

## **Cambios importantes en la formación médica en USA, consecuencia de los procesos originados en los sistemas de salud y en la atención sanitaria**

ELSO SCHIAPPACASSE F.\*

Al inicio del siglo XXI, se producen cambios día a día que impactan tanto a la sociedad como a la profesión médica, creándose nuevos entornos y escenarios sanitarios.

Estos entornos producen cambios en las expectativas que tiene la sociedad respecto a las posibilidades de la atención sanitaria y de los sistemas de salud.

Las expectativas vienen condicionadas por los procesos de cambio social que se originan en los aspectos demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, económicos, laborales, judiciales, políticos y éticos.

Ya en 1996, en los Estados Unidos de Norteamérica, se redacta el Medical School Objectives Project<sup>1</sup> que engloba los requerimientos que un médico graduado debe poseer.

Los significativos cambios citados anteriormente, están produciendo nuevos roles que los médicos deben adquirir, imponiendo modificaciones significativas en el modelo tradicional existente, ya que éste no respondería a las nuevas expectativas sociales.

La profesión médica ha reaccionado frente al nuevo escenario que se ha ido configurando y, en 1999, se redactó un nuevo código de valores en torno al concepto de "profesionalismo"<sup>2</sup>.

El profesionalismo médico se ha extendido a la mayoría de los países.

Consta de tres principios fundamentales y una serie de responsabilidades con la sociedad:

Principios del profesionalismo médico:

- Primacía del bienestar del paciente.
- Práctica del altruismo.
- Autonomía del paciente.

Responsabilidades del profesional médico:

- Competencia profesional de por vida.
- Honestidad y confidencialidad en los pacientes.
- Perfeccionar la calidad de la atención.

La necesaria adaptación de la Educación Médica al conjunto de cambios antes señalados, ha determinado que en un gran número de Escuelas Médicas de todo el mundo se hayan generado cambios curriculares los que han incluido tanto la enseñanza como la evaluación del profesionalismo.

Con respecto a los cambios demográficos, éstos han dado origen a tres fenómenos sociales que se mantienen activos y proyectados hacia el futuro:

- El aumento de la longevidad de la población.
- La baja tasa de natalidad.
- El incremento de la inmigración procedente de otros países.

Entre los cambios epidemiológicos importantes se cuentan:

- Prevalencia de enfermedades crónicas.
- Patrón comórbido de enfermedades.
- Mayor complejidad asistencial.
- Incremento de la incertidumbre en la práctica clínica.

Los cambios tecnológicos abarcan ya a la casi totalidad de las especialidades y subespecialidades, encareciendo el gasto en salud, pues se produce una rápida adopción de nuevas tecnologías sanitarias.

La rápida difusión de nuevos valores, por medio de modernas tecnologías, condiciona nuevas conductas y actitudes.

Este hecho resalta la importancia del profesionalismo médico como modelo de referencia y también supone la asunción de un nuevo modelo de formación y de aprendizaje.

Otro fenómeno de importancia ha sido la judicialización de la práctica médica y la aparición de un usuario informado con acceso inmediato y universal a la información y al conocimiento.

Fruto de la interacción de los muchos factores que están afectando a la práctica de la medicina, se

\* Médico Cirujano, Profesor Emérito, Dpto. Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

ha ido produciendo un cambio de ambiente donde se forman los estudiantes de medicina.

Los escenarios se han ido modificando en forma progresiva: una transferencia desde el Hospital al Consultorio (ambulatorio).

Muchos pacientes que antes eran hospitalizados hoy se tratan en forma ambulatoria, ya sea como consecuencia de los avances en la práctica médica o por la cuantía de los costos en los hospitales. Los actuales enfermos que son hospitalizados, tienen enfermedades poco comunes y complicaciones complejas. Además, la permanencia de los pacientes en el Hospital ha ido disminuyendo. La organización de los servicios médicos hospitalarios ha ido cambiando por la naturaleza de las enfermedades que hoy día se hospitalizan, las que requieren de una variada tecnología la que eleva significativamente los costos de una hospitalización.

Hay Escuelas de Medicina que han creado un currículo integrado y modelos de docentes para mejorar las habilidades clínicas y atender al profesionalismo, debiendo hacer cambios en la estructura administrativa. Un ejemplo es El College System: un cuerpo de profesores de clínicas que entregan un tiempo suficiente para los estudiantes y son tutores de ellos (Escuela de Medicina de la Universidad de Washington<sup>3</sup>).

En Florida State University, se fundó su Escuela de Medicina en el año 2000, y tiene como característica que el aprendizaje de las diferentes clínicas se desarrolla en los diferentes centros ambulatorios en un 70% del tiempo total reservado para el ciclo clínico<sup>4</sup>.

Whitcomb<sup>5</sup>, plantea que el desafío principal en la formación médica actual es mejorar la enseñanza de las principales disciplinas clínicas, reflexionando sobre si los lugares donde se enseñan las patologías clínicas reciben los enfermos adecuados, en correspondencia con las enfermedades más comunes que luego verán en su práctica de graduados.

Este autor plantea, además, en un artículo editorial de *Academic Medicine*, que los cambios curriculares que se están produciendo en la actualidad y que han llevado a cambios extraordinarios son:

- Énfasis en las necesidades sociales.
- La importancia creciente del desarrollo científico.
- Los nuevos patrones de práctica, en que los centros ambulatorios van adquiriendo creciente importancia.

El Commonwealth Fund Task Force on Academia Health Centers<sup>6</sup>, menciona que el rol principal es de tipo educacional destacando que los estudiantes, especialmente los residentes, deben te-

ner más práctica en ambientes clínicos comunitarios. Whitcomb<sup>7</sup> menciona que el profesionalismo médico es la nueva carta médica esencial y que los alumnos dicen que su práctica está muy lejos de cumplir lo que allí se estipula, recalcando nuevamente que los alumnos deben tener mucho más experiencias en ambientes comunitarios.

A su vez afirma que existen fuerzas poderosas que atentan contra el profesionalismo médico: fuerzas políticas, legales y el mercado.

Otro aspecto que ha incidido en la adquisición de habilidades clínicas ha sido la disminución de la disponibilidad de pacientes, la cual se redujo a la mitad al comparar los períodos 2000 – 2001 con los períodos 1999 – 2000<sup>8</sup>.

En el año 1996, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC) envió a todos los decanos una encuesta solicitando consignar los tópicos más importantes de los contenidos curriculares de sus respectivas Escuelas<sup>9</sup>. Habiendo obtenido 81 respuestas de las 126 enviadas (61%), los tres aspectos más significativos fueron:

- Comunicación efectiva médico-paciente.
- Enseñanza clínica en ambientes ambulatorios.
- Promoción de salud y presencia de enfermos.

Se mencionó que este resultado tendría relación con el aumento progresivo de la importancia que se le asigna al sistema de valores y por un mayor interés en la orientación de médicos generales.

En apoyo de las ideas anteriores, Jones<sup>10</sup> plantea que el rol cambiante de la medicina en la sociedad y el aumento de las expectativas de los pacientes, representan poderosos estímulos para promover el cambio en los currículos de estudios médicos.

Por otra parte, el foco de la atención en salud ha ido cambiando desde los cuidados episódicos de pacientes en hospitales a la promoción de salud en las comunidades. De igual modo, se ha transitado desde una concepción paternalista a un manejo negociado basado en evidencias y efectividad.

Asimismo, la formación médica se ha ido centrando cada vez más en los estudiantes, con énfasis en el aprendizaje activo en vez del aprendizaje pasivo, orientando la evaluación hacia las competencias clínicas, en vez de la habilidad para retener y recordar hechos. Se está usando cada vez más programas flexibles que programas rígidos.

Comel y Pascoe<sup>11</sup>, en un enfoque de la Educación Médica para el siglo XXI, plantean que los conocimientos y habilidades que requieren los estudiantes de Medicina, incluyen un conjunto de áreas que no han sido incluidas en los currículos tradicionales.

En un artículo referido al Proyecto UME-21 (Undergraduate Medical Education for the 21st Century)<sup>12</sup>, en aspectos relacionados con la ense-

ñanza efectiva de las clínicas en estudiantes de tercer y cuarto año de Medicina, se señala que estos estudiantes realizaron práctica intensiva en ambientes clínicos distintos a los tradicionales hospitales universitarios, utilizando departamentos de salud pública y sitios con facilidades para desarrollar habilidades clínicas con pacientes ambulatorios. Para ello, un grupo de 39 docentes asistieron durante 4 meses a programas de desarrollo en estas áreas, formando parte de un consorcio de ocho Escuelas de Medicina y diez Escuelas asociadas. Se dedicaron a trabajar en los contenidos del programa, a establecer los horarios y ubicar los sitios en que los estudiantes harían su práctica.

Es en base a los cambios anteriormente resumidos que algunos autores<sup>13</sup> han planteado la interrogante de si acaso los hospitales de mayor complejidad continuarán siendo el sitio principal de la enseñanza clínica y si serán los profesores de clínica de las Escuelas de Medicina quienes continua-

rán enseñando habilidades clínicas en el futuro. En el entrenamiento de residentes, se ha propuesto y programado un sistema rotatorio de experiencias clínicas completas en consultorios periféricos.

Hay buenas razones para decir que en un futuro no muy distante, un elevado número de estudiantes y residentes estarán aprendiendo medicina clínica fuera de los hospitales tradicionales. Ya se está viendo migración de estudiantes de los servicios clínicos de los tradicionales hospitales de enseñanza hacia una variedad de nuevos sitios: hospitales de la comunidad; centros de salud comunitarios, grupos de práctica médica de múltiples especialidades, y en las oficinas médicas privadas.

Las organizaciones relacionadas con la medicina interna están de acuerdo con que estos cambios son necesarios para entrenar a los internistas con las realidades que la práctica de la medicina interna requiere.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools: report of the medical school objectives project. *Acad Med* 1999; 74: 13-8.
2. Rosselot E. Profesionalismo: una actualizada expresión para el ejercicio ético de la medicina. *Bol Acad Chil Med* 2003; 40: 127-39.
3. Goldstein E S, Mac Laren C F, Smith S. Promoting Fundamental Clinical Skills a Competence-Base College approach at the University of Washington. *Acad Med* 2005; 8: 423-33.
4. Hurt M, Harris J. Founding a new College of Medicine at Florida State University. *Acad Med* 2005; 8: 973-9.
5. Whitcomb M. More on improving the Education. *Acad Med* 2003; 78: 349.
6. Common Wealth Fund Task Force on Academic Health Centers. The Roles of Academic Health Centers in the 21st Century. *Med Ed Reform*. Institute of Medicine of the National Academies. Washington DC, 2001.
7. Whitcomb M. What Community Based Education Teach Tomorrow Doctors. *Acad Med* 2005; 80: 315-6.
8. Task Force on the Clinical Skills Education of Medical Students. *JAMA* 2001; 286: 1109-10.
9. Graber D R, Bellack J P, Musham C. Academic cleans views on Curriculum content in medical schools. *Acad Med* 1997; 72: 901-7.
10. James R, Higgs R, de Angelis C. Changing face of Medical Curricula. *Lancet* 2001; 357: 699-703.
11. O. Connel MT, Pascoe J.M. Undergraduate Med Ed for the 21 century. *Fam Med J* 2004; 36 Suppl: 551-6.
12. Rivo M, Keller R, Teherani A. Practicing Effectively in Today's Health System. *Teaching Systems - based care*. *Family Med J* 2004; 36 Abstracts.
13. Whitcomb M. The future of Academic Health Centres. *Acad Med* 2006; 81: 299-300.