

# En Educación Médica: Cambios y Resistencias

Por: Dr. Marco Cueva Benavides (\*)

Aun antes de iniciar las modificaciones curriculares y con mucho mayor fuerza después de iniciarse, los argumentos para cuestionar los cambios tomaron un perfil muy parecido a los que se presentaron en otras facultades de medicina, que se decidieron a innovar en educación médica, claro que en cada una con sus características propias.

Algunos cuestionamientos, se formulan por desconocimiento de lo que realmente significan los cambios para beneficio de la formación médica, otros por discrepancias en cuestiones de principios pedagógicos y filosóficos sobre la educación y la vida misma, otros porque piensan que los cambios afectarían sus intereses personales en el futuro y finalmente otros, porque están acrisolados en paradigmas clásicos y son reacios al cambio o simplemente por intereses mezquinos personales o institucionales. Sin embargo, si en la propia implementación de las actividades, existen errores y deficiencias, éstas son tomadas también como fundamentos en contra del método, en lugar de identificarlos y corregirlos, más aun cuando son etapas propias del desarrollo de la innovación. Señalamos algunos de estos argumentos, que vienen circulando así como las respuestas que se pueden dar para refutarlos.

## **1) Que estos cambios (ABP incluido) solo, pueden implementarse en países desarrollados y no en nuestros países atrasados o en vías de desarrollo.**

La experiencia mundial permite observar que estos cambios se dan en cualquier país, y tal vez sean más necesarios en los de más bajo desarrollo, para mejorar la formación y uso de los recursos humanos en salud e impulsar una medicina preventiva y más humanizada hacia el cambio social. En Europa, Asia, Australia y en América Latina, se han implementando con éxito estos cambios en países como: Argentina, México, Nicaragua, Ecuador, Colombia, Chile, Brasil, que son semejantes al nuestro. Las reuniones de educación médica en los últimos años recomiendan

precisamente implementar estos tipos de cambios y hoy se propicia una red latinoamericana de facultades en proceso de cambio. Entiéndase que los cambios no significan solo la aplicación dogmática del método de ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), sino es mucho más amplio en su concepción y metodología.

## **2) Que los costos para implementar estos cambios son muy altos.**

Distintos estudios revelan que usando racionalmente los recursos docentes y materiales, no se necesita un mayor presupuesto. Por el contrario, se ha evidenciado que se utilizan menos horas docentes en los currículos innovados que en los tradicionales, a pesar de trabajar con alumnos en pequeños grupos. Cada facultad se adapta a su propia realidad. Hemos observado laboratorios integrados, que funcionan en varios pisos de un edificio, así como otros que tenían solo 2 aulas o en áreas no mayor de 100 metros cuadrados.

Hay programas de pacientes simulados que en un país desarrollado se hace con un millón de dólares anuales y en países más pobres, no cuesta un dólar, porque se trabaja con el aporte voluntario de alumnos y pacientes. Sin embargo, con mayores recursos la educación innovada se puede mejorar y debe ser mejorada significativamente. Existen programas que han sido financiados por organismos internacionales y eso no es malo, pero no garantiza su éxito.

En nuestra facultad, hay que destacar el entusiasmo y la entrega con la que alumnos, docentes y autoridades han impulsado los cambios, sin mayor apoyo externo o de otra índole. Pero si creemos que es responsabilidad de los organismos locales, nacionales e internacionales de salud, educación y de universidades con mayores recursos y mas avanzadas, apoyar estos cambios que beneficiarán a nuestra sociedad y a mejorar la vida de nuestras comunidades.

## **3) Que los alumnos no están preparados**

**para estas metodologías.**

Si bien es verdad, que los alumnos que proceden de la secundaria están acostumbrados a una educación tradicional, asumen la nueva metodología con muchas expectativas, y pasan por varias etapas. Al principio sienten algunas angustias, dudas y temores, se resisten a aprender por sí mismos, asumir responsabilidades de su propio aprendizaje, a investigar y cumplir algunas tareas de estudio, pero luego de un tiempo entre 4 a 6 meses, la mayoría de los alumnos asimilan con entusiasmo las nuevas metodologías y las van asumiendo en forma progresiva, consolidándose con mayor fuerza al segundo año. Aprenden además a ser críticos y autocríticos a pesar de sus diferencias culturales.

**4) Que los tutores no están preparados para estos cambios.**

Solo se aprende a caminar caminando. Un proceso de cambio, implica una capacitación de tutores en las nuevas metodologías y esta debe ser permanente y controlada, pero cuando se inicia un cambio se afronta nuevas experiencias educativas y muchas dificultades que constantemente se van superando y mejorando. No hay tutores perfectos, ni alumnos perfectos, ni autoridades perfectas, ni escuelas de medicina que no tengan problemas en los inicios de sus cambios. Además la esencia de una nueva educación es precisamente análisis, crítica, autocrítica y cambio permanente. No se aprende a ser un buen tutor de la noche a la mañana y entre los tutores existen diferencias en su forma de asimilar un proceso de cambio. Una aplicación inadecuada del ABP, puede llevar a conclusiones erradas sobre sus ventajas.

**5) Que los profesores con esta metodología ABP no enseñan nada, no hacen nada.**

Cuando uno observa el desarrollo de una sesión tutorial de ABP, efectivamente puede dar la impresión de que el profesor no cumpliera un papel importante. Pero lo cierto es que su rol es otro. Antes de la reunión de ABP, el docente tiene que haber sido participe, por muchas horas, de la elaboración de la guía, módulo o unidad que se está desarrollando, con sus objetivos, competencias, problemas, contenidos, bibliografía y otros elementos. Para entender el nuevo papel del profesor, es conveniente ubicarlo en un modelo constructivista y conocer sus roles en la metodología ABP.

**6) Que estas innovaciones han fracasado en otros lugares.**

Solo un mínimo porcentaje de escuelas que

iniciaron un proceso de cambio han tenido fracasos, la mayoría de las experiencias son exitosas, desde hace más de 30 años, se han consolidado y tienen promociones de buenos egresados. De más de 1500 escuelas de medicina en el mundo, cerca de 450 utilizan metodología innovadas en América, Europa, Australia y USA, como se puede explorar en las páginas Web y cada año van en aumento, porque es la tendencia de la educación innovada en esta nueva era del conocimiento. Los fracasos de algunas son la excepción y no la regla. Las verdaderas causas de los pocos fracasos no han reflejado fallas en el enfoque teórico, sino en la falta de decisión directiva y de concientización e implementación de los docentes para asumir el nuevo reto.

**7) Que si estos programas innovados fueran buenos, porqué no se implementan en las mejores universidades del Perú y de Latinoamérica.**

Muchos docentes de las distintas escuelas de medicina de nuestro país, conocen y están convencidos de las necesidades de un cambio en la educación médica, sin embargo, para iniciar el cambio en cada una de las facultades hay que vencer resistencias de tipo política, administrativa, pedagógica, económicas y de otra índole, hay universidades y escuelas de medicina con mucha tradición y se resisten al cambio, por eso se dice que **"hacer cambios en las universidades, es como remover cementerios"**.



En las universidades es difícil encontrar unanimidad o consenso entre los docentes y alumnos, para implementar un cambio, pero es necesario que un grupo decidido lo impulse, y planifique un programa de cambio que tendrá diversas estrategias y tiempos de acuerdo a la realidad de cada una de ellas. La UPC (Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas), viene anunciando su nueva Escuela de Medicina con Metodología ABP.

**8) Que con esta metodología van a salir promotores de salud y no médicos-cirujanos.**

Este falaz argumento, solo ha servido para crear falsos temores en los alumnos, quienes al final del plan curricular desde el punto de vista académico (desarrollo de competencias) y legal, saldrán con el título de Médico Cirujano. Algunas otras escuelas de medicina, han implementado títulos intermedios de Promotores de Salud al segundo año y de Técnicos de Salud al tercer año, o cosas parecidas. Las escuelas de medicina en proceso de cambio, están siendo avaladas por los procesos de acreditación, implementados en cada uno de sus países y sus egresados cumplen con todas las normas académicas y legales que correspondan. Lo que si es necesario destacar que en su ausencia, una nueva metodología apunta a formar un médico más preventivo que curativo. En todo caso, este criterio estará fundamentado en las necesidades propias del sector salud en la sociedad, donde se forman los recursos humanos de salud

**9) Que con esta metodología van aprender superficialmente y no a profundidad.**

Investigaciones sobre solidez de conocimiento, se implementaron en 8 escuelas europeas de medicina encontrándose que los conocimientos de los alumnos tienen mayor solidez y profundidad en los currículos innovados que en los tradicionales, ya que las características de ser basado en problemas reales, autoaprendizaje, analizados y discutidos en pequeños grupos, y ligados a una práctica temprana los hace más significativo y duraderos.

En reuniones de evaluación del desarrollo de las asignaturas, es frecuente encontrar afirmaciones de los docentes de que los alumnos no tienen conocimientos previos de las asignaturas básicas o de las que son prerrequisitos, a pesar de haberlas aprobados con las mejores notas, o con los profesores más exigentes, reflejando que el tiempo transcurrido hace olvidar gran parte de los conocimientos aprendidos. Una última encuesta realizada en una universidad nacional de Lima, publicada en un diario de gestión médica, reveló que solo un 10% de los estudiantes recordaban algo de los conocimientos adquiridos en el curso de anatomía, encuestas similares para otros conocimientos básicos fueron aplicadas por nuestros docentes de postgrado con resultados similares. Una de las causas de esto es naturalmente la enseñanza tradicional fragmentada, no ligada a una práctica

significativa. Los alumnos estudian todo, aprenden todo (para el examen), pero después olvidan casi todo. Solo una enseñanza integrada puede dar mayor profundidad y solidez a los conocimientos. En esta línea es que deben implementarse nuevas investigaciones.



**Tutoría de ABP**

**10) Que con el nuevo plan de 6 años se va estudiar menos para la formación médica.**

El nuevo plan se está ejecutando con 40 semanas de duración en forma anual, a diferencia del anterior que solo se estudiaba 2 ciclos por año de 17 semanas cada uno y por 7 años, por lo que resulta que el nuevo plan innovado tiene mayor duración cronológica en semanas. Pero no es solo eso, la tendencia actual en la educación superior, es que estando los conocimientos al alcance de los estudiantes en los diferentes recursos informáticos y con un proceso de autoaprendizaje, haciendo incidencia en la práctica, con una actividad educacional orientada por el docente, se ha sugerido y se está implementando la reducción de los estudios de pre-grado y aumentando los de postgrado manteniendo una educación médica continua.

**11) Que los egresados bajo este sistema no van aprobar los exámenes de residencia.**

Con conocimientos más sólidos los egresados de currículos innovados, pueden enfrentar cualquier tipo de evaluaciones para residencias de la especialidad (aun cuando éstas sigan siendo tradicionales). Solo para muestra basta un botón, el 100% de los egresados de una universidad brasilera con currículo innovado, ingresaron a las residencias

en Brasil, superando a egresados de otras escuelas con currícula tradicional. Otra escuela de medicina de Argentina, que tiene 3 promociones de egresados con currícula innovada, ha mostrado que la mayor parte de sus egresados han ocupado las plazas de residencia. Sin embargo, creemos que los procesos de selección para las residencias medicas tienen que variar de modo significativo, superando exámenes memorísticos que no permiten una adecuada selección.

#### **12) Que los alumnos ya no van a estudiar anatomía ni aprender con cadáveres.**

Este es otro argumento con el que se pretende asustar a los estudiantes. En un plan curricular innovado ya no existen asignaturas, pero los contenidos de estos (incluido anatomía), se llevan por varios años en las unidades programadas para un aprendizaje integrado. Para ello, se utilizan los laboratorios morfofuncionales integrados, que incluyen preparados anatómicos de cadáveres, piezas de órganos y sistemas, pero además se han incorporado maniqués electrónicos y programas multimedias interactivos y una variedad de recursos, con los cuales se aprende ahora la anatomía en forma integrada a la clínica.

#### **13) Que ya no van aprender mas en los hospitales.**

Las currículas tradicionales habían acentuado la formación clínica tardía en los hospitales, en la nueva currícula se han incorporado los servicios de salud periféricos y otros escenarios para aprender medicina, donde tempranamente se relaciona con el paciente para una práctica de comunicación y desarrollo de habilidades semiológicas y clínicas. El nuevo programa incluye rotaciones de las 4 especialidades básicas en los hospitales y un año de internado. Otras escuelas han implementado dos años de internado priorizando una mayor práctica. De



manera que todos los niveles de salud, han sido previstos para la formación médica en el pre-grado.

#### **14) Que solo van a aprender a ser solo médicos preventivos.**

Una crítica que se le hace a la práctica médica actual, es su carácter asistencial mas que preventiva. Esto es consecuencia también de una formación médica más curativa, fragmentada y aislada. La formación médica innovada trata de incidir en un médico orientado a la atención del hombre sano mediante acciones de promoción, prevención y rehabilitación, en un modelo profesional de perfil amplio, una formación integral para acciones asistenciales, curativas, docentes, administrativas y de investigación.

#### **15) Nadie garantiza que un cambio de autoridades pueda anular los cambios curriculares.**

Con un nuevo decano "va a desaparecer el ABP", es el rumor que se corre. Los cambios curriculares en nuestra facultad, empezaron hace mas de 3 años, con el anterior decano, con quien se inició todo un plan para el cambio y quien ha sido participe de los talleres de ABP, Diplomado en Educación Médica, la visita a las facultades de Marilia y Londrina, en Brasil.

Las actividades y los cambios continuaron con las autoridades, quienes vinieron después y deben continuar con las que vendrán posteriormente, ya que es la tendencia hacia la que apuntan la mayoría de las escuelas de medicina. De manera que autoridades, alumnos y docentes deben en el futuro, defender la continuidad de estos cambios y mejorarlos. Un retroceso histórico es inadmisibile. Sería ir contra la corriente hacia la que se conduce la nueva educación médica, exigida por los organismos de salud y educación.

#### **16) Que van a aumentar las pensiones para garantizar el proceso de cambio**

"El próximo año van cobrar más por el ABP". Es otro de los rumores que circulan por allí para infundir temor y resistencia. Pero no es verdad, nuestra facultad ha realizado y seguirá realizando inversiones importantes para mejorar su desarrollo académico, cualquiera sea el plan de estudios, como se puede verificar con la construcción ya acabada del nuevo Policlínico Docente en San Luis, que empezó a funcionar en agosto. Las pensiones siguen siendo una de las más baratas de todas las escuelas privadas de medicina del Perú. Nuestra universidad

no tiene dueño, desde el punto de vista legal y organizativo, no es una institución con fines de lucro. Los reajustes que la universidad en general o las facultades en particular, puedan programar en el futuro, no tienen nada que ver con el ABP, sino con sus necesidades de mejorar la calidad educativa.

**17) Que esta metodología trata de diferenciar a los egresados entre “buenos y malos”, dependiendo de las currículas.**

La mayor parte de los actuales médicos somos producto de currículas tradicionales, que ha tenido y sigue teniendo sus méritos de haber logrado buenos egresados, sin embargo, los nuevos tiempos exigen cambios radicales en la educación médica con el fin de prepararlos para las necesidades y expectativas de la sociedad, responder a la explosión de tecnología y conocimiento científico médico, inculcar capacidad para aprendizaje continuo, asegurar entrenamiento en tecnología de la información y ajustar la educación médica a las condiciones cambiantes de los sistemas de salud. Eso solo se logra cambiando los paradigmas de una educación médica, que tiene que ser superada, no para tener “mejores o peores” médicos, sino, distintos y adaptados a una época de cambio. En este mundo y en esta época, quien no cambia muere, y además el neoliberalismo ha acentuado tanta la competitividad, que se exige una mejor calidad del profesional, en todas las ramas de la ciencia y la tecnología.

**18) Que en el ABP sólo el alumno es el que se preocupa por su aprendizaje, mas no el docente.**

Efectivamente, esa es la impresión que se tiene o que da cuando un tutor no maneja adecuadamente la metodología. El problema lleva a que los alumnos investiguen a veces con mayor profundidad, que lo que el docente sobre el tema que está en discusión en la semana o en un periodo mayor de tiempo, si bien el docente puede no ser necesariamente un experto en el tema, debe manejar adecuadamente la sesión tutorial. Es de crucial importancia evitar los excesos de protagonismo, que pueden llevar al estudiante al subjetivismo y al agnosticismo.

**19) Los horarios de las sesiones tutoriales son pocos, como para poder asimilar adecuadamente la información.**

El conocimiento es tan amplio y cambiante, que nunca el tiempo parecerá suficiente para conocer o profundizar todo sobre un tema, una unidad, asignatura o sobre cualquier aspecto de la medicina.

No debemos olvidar, que un problema volverá a ser discutido tantas veces como sea necesario en el transcurso de los años de formación profesional, además un médico no se forma en 5, 6 ó 7 años, sino durante todo el transcurso de su vida profesional. Las áreas verdes o libres, son imprescindibles para la búsqueda de información, investigación bibliográfica y consultoría, que amplían y enriquecen el conocimiento. Los conocimientos van a aumentar en forma exponencial todos los años de manera que será imposible fijarlos, discutirlos en los años del pregrado, de allí la importancia de aprender a aprender para toda la vida.

**20) Que todos los docentes deben ser médicos o especialistas en el tema.**

En la formación médica de todas las escuelas de medicina, participan diversas profesiones que tienen que ver con la salud, mucho más en un currículo integrado. Cada uno contribuye desde su profesión y desde su nivel a esta formación. En los ciclos clínicos es donde más se acentúa la participación del médico, pero más que conocedor de su profesión, éste debe ser un experto en docencia y fundamentalmente en una nueva forma de enseñanza-aprendizaje, los docentes “dictadores de clase”, ya no tienen razón de ser a esta alturas de los avances educativos y de los conocimientos difundidos bajo distintas modalidades que la tecnología ofrece.

(\*) Director de Escuela- Facultad de Medicina  
Universidad Privada San Pedro  
Chimbote Perú

**La mente rechaza una nueva idea con la misma fuerza que el cuerpo rechaza una proteína que le es extraña y se resiste a ella con similar energía. Quizás no sería descabellado decir que una idea nueva es el antígeno de más rápido efecto que conoce la ciencia. Si nos observamos con sinceridad descubriremos que con frecuencia hemos empezado a atacar una nueva idea antes de que haya terminado de ser formulada.**

*Wilfred Batten Lewis Trotter (1872 - 1939)*