

RECURSOS HUMANOS PARA EL AÑO 2000: REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO Y LA REFORMA DE LOS ESTUDIOS DE MEDICINA

El objetivo de «Salud para todos en el año 2000» establecido en mayo de 1977 por la XXX Asamblea Mundial de la Salud¹ constituye una formulación afortunada que ha logrado comprometer a todos los gobiernos del mundo en relación con dicha meta y la estrategia para alcanzarla. El desarrollo de dicha estrategia ha supuesto una elaboración permanente, a lo largo del último decenio, guiada por las nociones de salud y equidad. Así, la conferencia de Alma-Ata promovida por la OMS y la UNICEF en 1978 define la Atención Primaria de Salud (APS) como concepción alternativa idónea para superar el agotamiento del modelo médico-curativo². La serie publicada por la OMS en el período 79-82 bajo el título de «Salud para todos» (SPT) recoge en ocho documentos el desarrollo de la estrategia mundial y, por su parte, la región europea aprobó en 1984 el documento de las «38 Metas» como estrategia regional para alcanzar la SPT³. En cualquier caso todas las estrategias de SPT implican acciones destinadas a lograr:

1. Condiciones sociales saludables (trabajo, vivienda, servicios sociales, medio ambiente, etc.).
2. Hábitos saludables (educación para la salud, alimentación, deporte, etc.).
3. Un sistema de la salud basado en la atención primaria.

La estrategia de SPT supone el reconocimiento de las raíces sociales de la enfermedad y el carácter social de las acciones preventivas y de promoción de la salud. Dicho de otro modo, la política de salud debe ser ineludiblemente una política global, intersectorial. En relación con los recursos humanos, de las nociones anteriores se deriva:

- Que profesionales tradicionalmente ajenos a la problemática de la salud tienen que aportar sus conocimientos a los problemas sanitarios y/o a los servicios.
- Que las profesiones sanitarias «sensu strictu» tienen que someterse a una urgente y profunda revisión que ha de contemplar, de una parte, la formación básica y especializada de los futuros profesionales y de otra, la formación de los que ya ejercen en el sistema.

La aportación de «no sanitarios» a las acciones y a los servicios de la salud es un fenómeno característico de los últimos años que se vive positivamente desde dichos colectivos que ven en la salud un campo atractivo y abierto para el desarrollo profesional y científico. En cualquier caso toda la política de salud debe contemplar la formación de estos nuevos profesionales. El presente artículo se centra en la reforma en curso de los planes de estudios médicos. Aún cuando muchos de los criterios y consideraciones que aquí se expresan estrictamente aplicables a los diplomados en enfermería⁴⁻⁶, la reflexión se centra en el colectivo médico que además de su peso numérico y social es el más problemático frente al cambio.

La revisión necesaria

La necesidad de introducir grandes cambios en los sistemas de formación médica es de alcance mundial y tan ampliamente reconocida que además de ser recogida en todos los documentos generales de la OMS y EuroOMS mencionados, ha dado lugar a multitud de documentos específicos

promovidos por la propia OMS⁷⁻⁹ y otros organismos internacionales. Entre estos últimos hay que mencionar necesariamente a la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) y al Comité Asesor sobre Formación de las Comunidades Europeas (ACMT). El ACMT, creado a raíz de la elaboración de las directivas sobre reconocimiento de títulos y homogeneización de estudios^{10, 11} ha inspirado la directiva del 86 sobre la formación específica en medicina general¹² y producido importantes documentos que van configurando el pensamiento comunitario¹³.

La WFME, creada en 1972, se propuso en 1986 alcanzar en breve plazo un consenso mundial entorno a la educación médica¹⁴⁻¹⁵. Tras un intenso proceso de participación, el pasado mes de agosto se celebró en Edimburgo la Conferencia Mundial sobre Educación Médica para la cual la WFME contó con el patrocinio de la OMS, la UNICEF y el United Nations Development Programme (UNDP), y la participación activa de la UNESCO. La conferencia aprobó una declaración¹⁶ cuyo significado en relación con la educación médica se supone equivalente a la de Alma-Ata y la atención sanitaria. Las recomendaciones contenidas en la Declaración de Edimburgo al igual que la de los documentos que la han precedido responden a la necesidad bien establecida de: 1. mejorar los métodos de la educación médica y 2. introducir y dar protagonismo a la APS.

Aspectos metodológicos de la educación médica. La preocupación por la eficacia de los métodos de la enseñanza de la medicina es una consecuencia directa de la insatisfacción generada por el uso dominante de los métodos tradicionales (lecciones teó-

ricas, libros, etc.) cuyas virtualidades se malograron con la masificación. Las recomendaciones en favor de la integración de las disciplinas y de la enseñanza basada en la competencia y en la resolución de problemas es, a la vez, un intento de superación del «departamentalismo» y de la llamada al equilibrio teórico-práctico y de aproximación a la realidad. La conocida teorización de Guilbert¹⁷ sobre las tres dimensiones de la educación médica (actitudes, conocimientos y habilidades), presente en casi todos los documentos mencionados (incluida la Declaración de Edimburgo) puede también ser traducida como necesidad de asociar competencia teórica (conocimientos) y competencia práctica (habilidades). Las actitudes no son sino expresión de conocimientos y habilidades en los terrenos psicológico, de la comunicación, etc.

El énfasis en el aprendizaje activo, la educación permanente y el adiestramiento de la inteligencia son una referencia a la necesidad de formación metodológica frente a la sobrecarga informativa y el aprendizaje memorístico. Es decir, no se trata ya, simplemente, de utilizar métodos efectivos de enseñanza; se trata de enseñar a aprender (y a enseñar) de modo que los futuros profesionales estén en condiciones de ir incorporando autónoma y críticamente los nuevos conocimientos y técnicas a medida que se producen. Esta capacitación crítica que unánimemente se reclama, implica la necesidad de incorporar a la formación pregraduada, la educación teórica y práctica en los aspectos metodológicos de las tres funciones médicas: producción de conocimiento (investigación), transmisión de conocimiento (docencia) y aplicación de conocimiento (práctica sanitaria). Estos cambios preconizados en los métodos de enseñanza comportan, obviamente, procesos educativos para los docentes y modificaciones sustanciales en los métodos de evaluación de los alumnos.

Aspectos derivados de los nuevos enfoques de salud. Introducir y dar protagonismo a la APS en la formación médica significa de modo muy resumido:

- Que el sistema educativo debe desplazar su centro de gravedad, del gran hospital hacia los centros de atención primaria, ocupando todos los niveles intermedios.
- Que la formación de los nuevos licenciados debe adoptar un enfoque generalista y estar orientada hacia la comunidad, adaptándose a sus prioridades sanitarias y cubriendo asistencia, rehabilitación, prevención y promoción de la salud.
- Que las disciplinas biomédicas tradicionales además de beneficiarse del enfoque generalista y comunitario y del adiestramiento metodológico deben complementarse con materias tales como: economía, sociología, antropología, educación para la salud, etc., constituyendo con la salud pública un gran bloque temático socio-sanitario.
- Que el carácter multidisciplinario que necesariamente debe adoptar la formación médica ha de corresponderse con la teoría y la práctica frecuente del trabajo en equipo.

Estos rasgos enumerados como definitorios de la implantación de la APS constituyen un desideratum que debe inspirar las reformas pero en modo alguno presupone líneas de acción recomendadas. La cuestión tan debatida, por ejemplo, de como debe materializarse la APS en la organización de las facultades de medicina parece resolverse teórica y prácticamente por la vía de la diversidad. La APS puede definirse como una nueva área de conocimiento generada por la convergencia de diversas disciplinas en distinto grado de desarrollo (medicina primaria, atención primaria de enfermería, salud pública, sociología y economía de la salud, etc.) pero no es un mero ingrediente curricular nuevo que se añade a los anteriores. Todos los elementos integrantes de la formación médica deben estar impregnados del nuevo enfoque que supone la APS y para lograrlo cada escuela de medicina y quienes se consideren implicados en su actividad deben tener en cuenta sus propias condiciones.

Cómo lograr los cambios deseables

Todos los documentos sobre educación médica reseñados, reflejan plena conciencia de los obstáculos que se oponen a los cambios en las facultades de medicina. Por ello dichos documentos, lejos de limitarse a la definición del modelo ideal de escuela médica dedican muchas consideraciones al análisis del abismo que separa las facultades de medicina del sistema sanitario y de la comunidad y a recomendar criterios de aproximación. Las facultades de medicina están conceptuadas como centros representativos del modelo médico departamentalizado, con la lógica incapacidad para promover cambios sustanciales. Por el contrario, los organismos gubernamentales muestran una mayor sensibilidad hacia los planteamientos de SPT, actuando luego con mayor o menor consecuencia frente a los sectores sociales, económicos y profesionales reticentes a los cambios. En tercer lugar se alude al relevante papel de los organismos no gubernamentales como promotores de la APS.

Las condiciones españolas resultan extremadamente afortunadas en relación con la estrategia mundial de SPT al coincidir con el «aggiornamento» que tiene lugar en nuestro país como consecuencia del advenimiento de la democracia y de nuestra incorporación a Europa. El modelo autonómico en la organización del Estado, la LRU y la LGS constituyen un contexto inmejorable para propiciar la revisión a fondo de la educación médica. La LRU enmarca la reforma de los estudios universitarios, recientemente iniciada por el Consejo de Universidades (CU) y establece el entendimiento -por la vía de los conciertos- de los sistemas sanitario y educativo con el fin de garantizar un desarrollo equilibrado de las funciones asistencial, docente e investigadora¹⁸. La LGS por su parte, establece un Sistema Nacional de Salud centrado en la APS y que, en su conjunto, debe de estar en disposición de ser utilizado para la docencia y la investigación. La refor-

ma de los estudios médicos que está en curso tiene que beneficiarse de las múltiples circunstancias favorables que se conjugan en este momento. Para ello los agentes sociales -gubernamentales o no- interesados en el cambio tienen que ejercer su papel participando activamente en el largo y escalonado proceso de la reforma.

La primera etapa del proceso que se viene desarrollando desde hace casi dos años, es la elaboración de las directivas generales propias del título de medicina (DG) que aprobará el gobierno a propuesta del CU. Las DG constituyen el marco general al que deberán ajustarse los estudios médicos de todas las universidades españolas¹⁹. El primer borrador de estas DG que el CU ha difundido para su debate²⁰, aún siendo moderadamente innovador, acusa la composición estrictamente universitaria del grupo redactor. Las DG deberán cumplir la Directiva 363/75/CEE; pero sería grave que el CU propusiera y el gobierno aprobara en 1989 unas DG que se limiten a satisfacer una directiva europea anterior a Alma-Ata y de inaplazable actualización tras la Declaración de Edimburgo. Sometiéndose a las DG, las universidades españolas aprobarán sus propios planes de estudio, que deberán ser homologados por el CU. Por último, el desarrollo práctico de los planes de cada universidad, instrumentados a través de los conciertos con los entes titulares de los servicios sanitarios, estará fuertemente condicionado por la calidad de dichos servicios y su disponibilidad para las funciones docente e investigadora. En otras palabras, el desarrollo de la reforma sanitaria es una condición «sine qua non» para el éxito en la reforma de la educación médica como a su vez de ésta depende, a medio y largo plazo, la efectiva adecuación del sistema sanitario a los objetivos de SPT. De ahí la enorme responsabilidad del Ministerio de Sanidad como promotor central de la reforma sanitaria y como miembro del gobierno que debe aprobar las DG. Las Comunidades Autónomas, aún careciendo de competencias administrativas sobre los planes de es-

tudio de sus universidades, ejercen una influencia general sobre éstas -a través del Consejo Social- que debe garantizar ese nexo indispensable entre las universidades y los intereses sociales. Las Consejerías de Salud, responsables en su ámbito del curso de la reforma sanitaria -en la medida en que tienen transferidos los servicios sanitarios- deben pronunciarse en torno a las DG pero tienen que ejercer especialmente su capacidad de interlocución para influenciar positivamente los planes de estudio de las facultades existentes en su comunidad, cuya aplicación gravitará plenamente sobre los servicios sanitarios.

Por último, apuntemos el papel de los colectivos no gubernamentales interesados en el avance de la reforma sanitaria. Se trata de grupos profesionales no meramente médicos, muy variados y activos social y profesionalmente. Tales son los médicos de familia, enfermeros y otros profesionales vinculados a la APS, administradores, epidemiólogos, economistas, enseñantes de salud pública y APS, etc. Dichos profesionales, integrantes de numerosas sociedades, investigan, realizan congresos y desarrollan actividades docentes -vinculadas o no a la universidad- con lo que contribuyen a dar apoyo científico a la APS. Pero es preciso que, para multiplicar su eficacia, estos colectivos se organicen y trabajen conjuntamente con el objetivo explícito de profundizar en la elaboración teórica de la APS apenas iniciada en nuestro país. Cabe sugerir entre las múltiples líneas de trabajo imaginables:

- El intercambio de experiencias en la enseñanza de disciplinas vinculadas a la APS.
- La definición de funciones y competencias profesionales básicas en APS, en torno a las cuales debieran desarrollarse la formación pregraduada.
- La iniciación de debates en publicaciones científicas y en los medios de comunicación en general, sobre la enseñanza en las profesiones sanitarias y sus especialidades.

- La promoción de reuniones científicas centradas en torno a las funciones docente e investigadora del sistema sanitario en general y de los centros de atención primaria en particular.

Los colectivos no gubernamentales son el catalizador indispensable en el necesario pero difícil proceso de aproximación entre las universidades, el sistema sanitario y la sociedad.

Esteban Lamote de Grignon Querol
Consejería de Salud y Servicios Sociales.
Junta de Andalucía.

Bibliografía

1. Resolution WHA 30.43.
2. OMS. Alma-Ata: *Atención Primaria de Salud*. Gineve, OMS, 1978 (Serie Salud para todos; 1).
3. WHO. Regional Office for Europe. *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO, 1985.
4. Groupe de travail de l'OMS. *La formation continue des personnels de santé en tant que facteur de carrière*. Copenhagen: OMS, 1980 (Rapports et Etudes EURO; 6).
5. Comité de Expertos de la OMS. *Formación de profesores y administradores de enfermería, con especial referencia a la atención primaria de salud*. Gineve: OMS, 1984 (SIT 708).
6. Fülöp T, Roemer MI. *Evolution internationale de la politique des personnels de santé*. Gineve: OMS, 1984.
7. Katz FM, Fülöp T. *Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes*. Gineve: OMS, 1978 y 1980.
8. WHO. *Competency-based curriculum development in medical education: an introduction*. Geneva: WHO, 1978 (Public Health Papers; 68).
9. WHO. Regional Office for Europe. *Primary health care in undergraduate medical education*. Copenhagen: WHO, 1984.
10. Directiva 75/362/CEE.
11. Directiva 75/363/CEE.
12. Directiva 86/457/CEE.
13. Commission of the European Communities. *Medical Training in the European Community*. Berlin: Springer-Verlag, 1987.
14. Anónimo. A programme and strategy for world action in medical education: A proposal for action through a world conference (Editorial). *Med Educ* 1986; 20:1.
15. Planning Commission. Six major themes. *Med Educ* 1986; 20:378-89.
16. World Conference on Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet* 1988; 2:464.
17. Guilbert J-J. *Guide pedagogique pour les personnels de santé*. Gineve: OMS, 1981.
18. R.D. 1558/86.
19. R.D. 1497/87.
20. Ponencia de Reforma de Enseñanzas Universitarias. Informe técnico del grupo de trabajo n.º 9. *Título de licenciado en medicina y cirugía*. Madrid: Consejo de Universidades (mimeo), 1987.