

## **El paradigma de la educación médica en América Latina**

Derly Jenny Garcés Cabal

### **Introducción**

La relevancia de la educación médica en la sociedad es considerada como un proceso social que va articulado a otros procesos –culturales, sociales, económicos, geopolíticos–. Esto hace que la formación médica, y que la articulación entre la universidad dedicada a la formación de profesionales de la medicina y las instituciones de salud, responsables de la prestación de servicios a las poblaciones, sea una articulación cada vez más compleja y problemática.

Desde el punto de vista conceptual, la educación médica ha sido definida por varios autores. Wojtczak (2003), por ejemplo, la define como “el proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de los estudiantes, con una integración progresiva de conocimientos, experiencias, habilidades, actitudes, responsabilidades y valores, de tal manera que finalmente puedan ejercer la medicina” (p. 28).

Para Boelen “La Educación médica es la disciplina que prepara a los nuevos médicos a mantener y restablecer la salud de las personas y de las poblaciones, teniendo en cuenta las evolución y las transformaciones de la sociedad, de las aspiraciones de los ciudadanos y de los imperativos del sistema sanitario” (Boelen, 2010, citado por Brailosky, 2011, p. 6).

Desde la perspectiva de Andrade (1979), el objeto, el propósito y los agentes que son los elementos que definen la medicina están históricamente determinados, pues la manera de concebirlos varía a través del tiempo y del tipo de estructura socioeconómica:

Por tanto, la medicina, su objeto, su propósito y sus agentes constituyen los elementos centrales que integran el marco conceptual—contenidos conceptuales fundamentales— de la práctica médica, que han de estar presentes en cualquier proceso de formación de médicos, y que están sujetos a variación histórica. (Andrade, 1979, p. 8)

El proceso de formación de los médicos implica no sólo la articulación de elementos académicos y pedagógicos que conciernen en primera instancia a las escuelas o facultades de medicina, sino también de todos aquellos factores extrínsecos cuya complejidad resulta de una construcción social sujeta a las estructuras culturales, socioeconómicas y políticas hegemónicas.

La respuesta al interrogante acerca del perfil del médico que se requiere plantea permanentemente y en todos los tiempos, pero sobre todo en la cambiante sociedad actual, el análisis de todos los factores que están implicados en la formación de los profesionales de salud y el estudio de la pertinencia que deben tener las reformas en la educación médica en razón de las necesidades de formación en la era actual y, de manera específica, lo que necesita la sociedad del siglo XXI.

La educación médica se constituyó en una disciplina desde la creación en el año 1960, en Buffalo, Nueva York, de la primera unidad de educación médica con integración de las disciplinas médicas y pedagógicas. Desde entonces se han creado numerosas asociaciones, ha aumentado el número de programas de formación, y se han multiplicado exponencialmente las publicaciones en las diversas facultades de medicina en el mundo (Nolla, 2003).

Desde mediados del siglo XX la educación médica ha sido el centro de debates internacionales, de análisis y cuestionamientos por parte de académicos, estudiantes y organizaciones de diversa índole, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus filiales, las asociaciones de facultades de medicina, y los grupos económicos como el Banco Mundial (BM), el Banco

Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y más recientemente las asociaciones comunitarias y los empleadores médicos.

De la misma manera, se han gestado permanentemente movimientos de reformas a los sistemas de salud con el propósito de brindar atención más integral que responda a las necesidades cambiantes de las poblaciones utilizando los recursos técnicos y los avances científicos de cada época. Dichas reformas lógicamente plantean como uno de sus aspectos relevantes el tema de la educación médica y la formación de los profesionales de la salud, motivo por el cual las universidades y diversos organismos locales e internacionales se han comprometido con el análisis y recomendaciones acerca de lo que debe ser la educación médica. Muchas de estas recomendaciones han servido como insumo a las instituciones educativas para realizar las reformas a los currículos en medicina y han aportado elementos fundamentales para la comprensión adecuada de todos los mecanismos involucrados con el fin que los cambios que se propongan correspondan de manera más pertinente con las necesidades actuales.

Los principios que subyacen a los cambios propuestos en la educación médica obedecen a la orientación de sus proponentes en relación con cuáles deben ser las estrategias que permitirán lograr mejor los objetivos con el estudiante, la institución educativa, el profesional y el sistema de salud, para que todo esto repercuta en una optimización en la atención integral en salud a las poblaciones. Las estrategias tienen en cuenta aspectos relacionados con la pedagogía educativa actual, los avances en la ciencia y tecnología, los sistemas de atención en salud, el perfil epidemiológico de las poblaciones y los contextos económicos, políticos y sociales, globales y locales.

En un juicioso análisis, Andrade (1979) plantea cómo durante muchos años los enfoques acerca de la educación médica tenían como base modelos con concepciones abstractas y referentes universales que no correspondían a las condiciones particulares de las sociedades, ni a las condiciones de salud de las poblaciones. Este autor hace una interesante reflexión acerca de cómo los movimientos educativos hasta ese momento carecían de concepciones teóricas y se centraban más en el cómo hacer, dando por supuestos el por qué, el cuánto y el para qué.

Sin embargo, la educación médica, al igual que muchos procesos de nivel sociopolítico, económico y cultural en América Latina, ha estado influida por las corrientes internacionales, tanto en lo estructural y organizativo como en lo interaccional. Esto ha hecho que haya una discusión permanente sobre los paradigmas que han dominado este tipo de educación.

## El paradigma *flexneriano*

En América Latina las reformas en el campo de la educación médica se hacen relevantes desde la segunda mitad del siglo XIX, en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, momento en el cual las escuelas de medicina, que hasta entonces habían tenido una influencia europea tradicional, pasaron a tener la influencia norteamericana (Bohórquez y Gutiérrez, 2004; Pinzón, 2008).

Diferentes académicos del área de la medicina coinciden en la distinción de dos enfoques que han confluído en los dos grandes paradigmas de la educación médica en América Latina: *el flexnerismo* y lo que ha dado en llamarse *postflexnerismo*. En este último se incluyen los enfoques críticos y las diferentes corrientes con orientación científica, social y educacional. Según Byrne y Rozental (1994), los nuevos paradigmas propuestos provienen de los diferentes enfoques, intereses y orientación de quien los propone.

Abraham Flexner fue un educador norteamericano quien realizó el primer estudio sistemático sobre la educación médica en los Estados Unidos y Canadá. En su discurso en la inauguración de la Universidad de Baltimore en 1876, criticó los estándares de la educación médica y anunció los planes para crear el “departamento de medicina” mientras se construía el Hospital. En 1908 fue publicado su libro *The American College: A Criticism*, una crítica al sistema educativo norteamericano, lo que le significó una invitación por parte del presidente de la Carnegie Foundation<sup>1</sup> para realizar un estudio sobre las escuelas de Medicina. En 1910 emitió un informe en el cual se sentaron las bases para la estructuración de la educación médica (Flexner, 1910).

---

<sup>1</sup> Carnegie Foundation: Centro para el desarrollo de la docencia y la investigación en educación superior de los Estados Unidos, fundada por Andrew Carnegie en 1905.

El informe, tal como lo describe Berliner (1975), estaba enmarcado dentro de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales particulares de la sociedad americana del momento –el naciente capitalismo y la creciente industrialización– y de lo que algunos autores llaman la revolución científica –el surgimiento de las universidades y las ciencias con la institucionalización del nuevo paradigma de la medicina científica–. Hasta ese momento, gran parte de la enseñanza de la medicina era impartida por médicos a sus discípulos en escuelas privadas.

El legado de Flexner ha sido ampliamente reconocido y considerado como el origen de una nueva era en la educación médica. Flexner difundió el concepto de la medicina como un sistema educativo, y la calidad de la educación Médica como una responsabilidad social. El paradigma de la medicina basado en las recomendaciones de Flexner comprende los siguientes aspectos (Patiño, 1998):

- Adscripción de las escuelas de medicina a las universidades con restricción del ingreso a éstas y acreditación sólo a las escuelas de alta calidad para la formación de médicos.
- Organización de los planes de estudio en ciencias básicas y ciencias clínicas. Requisito de mínimo cuatro años de estudios de pregrado. Capacitación de los estudiantes en la ciencia inductiva.
- La conceptualización del cuerpo como sistema, y énfasis en la dimensión biológica basando la atención médica en el conocimiento de las ciencias biomédicas.
- Énfasis en investigación en laboratorio de ciencias básicas.
- La conferencia didáctica, la lección demostrativa y el ejercicio práctico como pilares de la pedagogía de las ciencias de laboratorio (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, patología y bacteriología) (Narro-Robles, 2004).

La influencia del “Informe Flexner” fue de tal magnitud que hasta hoy muchas escuelas de medicina en América Latina conservan muchos de los postulados *flexnerianos*. Muchas de las falencias encontradas en este estudio sobre la calidad de la enseñanza y sobre las instituciones de medicina aún

tienen vigencia. Su condena a las escuelas de medicina creadas con ánimo de lucro y su insistencia en un profesorado dedicado de tiempo completo a la docencia, el servicio y la investigación, representa una filosofía educativa que actualmente mantiene plena vigencia (Borrell, 2005).

Desde la década de los años 50 se inician en América Latina movimientos de reforma, los cuales tuvieron su fundamentación en el estudio de Flexner y en las recomendaciones de las recién creadas asociaciones médicas. Esta filosofía tuvo una enorme influencia, tanto en los Estados Unidos como en otros países, entre ellos Colombia, donde se fundó la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en 1950 la cual fue, tal vez, el más destacado exponente. Durante muchos años, las escuelas de medicina en América Latina estuvieron regidas casi exclusivamente bajo los lineamientos de los organismos internacionales, con la consecuente adopción de modelos educativos foráneos.

En la ciudad de Santiago de Cali (Colombia) se realizó en 1955 el primer Seminario de Educación Médica en América Latina en el cual, como lo menciona Borrell (2005) en su análisis, paradójicamente fueron adoptadas las recomendaciones de la Asociación Americana de las Escuelas de Medicina. En este seminario también se recomendó la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, lo que posteriormente se desarrolló en otros países.

## **Paradigma crítico: entre lo epistémico, lo pedagógico y lo social**

Después de los años 70 se gestan en América Latina movimientos educativos que intentan establecer modelos acordes con las realidades particulares de cada país. Sin embargo, se conservan como referentes los modelos de los países más desarrollados. Es así como se implementan estrategias como la departamentalización de las escuelas, la creación de los departamentos de medicina social y preventiva, las prácticas comunitarias, la selección y reducción del número de estudiantes, los cursos introductorios de ciencias básicas fundamentales, el fortalecimiento de las actividades prácticas, las

actividades de integración de las ciencias básicas y clínicas, la cátedra de psicología y sociología, y el último año de internado rotatorio, entre lo más relevante (Andrade, 1979).

En 1976 se llevó a cabo la primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe, en la cual se enfatizaron tres aspectos de gran importancia. El primero consistió en que, a pesar de las modificaciones en contenidos y metodología, en la mayoría de las instituciones no se modificaba la estructura curricular, hecho atribuido a contradicciones entre los objetivos educativos, la enseñanza impartida y la práctica médica; y a que las reformas no hacían parte de transformaciones amplias de todos los elementos del currículo. El segundo aspecto señalado en aquella reunión fue el de la necesidad de la formación profesoral en pedagogía. Y el tercero fue la propuesta educativa del aprendizaje integrado basado en el análisis y la resolución de problemas relacionados directamente con la práctica profesional.<sup>2</sup>

La Asociación de Escuelas de Medicina de los Estados Unidos publicó en 1984 un informe titulado “Médicos para el siglo XXI”, en el que recomendó la incorporación del aprendizaje basado en problemas, el cambio a la pedagogía centrada en el alumno y la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación. Esta metodología fue progresivamente adoptada en prestigiosas universidades de este país, y posteriormente de América Latina, especialmente Brasil, Argentina y Chile (Borrell, 2005a).

En las tres últimas décadas del siglo XX, los debates sobre educación médica giraron en torno a la concepción epistemológica sobre el objeto y propósitos de la medicina, y a la pertinencia de la práctica médica en la resolución de los problemas de salud de las comunidades.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) tuvo gran influencia en la educación médica en América Latina con numerosos estudios y publicaciones, entre las que se incluye la *Revista Educación Médica y Salud* (1966-1996). Entre los años 1986 y 1988, esta organización realizó un estudio en 70

---

<sup>2</sup> Primera reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe informe final Educación médica y salud \* Vol. 10, No. 2 (1976) Recuperado de: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4449.pdf>

universidades latinoamericanas en el que se evidenció que la mayoría de las escuelas de medicina no participaban en la planeación ni evaluación de los servicios de salud y que la investigación no se relaciona con las necesidades de salud de la población. También reveló la poca importancia que se daba a la formación de los médicos en relación con la salud comunitaria y con su proyección laboral. Sólo un pequeño porcentaje de las escuelas estudiadas tenía currículos con orientación biomédica y social, y prácticas médicas basadas en la atención primaria (*Ferreira, et al. 1988*).

La Conferencia Mundial de Educación Médica realizada en Edimburgo en 1988 aprobó la Declaración de Edimburgo sobre reformas a la educación médica orientadas a asumir la responsabilidad social de las escuelas de medicina con respecto a la salud de las poblaciones, en el marco de la estrategia “Salud para todos” del año 2000 de la OMS. La Federación Panamericana de Asociación de Facultades de Medicina fue el organismo comprometido para la implementación de las recomendaciones en América Latina.

De la misma manera, en la declaración final de la Cumbre Mundial de Educación Médica (1993) realizada por la Federación Mundial para la Educación Médica en Edimburgo –en la que se realizó un análisis sobre 230 facultades de medicina de América Latina– se presentaron las siguientes conclusiones (Cumbre Mundial de Educación Médica, 1993):

- Las escuelas de medicina deben participar más activamente en el desarrollo del sistema de salud.
- Las universidades deben comprometerse con la educación médica basada en la población, en el compromiso con su salud y en el apoyo a las instituciones prestadoras de servicios.
- Es necesaria la articulación entre la educación médica y el medio de la práctica médica, así como la planeación sistemática y concertada de los recursos humanos. Se recomienda buscar un equilibrio entre el número de médicos de atención primaria y los especialistas, de acuerdo con las necesidades y el perfil demográfico y epidemiológico de los países. Debe haber claridad, equidad y validez en los procesos de selección para el ingreso a las escuelas de medicina.



- Las escuelas de medicina deben instituir programas de desarrollo profesoral para el mejoramiento del proceso educativo.
- Los estudiantes deben participar en la planificación de los programas de estudio y en la evaluación de la educación médica.
- Se debe promover la integración horizontal y vertical de las ciencias biomédicas y también de las ciencias sociales, la estadística, la economía, la administración y la información.
- Los principios éticos deben ser prioridad en la formación de los médicos tanto en su proyección individual como comunitaria.
- Las instituciones educativas deben fomentar los métodos activos de aprendizaje centrados en el estudiante así como las estrategias de aprendizaje basadas en las competencias. Se requiere estudiar la validez de las técnicas de evaluación.
- Se deben complementar los núcleos de fundamentación con módulos especiales tales como la ética y la atención primaria en salud de acuerdo con intereses y necesidades específicas.
- Las comunidades deben participar en la educación médica, lo que elevaría el nivel de pertinencia social de ésta y su orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Los lugares de aprendizaje no deben circunscribirse a hospitales de nivel terciario; deben extenderse a sitios de atención básica que permitan al estudiante ponerse en contacto con la problemática de salud más cotidiana y con otros modelos de práctica médica que favorecerán su práctica profesional en el futuro.

Las conclusiones de los diferentes foros han coincidido en la necesidad de reorientar la educación médica, con el fin de lograr que los egresados de las escuelas de medicina tengan un perfil científico elevado, en correspondencia con los conocimientos y técnicas actuales –enfaticando en la educación continua–; y que tengan una proyección social que les permita participar efectivamente en programas de prevención y atención primaria. A partir de ello se promueve lo que se considera como un nuevo paradigma en educación médica: el aprendizaje basado en problemas y los currículos orientados a la comunidad.

A pesar de que en las diferentes cumbres de educación médica realizadas a finales del siglo XX se evidenció que era necesario hacer una profunda reforma a la educación médica, y que los informes emitidos como conclusión de los análisis generados en el marco de estas reuniones planteaban los principales aspectos a considerar –como lo resaltan algunos autores entre ellos Byrne y Rozental (1994)–, pareciera que las instituciones educativas, a pesar de reconocer la importancia de los aspectos que se plantean en dichas recomendaciones, han sido ineficientes para realizar las transformaciones de fondo en los currículos, lo cual requiere del concurso de las diferentes fuerzas que a nivel social, económico y político influyen en la toma de decisiones de las entidades.

El paradigma *flexneriano*, tal como lo menciona Borrell (2005), está naturalizado en muchas de las escuelas de América Latina por la enorme influencia que tuvo en el mejoramiento de la educación médica y por la actualidad de temas como los sistemas de acreditación de la calidad, la superproducción de médicos, la mala praxis y el exceso de escuelas de medicina. En los currículos hay predominio de la organización por disciplinas, lo que dificulta por un lado una visión holística del paciente y la integración disciplinar y el trabajo en equipo.

## **La educación médica en el siglo XXI**

A lo largo del siglo XX, se produjo en el mundo una serie de transformaciones de nivel político, socioeconómico y cultural, y avances en la ciencia y la tecnología que impactaron profundamente la educación médica, haciendo más complejas sus exigencias y modificando el perfil de los profesionales de la salud que son requeridos para el siglo XXI.

A esto se agrega el incumplimiento de las metas propuestas en la Declaración de Objetivos de Edimburgo y la proliferación de escuelas en América Latina, las cuales han crecido aceleradamente en el presente siglo. Según datos mencionados por Pulido (2013), hay 706 escuelas de medicina en las américas: 181 en Norteamérica, 190 en Centroamérica y el Caribe, y 335 en Suramérica. Esto representa aproximadamente el 31% del total en el mundo.

En el escenario mundial, los avances científicos, en el conocimiento y la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, así como en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, los cambios demográficos y epidemiológicos y los nuevos riesgos infecciosos, conductuales y ambientales, paralelamente han generado nuevas expectativas y requerimientos educativos para las escuelas de medicina y para los profesionales de la salud.

Los hechos anteriormente mencionados han hecho perentoria la necesidad de abordar la educación médica desde otra perspectiva. Es así como en la última década se han generado movimientos de reforma en diferentes universidades de América Latina con el fin de adaptarse a los cambios globales. Sin embargo, según Borrell (2012) y otros autores, entre ellos Page y Baranchuk (2010), en la estructura básica de los modelos educativos de muchas escuelas de medicina del presente siglo aún persiste la enorme influencia del paradigma *flexneriano*.

En los últimos años, las reuniones y conferencias de educación médica en América Latina, en su mayoría organizadas por la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina FEFAPEM<sup>3</sup>, han centrado su análisis y recomendaciones en la búsqueda de programas de evaluación comparativa y prospectiva que expliciten la situación real tanto de la educación médica como aquella del desempeño en la práctica profesional, de los procesos de acreditación de la calidad como dinamizadores de los cambios económicos, políticos y socioculturales; y la bioética, enfatizando el equilibrio que debe haber entre los componentes técnicos y científicos con los humanos (*Ferreira et al., 2008*).

Desde el punto de vista educativo, y apoyados en los avances en el campo de las ciencias cognitivas y la pedagogía, en contraposición al tradicional modelo centrado en el profesor se ha propuesto la implementación de modelos pedagógicos de orientación constructivista centrados en el estudiante, que fomenten la participación crítica de éste y que, además le permitan tempranamente en su carrera ponerse en contacto con las situaciones problemáticas a las cuales se verá enfrentado en su práctica profesional.

---

<sup>3</sup> FEFAPEM: Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina es un organismo internacional no gubernamental que reúne en su seno a la casi totalidad de las escuelas de medicina del continente americano. Fue constituida oficialmente en 1962 en Viña del Mar, Chile, como una institución interamericana carácter exclusivamente académico y científico cuyo propósito es contribuir al perfeccionamiento de la educación médica en la Américas.

El aprendizaje basado en problemas ABP, es una metodología con enfoque constructivista, desarrollada por la Universidad de Mac Máster en Canadá a finales de los años 60 del siglo XX. En esa metodología, el estudiante, con el apoyo de un tutor, a partir de una situación problema, identifica necesidades de aprendizaje y adquiere conocimientos de acuerdo con objetivos programáticos e individuales que le permiten obtener principios aplicables a otras situaciones para formular planes de intervención y manejo de éstas. Esta metodología permite la integración del conocimiento en contraposición a la fragmentación de éste en los modelos asignaturistas, y estimula al estudiante a aprender a aprender (Universidad de Buenos Aires, 2010).

El currículo orientado al método ABP ha sido adoptado progresivamente en diferentes universidades, por lo menos parcialmente, predominando lo que se ha dado en llamar un currículo mixto, esto es, con un porcentaje variable de representación de la ABP en la etapa preclínica de fundamentación básica de la carrera, en coexistencia con el currículo tradicional de instrucción que sigue predominando en la etapa clínica.

Las bondades que se atribuyen al método de aprendizaje mediante la resolución de problemas es que integra horizontal y verticalmente las ciencias básicas y clínicas. Este método contribuiría a formar médicos críticos, reflexivos orientados a la autoeducación y a la investigación, científicamente competentes y con proyección social.

El modelo ha sido criticado por algunos autores que le atribuyen una orientación predominantemente clínica en detrimento de los principios de las ciencias básicas y la fundamentación científica y del análisis crítico basado en evidencias. Un aspecto crítico en su implementación tiene que ver con la transformación del rol del docente de experto a tutor facilitador, lo que requiere de procesos de capacitación específicos y adecuación institucional (Rodríguez, G., Lugo, A., y Aguirre, M., 2004).

Uno de los grandes retos para las universidades del siglo XXI es la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación en la enseñanza de la medicina. Las TIC han sido abordadas principalmente desde dos ámbitos: la introducción del conocimiento de las TIC en los currículos de medicina, y el acceso a la información mediante el uso del internet, las

plataformas interactivas y la telemedicina en la enseñanza y el aprendizaje (Lupiañez, 2006).

Según un estudio de investigación publicado en el marco de un proyecto de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), existe una integración insuficiente de la universidad iberoamericana con la sociedad del conocimiento. La adaptación de las universidades para la incorporación de las TIC como apoyo a los procesos educativos en la sociedad del conocimiento requiere cambios metodológicos y organizativos más allá de la infraestructura, de manera que permita mejorar la capacidad de generar conocimiento y la excelencia educativa, y no sea sólo una herramienta de la clase magistral tradicional (Carrasco, 2010).

Bien sabemos que la globalización es uno de los fenómenos más relevantes en las últimas décadas, que trasciende a todas las esferas y que progresivamente va generando cambios en los entornos que impactan en los sistemas de salud, en las expectativas de las poblaciones sobre la atención en salud y en las instituciones educativas. En este sentido, las expectativas de esta sociedad globalizada exigen una redefinición del rol de la profesión médica y, por ende, una definitiva transformación del modelo educativo tradicional. El médico globalizado está sometido a las exigencias que impone la práctica médica y el avance de la ciencia, la investigación y la tecnología y los nuevos retos sociales, éticos y legales (Rosselot, 2005; Fernández, 2007).

El International Institute for Medical Education (IIME), creado en Nueva York en 1999, en cuyos comités se asientan los principales organismos encargados de la salud en el mundo, definió las competencias esenciales mínimas en siete dominios (Schiappacasse, 2007):

- Valores, actitudes, conductas y éticas profesionales.
- Bases científicas de la medicina.
- Habilidades clínicas.
- Habilidades relacionales o comunicativas.
- Salud poblacional y sistemas sanitarios.
- Gestión de la información.
- Pensamiento crítico e investigación.

De la misma manera, en el ámbito de la educación médica diferentes países inspirados en la Declaración de Bolonia han definido las competencias-conocimientos, actitudes y habilidades que debe desarrollar un estudiante de medicina para adquirir el perfil del médico ideal del siglo XXI.

Esto ha hecho que las nuevas tendencias de la educación médica estén direccionadas por las políticas de aseguramiento de la calidad de programas e instituciones, la acreditación y la adopción de estándares internacionales de calidad que permitan la compatibilidad, comparabilidad y competitividad en el escenario mundial.

Desde este punto de vista, sigue vigente la necesidad de un nuevo contrato social y la advertencia de los organismos internacionales que los avances de la educación médica en las américas sólo pueden darse en la medida en que se incluyan en los debates para su reforma el desarrollo tecnológico, la equidad y el análisis de la crisis de algunos sectores de la economía y de los servicios de salud.

Esto ha hecho que en la última década las instituciones educativas se hayan visto presionadas por requerimientos internos y externos para cambiar sus currículos por unos más acordes a las nuevas demandas, siendo la flexibilidad, la interdisciplinariedad, la centralidad del aprendizaje y el enfoque por competencias sus principales características (Moreno, 2010). Este último es un tema complejo y en gran parte incomprensible, en cuanto a su semántica, en el diseño curricular y, todavía más, en su implementación.

El paradigma educativo de las competencias resurge como una directriz de la denominada economía del conocimiento, que redefine el papel de la universidad y una nueva relación de ésta con la sociedad, en la que los perfiles profesionales sean definidos por las competencias. Como consecuencia de esto, se requieren cambios fundamentales en los modelos pedagógicos que implican un cambio en el papel del docente y el estudiante, y transformaciones de fondo que van más allá de simples transformaciones aceleradas por la presión ejercida por los acuerdos entre los grupos políticos y económicos en materia educativa (Lafuente, 2007).

Por su parte, los críticos de este enfoque advierten sobre las omisiones e inconsistencias, la visión excesivamente utilitarista de la formación, y el desplazamiento del énfasis de los contenidos a los métodos y a la reducción de la evaluación como instrumento de control. También se critica su tendencia uniformadora en contextos socioculturales tan diversos.

En el año 2002, en el marco las reuniones sobre el Proyecto Tuning (Red de Comunidades de Aprendizaje) europeo para el seguimiento del espacio común de enseñanza superior en Europa, surgió la propuesta, por parte de ocho universidades latinoamericanas, de desarrollar el Proyecto Tuning para América Latina. Se propuso entonces que se usara la misma filosofía en torno a lograr consensos y puntos de referencia sobre las estructuras de la educación superior, para alcanzar la compatibilidad y equivalencia –dentro de la diversidad de entornos particulares de cada universidad–, con el horizonte de construir una comunidad académica continental que posibilitara la movilidad de estudiantes y profesionales que requiere la sociedad global. El proyecto fue aprobado y financiado por la Comisión Europea, con excepción de República Dominicana, que se autofinanció. En dicho proyecto participaron 190 universidades –con trayectoria y autoridad académica reconocidas– de 19 países latinoamericanos en doce áreas de conocimiento, entre ellas la medicina (Beneitone, 2007).<sup>4</sup>

Uno de los ejes centrales del proyecto fue la identificación de competencias comunes genéricas y específicas para las titulaciones y la definición de perfiles a través de éstas, lo que implicó la adopción de currículos basados en competencias con las consecuentes reformas en los métodos de enseñanza, aprendizaje y evaluación. El modelo educativo propuesto, de orientación positivista, se centró en el aprendizaje activo por parte del estudiante.

---

<sup>4</sup> Las universidades participantes por medicina en el proyecto de Tuning América Latina son: Argentina (Instituto Universitario CEMIC), Bolivia (Universidad Católica Boliviana San Pablo), Brasil (Universidade de Campiñas), Chile (Universidad Austral de Chile, Universidad de Chile), Colombia (Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Universidad Tecnológica de Pereira), Ecuador (Universidad Nacional de Loja), El Salvador (Universidad Dr. José Matías Delgado), Guatemala ( Universidad de San Carlos de Guatemala ), Honduras (Universidad Nacional Autónoma de Honduras), México (Universidad de Guadalajara), Panamá (Universidad Latina de Panamá), Perú (Universidad Peruana Cayetano de Heredia) y Venezuela (Universidad de los Andes).

El Proyecto Tuning América Latina tuvo una primera fase del año 2004 al 2007; su objetivo principal fue el intercambio de información y la cooperación entre las universidades participantes con el objetivo de mejorar la calidad educativa. La segunda fase (2011 a 2013) tuvo como objetivo la construcción de un espacio de educación superior en América Latina que permitiera el reconocimiento de estudios en la región y estuvo cimentada en cuatro objetivos:

- Elaboración de metaperfiles y perfiles de las áreas temáticas.
- Reflexión sobre escenarios futuros para las nuevas profesiones.
- Promoción de la construcción conjunta de estrategias metodológicas para desarrollar y evaluar la formación de competencias.
- Diseño de un sistema de créditos académicos de referencia.
- Los grupos académicos de las diferentes universidades participantes construyeron, luego de debates y discusiones, el metaperfil del médico latinoamericano; y definieron ocho competencias específicas (Christel, 2013), a saber:
  1. Lleva a cabo la práctica clínica.
  2. Provee atención médica de urgencia.
  3. Se comunica en su ejercicio profesional.
  4. Usa la evidencia en la práctica clínica.
  5. Usa la información y sus tecnologías efectivamente en un contexto médico.
  6. Aplica los principios éticos y legales en la práctica de la medicina.
  7. Trabaja efectivamente en los sistemas de salud.
  8. Entiende el proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud.

El proyecto en América Latina estuvo bajo la iniciativa y potestad de algunas universidades. El gran reto consistió en lograr espacios de integración en materia educativa que no van a la par con procesos de integración sociopolítica y económica, como sucede en Europa; y en lograr que se cumplieran los objetivos del proyecto en el sentido de que las titulaciones fueran compatibles y relevantes para la sociedad, preservando la diversidad tradicional de cada país.



Paralelamente en algunos países de América Latina se están desarrollando otros movimientos de reforma educativa. Entre ellos cabe mencionar a Argentina, con la constitución en el año 2011 del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina, cuyo objetivo es, desde la academia, aportar a los programas del Ministerio de Salud y Educación, para contribuir a la generación de espacios políticos e institucionales que permitan fortalecer la función directriz del Estado en la educación superior por encima de la lógica del mercado como una manera de asumir el compromiso de cumplir con la responsabilidad social que le justifica y contribuir a garantizar la calidad y equidad. En este sentido, proponen también el desarrollo de programas de intercambios académicos, científicos, estudiantiles y de recursos, así como la generación de una red académico-asistencial para apoyo a la atención de poblaciones marginadas.

En relación con el proceso de mejoramiento de la formación médica se propende por el trabajo basado en la estrategia de atención primaria, el trabajo en equipo, la comprensión sistemática del proceso de salud-enfermedad-atención; de los ciclos de vida, género y multiculturalidad, conocimiento para atender los nuevos problemas de la salud y el respeto al medio ambiente; y el desarrollo de las habilidades investigativas y liderazgo, todo esto aunado a un conocimiento del contexto laboral en el que se va a desempeñar el médico.

La atención primaria como estrategia para mejorar la calidad de atención en salud a las poblaciones y lograr una mayor equidad requiere de personal en salud con las competencias específicas para esta finalidad. Esto implica que las universidades adapten sus currículos a estos sistemas de salud basados en atención primaria. En América Latina las políticas de enseñanza orientadas a la atención primaria en salud son inconsistentes y siguen siendo experiencias aisladas en algunas universidades. Algunos ejemplos son el de la Universidad de Temuco en Chile, Tucumán en Argentina, Cuenca en Ecuador y Londrina en Brasil, en las cuales se resalta el aspecto de la responsabilidad social de la universidad, el énfasis en una formación científica integral y la capacidad de desempeño en la atención primaria (Borrell, 2012).

En el año 2011 fue publicado el informe LANCET, realizado por una comisión de 20 líderes académicos de diversos países del mundo, los cuales fueron convocados con el objetivo de desarrollar estrategias comunes acerca

de la educación en salud desde una perspectiva global e interdisciplinaria. En este informe se evidenció la debilidad de los sistemas administrativos, de acreditación y de enseñanza, así como la desigualdad en la práctica entre los diferentes países (Frenk *et al.*, 2011).

Su análisis también concluyó que hay poca investigación en el área de educación en salud y que se carece de evidencia importante en relación con el impacto las reformas educativas iniciadas por muchas instituciones.

El informe también plantea la necesidad de implementar un currículo basado en sistemas que permita, sobre la base de un conocimiento global, la adaptación de las competencias profesionales a contextos específicos, con el fin de lograr la cobertura universal de servicios integrales de alta calidad. Las dos estrategias propuestas son reformas instruccionales y reformas institucionales con el fin de lograr aprendizajes transformacionales –no solamente informativos y formativos– y la interdependencia educativa, respectivamente.

Las principales reformas propuestas en el estudio mencionado son:

- Adopción de un currículo basado en competencias.
- Promoción de educación interprofesional y transprofesional.
- Explotación del poder de las TIC.
- Utilización del conocimiento y los recursos globales adaptándolos localmente.
- Refuerzo de los recursos educativos (financieros, didácticos, docentes etc.).
- Promoción de un nuevo profesionalismo (generación de actitudes y valores como agentes responsables de cambio).
- Planificación conjunta con Ministerios de Educación y Salud.
- Asociación de profesionales y comunidad académica para la evaluación de las condiciones nacionales y establecer prioridades.
- Constitución de consorcios regionales y globales para la formación de los profesionales de la salud requeridos.
- Fomento de una cultura crítica para movilizar el conocimiento científico, la deliberación ética, el razonamiento y debate público para generar una progresiva transformación social.

## Conclusiones

A pesar de los esfuerzos regionales, la educación médica en América Latina tradicionalmente ha estado bajo el influjo de las tendencias europeas y estadounidenses, realidad que se hace todavía más evidente en el presente siglo con la interdependencia educativa que se plantea entre diferentes campos.

Históricamente, el Informe Flexner gestó la transformación más significativa que ha tenido la educación médica a nivel mundial, la cual logró hacer trascender del modelo de educación discipular y empírica hacia una disciplina científica que tuvo profundas repercusiones en la educación médica y en la estructura de los currículos en América Latina. La influencia de Flexner persiste en muchas escuelas de medicina en la actualidad. Además, muchas de las falencias encontradas por Flexner siguen vigentes, entre ellas la preocupación por la calidad de la educación médica y la proliferación de escuelas de medicina como lo más relevante.

A mediados del siglo pasado se gestaron movimientos de reforma en la educación médica en América Latina, los cuales estructuraron la educación con base en el modelo *flexneriano* adaptándolo a las realidades particulares. Posteriormente se han intentado superar las deficiencias de este modelo, como la falta de integralidad por el enfoque biólogo y la fragmentación del conocimiento por la falta de integración entre las ciencias básicas y las clínicas.

Se observa que los análisis y objetivos de las diversas reuniones mundiales y de las conferencias panamericanas de comienzos de siglo coinciden en que es necesario transformar el modelo educativo para asegurar una formación médica de alta calidad científica, técnica y de relevancia social, con el fin de formar los médicos capaces de enfrentar los nuevos retos que en todos los ámbitos impone la sociedad del siglo XXI. Se observa igualmente que en esos encuentros se manifiesta que se requiere la integración entre las facultades y los organismos de salud para que la educación médica pueda cumplir con los objetivos sociales que la justifican y asumir la responsabilidad con la salud de las poblaciones. No obstante todo ello, han sido insuficientes los esfuerzos de todas las instancias sociales, políticas y económicas para implementar las acciones requeridas.

Desde el punto de vista educativo, si bien la literatura médica avala el cambio del modelo pedagógico tradicional, centrado en el profesor, al modelo pedagógico con enfoque constructivista, que desarrolle las capacidades de autoaprendizaje e investigación en los estudiantes –y a currículos integrados y flexibles con enfoque en competencias y con metodologías de aprendizaje basado en problemas–, la transición se ha dado de manera parcial. En la práctica, además, ha habido resistencias por parte de los diferentes estamentos universitarios para el cambio; y siguen predominando los modelos mixtos y, en muchos casos, el predominio del tecnicismo sobre lo conceptual.

En adición a lo anterior, la adaptación de las universidades latinoamericanas al uso de las TIC para mejorar la producción de conocimiento y la calidad educativa, proceso que va más allá de lo tecnológico y que requiere cambios institucionales y en los estudiantes y el profesorado, aún no se ha completado.

Hablar de paradigma educativo para América Latina o para cualquier otra región resulta paradójico en el momento actual, dada la tendencia hegemónica a la transnacionalización de la educación con la creación de comunidades educativas continentales y redes colaborativas. Sin embargo, dadas las realidades socioeconómicas, políticas, culturales, demográficas y epidemiológicas tan diversas de los países, la adaptación a estas tendencias resulta en procesos complejos que generan tensiones y contradicciones dentro de las instituciones y las comunidades académicas locales.

El Proyecto Tuning para América Latina, el Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas, y las Escuelas Médicas con Orientación en Atención Primaria, son proyectos cuya evaluación a largo plazo se encuentra todavía sin efectuarse.

En síntesis, son diversos los estudios de agencias y organismos nacionales e internacionales que han tomado como objeto de estudio la educación médica. La mayoría de estos se inspira en las fuentes de las políticas europeas y tiende a seguir las de manera acrítica. A pesar de esto, permanece sin mayores tensiones el modelo *flexneriano*, ahora hibridado con nuevos enfoques que no garantizan una mayor responsabilidad académica y social de los médicos del siglo XXI.

## Referencias bibliográficas

- Andrade, J. (1979). Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. OPS. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/13191.pdf>
- Beneitone, P. (2007). Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina: Informe final Proyecto Tuning América Latina: 2004-2007. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Berliner, H. (1975). Una perspectiva más amplia sobre el Informe Flexner. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a20.pdf>
- Bohórquez, G. y Gutiérrez, E. (2004). Modelos pedagógicos y cambios curriculares en medicina: una mirada crítica. *Revista Facultad de ciencias de la Salud*, 6(2). Universidad del Cauca.
- Borrell, M. (2005) *La educación médica de postgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-OPS.
- \_\_\_\_\_. (2005). La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. *Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible*. Argentina: Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora. Recuperado de [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/86391/mod\\_resource/content/0/Modulo\\_I/Capitulo\\_EM\\_para\\_libro\\_de\\_Rosario.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/86391/mod_resource/content/0/Modulo_I/Capitulo_EM_para_libro_de_Rosario.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2012). Educación médica: hacia dónde ir. Relato de un diálogo virtual exitoso en el portal de recursos humanos de la salud de la OPS/OMS. Recuperado de [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo\\_edumed\\_relato.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_edumed_relato.pdf)
- Brailovsky, C. (2011). Tendencias actuales en educación médica. Congreso del Centenario de la Sociedad Argentina de pediatría, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/centenario\\_sh/brailovsky\\_tendencias.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/centenario_sh/brailovsky_tendencias.pdf)
- Byrne, N. y Rozental, M. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educación Médica Salud*, 28 (1).
- Carrasco, S. (2010). Reseña de “Paradojas y dilemas de las universidades iberoamericanas ante la sociedad del conocimiento” de Adriana Gewerc Barujer (coord.) Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/780/78012953013.pdf>

- Cumbre Mundial de Educación Médica. (1993). *Revista cubana de educación médica superior*, 2000; 14(3): 270-83. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14\\_3\\_00/ems07300.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_3_00/ems07300.pdf)
- Christel, A. (2013). El Proyecto Tuning latinoamericano: la experiencia del área de medicina. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA), *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25. 19-31.
- Fernández, H. (2007). La educación médica en la globalización. *Medicina Universitaria*, 9(35), 92-97. Recuperado de <http://medicinauniversitaria.uanl.mx/35/index.html>
- Ferreira, J., Coelho-Neto, A., Collado, C., Liner, C., Luna, R., Purcallas, D. y Yépez, R. (1988). El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educación médica y salud*, 22(3). 242-272.
- Ferreira, L., Pulido, P. y Rondón, M. (2008). XVII Conferencia Panamericana de Educación Médica. *Educación Médica*, 11(2).
- Flexner, A. (1910). Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Recuperado de [https://archive.org/stream/medicaleducation00flexiala/medicaleducation00flexiala\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/medicaleducation00flexiala/medicaleducation00flexiala_djvu.txt)
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., García, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. y Zurayk, H. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 28(2). 337-341. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319050023>
- Lafuente, J. (2007). El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. *Educación médica*, 10(2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v10n2/colaboracion2.pdf>
- Lupiáñez, F. (2006). Aspectos claves relacionados con la gestión del e-Learning. *Educación Médica*, 9(2). 21-25. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S157518132006000700005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132006000700005&lng=es&tlng=es)
- Narro-Robles, J. (2004). III. La herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gaceta médica de México*, 140(1). 52-55. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100009)

- Nolla, M. (2003). Investigación en educación médica. *Educación médica*, 6(1). 7-8. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132003000100001&script=sci\\_arttext&tln=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132003000100001&script=sci_arttext&tln=pt)
- Page, D. y Baranchuk, A. (2010). The Flexner report: 100 years later. *International Journal of Medical Education*, 1, 74-75. Recuperado de <https://www.ijme.net/archive/1/the-flexner-report-100-years-later.pdf>
- Patiño, J. (1998). Abraham Flexner y el *flexnerismo*, fundamento imperecedero de la educación médica moderna. Recuperado de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/revistamedicina/article/view/48-3>
- Pinzón, C. (2008). Los grandes paradigmas de la educación Médica en América Latina. *Acta Médica Colombiana*, 33(1), 33-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113349007>
- Pulido, P. A. (2013). Acreditación Internacional y Calidad en Educación Médica. *Colombia Médica*, 44(2). 70-71. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342013000200001&lng=es&tln=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342013000200001&lng=es&tln=es).
- Rodríguez, G., Lugo, A. y Aguirre, M. (2004). El aprendizaje basado en problemas, en el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. *Iatreia*, 17(3). 245-257. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932004000300007&lng=pt&tln=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000300007&lng=pt&tln=es)
- Rosselot, E. (2005). La globalización en la educación superior europea. Pródromos para nuestra educación médica: The precursor of changes in Chilean medical education. *RevistamédicadeChile*, 133(7). 833-840. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000700012&lng=es&tln=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000700012&lng=es&tln=es). 10.4067/S0034-98872005000700012
- Schiappacasse, E. (2007). El impacto de la globalización en los currícula de estudios médicos. *Rev. Educ. Cienc. Salud*, 4 (1). 9-12. Recuperado de <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol412007/art4107a.pdf>
- Wojtczak, A. (2003). Glosario de términos de educación médica. International Institute for Medical Education. *Educación médica*, 6(2).
- Universidad de Buenos Aires. (2010). Aportes para un cambio curricular en Argentina. Facultad de Medicina OPS/OMS. Recuperado de [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas\\_sist\\_servicios/Aportes%20para%20un%20cambio%20curricular.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas_sist_servicios/Aportes%20para%20un%20cambio%20curricular.pdf)