentos institucionales, y una estrategia innovadora de la educación médica, como mecanismo para la mejora de la calidad en un contexto global, aplicable por todas las instituciones responsables de la misma y en todos los programas a lo largo del *continuum* de la educación médica. La comunidad médica es, por principio, globalmente móvil, y por lo tanto los estándares de la WFME deben jugar un papel fundamental en el mantenimiento de buenas bases educativas de los médicos emigrantes. Este programa internacional tuvo precedentes regionales en el desarrollo de estándares curriculares, como el Proyecto Educación Médica en las

Américas (EMA) de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM)⁽¹²⁾ y el Proyecto de Reorientación de la Educación Médica (ROME) en el Sudeste Asiático⁽¹³⁾.

Por otra parte, y como respuesta también a la globalidad creciente y a la mayor interacción entre los médicos de muchos países del mundo, se desarrolla el proyecto del Instituto Internacional para la Educación Médica/ Institute for International Medical Education (IIME), sobre el desarrollo de un panel de capacidades mínimas globales, que representen los requisitos básicos esenciales que todos los médicos deben tener, ante la apreciada necesidad de identificar un grupo de capacidades globales mínimas que definan lo que es un médico sin tener en cuenta su lugar de formación^(14,15).

Independientemente del lugar donde se haya graduado un médico, éste debe poder reconocerse como tal y ser diferenciable de cualquier otra profesión del área de la salud de otra área. La medicina es una profesión global, y es necesario identificar los rasgos competenciales que la caracterizan.

Este proyecto, todavía en proceso, del Instituto Internacional para la Educación Médica/ Institute for International Medical Education (IIME) sobre los Requisitos Globales Mínimos Esenciales (RGME) para la educación médica de grado, está dirigido hacia la comunidad de las facultades de medicina de todo el mundo. El IIME asume este reto desde una perspectiva sin fronteras, considerando que el proceso de la globalidad ha convertido en asunto urgente la tarea de definir las capacidades esenciales que requieren los médicos en este cambio de época, porque aunque a primera vista todos los currícula parecen similares, en realidad hay gran variación entre sus elementos.

Para ello, el Instituto Internacional para la Educación Médica, creado en 1999 por el China Medical Board of New York, Inc, a través de su Comité Central desarrolló el concepto de “Requisitos Globales Mínimos Esenciales” (RGME) y definió un conjunto de capacidades mínimas, aplicables en todo el mundo. En esta iniciativa, asumieron con claridad que la definición de tales capacidades mínimas como resultado del proceso de la educación médica tendrían implicaciones significativas para los currícula en las facultades de medicina; quienes quisieran obtener en ellas su grado, deberían

demostrar la competencia profesional, que a su vez asegurase un adecuado nivel en la calidad de sus servicios, acompañado de los valores profesionales. Lo que se busca es que los graduandos sean capaces de integrar la atención de la persona enferma, la prevención y la promoción de la salud, además de poder trabajar en equipos interdisciplinarios; también deben ser capaces de educar, aconsejar y guiar a los pacientes, familias y a la comunidad en las cuestiones relacionadas con la salud, la enfermedad, los factores de riesgo y los estilos saludables de vida. Deben tener la capacidad para adaptarse a los cambios en la presentación de las enfermedades, a los nuevos requisitos y condiciones de la práctica médica, a la tecnología de la información y comunicación aplicadas a la medicina, a los avances de la ciencia y a los cambios en los sistemas de salud, pero siempre manteniendo los más elevados estándares en la ética y valores de la profesión.

El Comité Central del Instituto para la Educación Médica Internacional (IIME), a través de un proceso de revisión de la literatura en educación médica y las experiencias aportadas por expertos, definió las áreas de competencia mínimas esenciales agrupándolas en siete dimensiones:

1. Valores, actitudes, conductas y ética profesional.
2. Bases científicas de la medicina.
3. Habilidades clínicas.
4. Habilidades relacionales o comunicacionales.
5. Salud poblacional y sistemas sanitarios.
6. Gestión de la información.
7. Pensamiento crítico e investigación.

Cada dimensión y sus dominios se justifican en este proyecto por las exigencias que imponen los nuevos contextos de la sociedad del conocimiento y la globalidad. La formación en valores y la conducta ética constituyen un elemento esencial, entendiendo que el ejercicio de la medicina es algo más que un ejercicio de alta complejidad técnica. Se deben tener las destrezas para afrontar los rápidos avances científicos, incorporar el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, los cambios organizativos y las limitaciones económicas, sin perder los valores tradicionales que han dirigido la profesión durante milenios. Se necesitan las destrezas para una buena comunicación que permita comprender el contexto, valores, creencias y cultura del paciente, al cual se deberá aconsejar, cuando no educar acerca de sus enfermedades, tratamientos, factores de riesgo o estilos de vida saludables. Dadas las epidemias

globales como el SIDA, el tabaco o la violencia, se precisan las destrezas y los conocimientos para tratar con la salud de las poblaciones, para trabajar en equipo con otros profesionales a fin de promover, mantener e recuperar la salud de la población. Estos esfuerzos deben llevarse a cabo en el contexto de unos sistemas sanitarios complejos, que deben entenderse en su funcionamiento y estructura, así como sus fundamentos legales y limitaciones económicas. El pensamiento crítico y las destrezas en investigación biomédica, son herramientas esenciales para generar y valorar críticamente el conocimiento, la tecnología y la información.

En este proyecto del IEM, el concepto de “requisitos esenciales” no implica la uniformidad global de los currícula ni de los procesos educacionales en medicina; tampoco son estos requisitos esenciales una amenaza contra el principio fundamental de que la educación médica debe identificar las necesidades específicas sociales y culturales en el contexto donde el médico se forma y donde va a ejercer, para responder a esas necesidades. Al tratar de cumplir con los “requisitos globales mínimos esenciales” las escuelas de medicina adoptarán cada una su propio diseño curricular. En ese sentido, los “requisitos esenciales” están planteados sólo como el núcleo de un currículo médico, asumiendo que cada país, región y escuela de medicina tiene sus propios requerimientos, que deben incorporarse al currículo particular. Esto significa que el programa educacional de cada escuela de medicina debe ser diferente, conservando un núcleo común y abriendo así el camino para una educación médica orientada hacia la obtención de capacidades demostrables.

Por otra parte, a pesar de que en el campo de la medicina las actividades docentes son menos consideradas que otras actividades como la investigación básica y clínica, la implicación progresiva de los profesores en la investigación educativa para la generación y búsqueda de la mejor evidencia en educación médica, es una vía en desarrollo que ha contribuido al evidente crecimiento que ha tenido la educación médica como disciplina en las últimas décadas, resultando en una profusa investigación en educación y en sus publicaciones. Todo esto, ante la necesidad de dar respuesta a las exigencias de los contextos emergentes.

Sin embargo, tradicionalmente, la ciencia de la educación ha estado gobernada por la tradición y la intuición,

existiendo la creencia general de que las pruebas o evidencias para aceptar o rechazar diferentes modelos educativos no existen, al relacionarlo con los problemas de la medida y la causalidad de la investigación en educación, problemas que también se presentan, aunque con menos frecuencia, en ciencias de la salud. Demostrando que, comparada con las ciencias de la salud, la educación se enfrenta a problemas de similar complejidad.

Ante estas consideraciones, con la experiencia favorable de la Medicina Basada en Evidencia en el campo de la medicina clínica (MBE) y con los mismos principios, se encuentra en desarrollo desde 1999 el proyecto internacional colaborativo conocido como Educación Médica basada en la Mejor Evidencia (Best Evidence Based Medical Education (BEME)⁽¹⁶⁾. La colaboración BEME esta constituida por un grupo de instituciones internacionales, como la Asociación Europea de Educación Médica (AMEE), que están comprometidas con la promoción de la educación médica basada en la mejor evidencia a través de: desarrollar a nivel internacional el concepto de BEME como parte integral de la cultura de la educación médica; definir las necesidades del profesor/a de medicina en términos de ayudarles a vincularse a BEME; la difusión de la información que permite a profesores, escuelas y facultades de medicina y todas las instituciones vinculadas con la educación médica tomar decisiones en base de la mejor evidencia disponible; la producción de revisiones sistemáticas apropiadas en educación médica que reflejen la mejor evidencia disponible y resuelvan las necesidades del usuario; considerar el tipo de infraestructura necesaria para apoyar el desarrollo de la educación médica; proporcionar programas de entrenamiento para los revisores y para todos aquéllos que interpretan e implementan las revisiones. Así, la adopción de la Educación Médica basada en la Mejor Evidencia sólo requiere que el profesor sea capaz de apreciar la mejor información disponible y tomar sus decisiones en base a ella, lo cual representa una actitud mental.

En definitiva, la educación médica y los sistemas de salud a nivel mundial, se encuentran actualmente insertos en un conjunto de procesos de cambio que caracterizan a la sociedad del siglo XXI. Los procesos de tipo social y cultural, organizativos, tecnológicos y políticos están suponiendo nuevos retos, a la vez que nuevas oportunidades para la formación profesional de hoy y del futuro. Mientras que por un lado se refuerza la apro-

ximación de la lucha contra la enfermedad, por el otro se amplía el concepto de salud incorporando las nociones de calidad de vida, resultando en nuevas demandas orientadas más allá que a la mera ausencia de enfermedad. Por otra parte los procesos organizativos más relevantes están centrados en la creciente tensión entre los modelos de gestión propios de la sociedad industrial con modelos propios de la sociedad de conocimientos, siendo los procesos más destacados, la vertiginosa configuración de una sociedad global con rápidos flujos de información y personas que acentúa la transmisión global y el impacto de las enfermedades; el aumento de la facilidad para obtener y transmitir información a través de Internet, que resulta en un ciudadano con más conocimientos y más propenso al auto cuidado, a la vez que abre vías a nuevas formas de realización de la práctica médica basada en la TIC⁽¹⁷⁾. Para la comunidad de la educación médica el reto consiste en aprovechar la oportunidad y utilizar la globalización como instrumento para la mejora de la calidad y de la competencia profesional⁽¹⁸⁾.

Ante estas exigencias para la educación del médico, estamos en condición de reconocer que el contenido curricular y los métodos no son más que medios, sin negar su importancia como elementos fundamentales del currículum para alcanzar las metas. Y la meta que se quiere alcanzar es la de un profesional capaz de ejercer bien su profesión, un profesional competente, lo cual implica un cambio de paradigma, hacia una educación basada en la competencia profesional como desarrollo de capacidades, y que además contenga los valores de la profesión como el humanismo y el profesionalismo. Todo esto, nos plantea la necesidad de la búsqueda y el desarrollo de proyectos de presente y de futuro que nos permitan participar y responder de forma coherente a las exigencias de una sociedad cambiante.

REFERENCIAS:

- Schwarz R, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Medical Teacher*. 2002; 24(2):125-129.
- Simpson J, Furnace J, Crosby, J. et al. The Scottish doctor—learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*. 2002; 24(2): 136-141.
- Global Minimum Essential Requirements in medical education. Core committee, Institute for International Medical Education, White Plains, New York, USA. *Medical Teacher*. 2002; 24 (2): 130-155.
- World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet*. 1988; 8068: 464.
- World Health Assembly. WHA Resolution 42.38. WHO, Geneva, 1989.
- World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. *Medical Education* 1994, 28 Suppl 1.
- World Health Assembly. Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8. WHO, Geneva, 1995.
- Karle H. Impacto del programa Estándares Globales de la WFME. *Educación Médica*. 2004; 7 Suppl 2; S3-S4.
- World Federation for Medical Education Task force (2000). Defining international standards in basic medical education. Report of a Working Party, Copenhagen 1999. *Medical Education*. 2000; 34(8): 665-675.
- WFME. WFME Global standards in medical education: status and perspectives following the 2003 WFME World conference. *Medical Education*. 2003;37:1050-1054.
- Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado. Granada, octubre de 2001. *Educación Médica*. 2002; 5:3-5.
- Panamerican Federation of Associations of Medical Schools. *Medical Education in the Americas: Final Report of the EMA Project*. PAFAMS, Caracas. 1990; 18.
- Uton M. Medical education reform in South-East Asia: WHO perspectives. *Medical Education*. 1996; 30:397-400.
- Schwarz M. Globalization and medical education. *Medical Teacher*. 2001; 23(6): 533-534.
- Stern D, Wojtczak A, Schwarz M R. The assessment of global minimum essential requirements in medical education. *Medical Teacher*. 2003; 25 (6): 589-595.
- Hart I. Best Evidence Medical Education (BEME). Editorial. *Medical Teacher*. 1999; 21 (5): 453-454.
- Rodríguez J. Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica*. 2004; 7 (1): 2-8.
- Harden R, Crosby J, Davis M, PW Howie P, Struthers A. Task-based learning: the answer to integration and problem based learning in the clinical years. *Medical Education*. 2000; 34: 391-397.
- Carraccio C, Wolfsthal S, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting Paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002; 77: 361-7.
- Walton H, Matthews M. Essentials of problem-based learning. *Medical Education*. 1989; 23:542-558.