

Marco de referencia de la educación en Medicina

«En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, ante mis maestros y en esta Facultad de Medicina que me enseñó todo cuanto sé, juro que:

- Consagraré mi vida al servicio de la humanidad...
- Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad...
- La salud de mis pacientes será el objetivo primordial de mi trabajo...»

Hipócrates

Kurt Pollak: *Los discípulos de Hipócrates*. Barcelona: Ed. Plaza y Janes.

La educación médica ha sido objeto de estudio, así como de profundas reflexiones y acciones, que ponen de manifiesto la inquietud y el interés que existen acerca de ella.

En el siglo XIX existían dos modelos fundamentales para la enseñanza de la Medicina: el modelo francés, basado primordialmente en la clínica, y el modelo alemán, fundamentado en la investigación.

Mientras el arquetipo francés propugna la formación de un médico técnico, capaz de resolver problemas concretos, el alemán pretende formar no sólo médicos, sino también científicos que sepan aplicar sus conocimientos para solucionar problemas sanitarios.

Desde finales del siglo XIX hasta la década de los años 50, las modificaciones de la enseñanza de la

Adrián Martínez González
Ángel Gil Miguel

Medicina, se llevaron a cabo fundamentalmente en Estados Unidos (Gil, 1990).

En 1910 Flexner (Flexner, 1910), basado en un estudio realizado en las mejores Facultades de Medicina europeas, propuso un modelo para las Facultades americanas semejante al alemán, con dos años para el estudio de ciencias básicas con laboratorios bien equipados, a cargo de profesores dedicados a la investigación médica y dos años de estudios clínicos, realizados en un Hospital perteneciente a la Universidad.

En 1952 la Western Reserve University (Patterson, 1956; Gallego, 1991) de Cleveland, Ohio, EE.UU., elaboró un cambio cualitativo en el currículum de Medicina que consistía en: reducir los cursos obligatorios en favor de los cursos optativos, se crearon comités encargados de integrar las diferentes materias básicas y clínicas, y se eliminaron los contenidos accesorios, desapareció la estructura departamental y se crearon laboratorios multidisciplinarios; aborda los componentes biomédicos y clínicos coordinados alrededor del estudio de los sistemas orgánicos, estructurados en tres fases: la primera dedicada, a la estructura, función y crecimiento y desarrollo normales; la segunda a las alteraciones de

lo normal; en la tercera fase los conocimientos adquiridos se aplicaban a la clínica.

A partir de ese momento y hasta nuestros días, se han producido distintas modificaciones de los currícula de muchas Facultades de Medicina punteras en los países desarrollados, con el fin de adaptarlos al incremento exponencial de los avances científicos y técnicos de la Medicina; los cambios producidos en la forma de ejercer la profesión por el Médico y en la organización de la asistencia médica, producidos en su mayor parte, aunque no exclusivamente, por el progreso de la Medicina; y la sensibilización de la sociedad hacia los problemas de salud. Lo anterior ha obligado a un riguroso esfuerzo de selección de aquello que resulta más pertinente para el futuro médico (Gil, 1990; Segovia de Arana, 1991).

Por otro lado, en América Latina la educación médica ha tenido influencia europea, principalmente francesa, y a partir de la década de los años 40 de este siglo el impacto ha sido fundamentalmente por el modelo norteamericano de Flexner (Uribe, 1990; Luna, 1986). La influencia del informe Flexner en esa época repercute en las Facultades de Medicina, alrededor de dos ejes fundamentales: un ciclo básico de ciencias biomédicas con fuerte contenido experimental, y un ciclo clínico de práctica clínica con internado rotatorio.

La introducción de este modelo educativo representó la oportunidad para la incorporación, la organización y la modernización de las ciencias básicas preclínicas. También contribuyó a la formación de docentes especializados, al desarrollo de una infraestructura biomédica, a la creación y al fortalecimiento de unidades de apoyo para todo el proceso de enseñanza, como las bibliotecas médicas; sin embargo, el modelo no favoreció una visión integral del hombre (Rodríguez y Villarea, 1986) y proveyó

a lo médicos de valores que se ajustaban a la atención especializada, individual, hospitalaria y cuyas técnicas preferenciaban la práctica curativa sobre la preventiva (Berliner, 1972).

A pesar de la multiplicidad de países y de la diversidad de realidades nacionales, la evolución de la educación médica en la América Latina y el Caribe en las últimas décadas se ha caracterizado por una serie de rasgos comunes. La comunicación y la cooperación internacionales, a través de organismos multinacionales de carácter intergubernamental o interuniversitario, han traído como consecuencia la adopción de un conjunto de políticas y estrategias frente a diversos aspectos del desarrollo de la educación médica.

Como antecedentes importantes en tal sentido deben destacarse:

1) La primera encuesta sobre la enseñanza de las Ciencias Básicas Preclínicas en las Escuelas de Medicina de América Latina (Middleton y Munan, 1962). El estudio incorpora las conclusiones de la primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina (Unión de Universidades de América Latina, 1957) donde se señala, entre los objetivos inmediatos de la educación médica, la necesidad de proporcionar al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios para una comprensión integral del hombre en sus relaciones humanas y con el medio ambiente.

2) El seminario de Viña del Mar, Chile (1955), (Organización Panamericana de la Salud, 1976) donde se destaca la importancia de la enseñanza de la Medicina preventiva y se señala como preocupación fundamental entender al hombre como unidad biológica integrada en una familia y ésta, a su vez, en una sociedad; y un año después el Seminario de Tehuacán, México (1956), (Organización Panameri-

cana de la Salud, 1976) define el tipo de conocimiento que debe proporcionarse al estudiante así:

a) «del individuo como unidad biológica, para lo cual incluirá la enseñanza de la biología, genética y psicobiología.

b) del hombre, como unidad social, sea físico-químico, biológico, psicológico o social».

En estos seminarios se incorporó la noción de espacios de práctica fuera del ámbito de la Universidad y la selección de áreas de la comunidad para el estudio de problemas específicos. Los objetivos de los seminarios se alcanzaron en su parte estructural con la incorporación de las diferentes disciplinas de Medicina preventiva a los planes de estudio (Organización Panamericana de la Salud, 1976); de tal manera que en el estudio (García, 1972) se señaló que: «los cambios ocurridos en la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la Medicina durante los últimos años, han constituido uno de los acontecimientos más importantes en el campo de la Educación Médica». Se refuerza que el médico debe regresar con una comprensión clara del hombre, como unidad biológica, psicológica y social; y con un concepto integral de la Medicina; ambas características se consideran necesarias para cubrir en la atención médica los aspectos de promoción y recuperación de la salud (Jadresic, 1969).

3) La III Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina en Chile en 1962 (II Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, 1962), aborda entre otros el problema de la falta de integración entre lo básico, lo clínico y lo social, por lo anterior las escuelas de Medicina orientan sus esfuerzos a resolverlo, y algunas Facultades en la década de los años 60 y 70 adoptan, por ejemplo, el modelo desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve; este modelo fue

el punto de partida de muchas reformas o elaboraciones curriculares en América Latina, donde se trató de buscar la integración entre lo básico, lo clínico y las ciencias de la conducta.

4) Se deben agregar las conferencias periódicas de Facultades y Escuelas de Medicina, así como las Reuniones de Ministros de Salud de la Región y los programas y proyectos específicos desarrollados en el campo de la educación médica por la Organización Panamericana de la Salud y por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

El análisis de estos esfuerzos permite concluir que todos ellos, en mayor o menor medida, han estado orientados por el deseo de producir un médico general que responda a las necesidades de los países.

Los documentos emanados de los mencionados eventos han cumplido en la práctica la función de marcar principios para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe y han contribuido a dar algunas características comunes a la misma (Primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica, 1976).

En este sentido, en las últimas décadas se entra en un proceso de reflexión y modificaciones educativas, en aras de mejorar la formación médica, buscando identificar y abordar soluciones reales a las necesidades siempre cambiantes de atención a la salud de la población, las modificaciones educativas se han realizado a nivel mundial, como ejemplos se pueden citar las siguientes Universidades: Mc Master, Mc Gill en Canadá; la de Brasilia, Brasil; Concepción en Chile; la Universidad del Valle en Colombia; las de Michigan, Harvard, Rochester y Nuevo México, Estados Unidos; Newcastle, Australia; Ben Gurión del Negev, Israel; Maastricht en Holan-

da; Edimburgo, Escocia; Universidad Autónoma de Madrid y Alicante en España; la Universidad Nacional Autónoma de México; entre otras (Gallego, 1991; Katz y Fulop, 1978; Prywes, 1977).

Todas las recomendaciones, propuestas y proyectos han influido en reformas y la puesta en marcha de planes innovadores en las Facultades y Escuelas de Medicina de tal forma, que se reconocen tres tipos principales de planes de estudio o modelos educativos de la enseñanza de la Medicina (Rozman, 1993):

- 1) plan de estudios por asignaturas
- 2) plan de estudios integrado
- 3) plan de estudios orientado a problemas.

Asimismo, en Medicina se ha hecho ya clásico distinguir tres niveles de educación médica (Rozman, 1993):

- a) período de pregrado o licenciatura
- b) período de postgrado y de especialización
- c) educación médica continuada, es decir, la actualización de los conocimientos por parte de los médicos en ejercicio.

«La concepción y la proposición de alternativas educacionales no surgen por un simple juego de pensamiento, sino que tienen su origen en la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas y en las relaciones de los hombres entre sí» (García, 1980). Incluso es una estrategia formar grupos piloto o planes innovadores paralelos, que deben servir como modelo experimental y por tanto ser evaluado rigurosamente y en su caso, incorporar mejoras en los planes de estudios médicos (Changing medical education, 1991; Kantrowitz y Kaufman, 1987).

En torno al desarrollo de la educación médica, se continúan generando importantes reuniones, pro-

yectos, propuestas y recomendaciones para la mejor preparación de los futuros médicos a nivel Internacional¹. Entre ellas:

1. Alma Ata

La histórica reunión de Alma Ata en 1978 y su resolución estratégica de la atención primaria de la salud refuerza los intentos educativos de reformular los estudios médicos con el objetivo de formar profesionales con vocación de servicio al individuo, la familia y la comunidad y con el fin de lograr una Medicina más equitativa, más justa y de mejor calidad (OMS-UNICEF, 1978).

2. Federación Panamericana de Escuelas de Medicina

En 1979 el grupo de trabajo sobre requisitos mínimos para la creación de Escuelas de Medicina, de la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, postuló que la formación de estas debería responder a una necesidad social y no a una necesidad individual de educación (Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, 1979).

3. Asociación Americana de Colegios de Medicina

En 1984 el Consejo Ejecutivo de la Asociación Americana de Colegios de Medicina (AAMC) presentó el informe G.P.E.P., documento relativo al análisis que, durante tres años, se llevó a cabo para revisar la educación que antecede y prepara al mé-

1 En la bibliografía se incluyen varias referencias al respecto.

co (Physicians for the Twenty-First Century, 1984); posteriormente, el grupo de trabajo formado por los Consejos de Decanos y Sociedades Académicas (Médicos para el siglo XX, 1985) formuló comentarios sobre las conclusiones y recomendaciones del informe G.P.E.P., que de ponerse en práctica, significarían un cambio trascendental en el modo como se forman los estudiantes de Medicina en Norteamérica.

Los comentarios fueron los siguientes:

— Esta conclusión general sugiere cambiar el énfasis con que se enseñan las destrezas, los valores y las actitudes en las Escuelas de Medicina, limitar el volumen de información que se espera sea retenida por los estudiantes de Medicina, enunciar mejor los niveles de conocimientos y destrezas requeridos en cada etapa de la educación médica; modificar los ambientes educacionales, y reiterar la responsabilidad de los médicos frente a sus pacientes y comunidades.

— Estas recomendaciones versan sobre la educación de bachillerato y piden que ésta sea amplia y exigente en lo que respecta a las ciencias sociales, naturales y a las humanidades. Se sugiere emprender un extenso campo de actividad a fin de mejorar las destrezas en el arte de escribir y en la comunicación; y valorar las destrezas y capacidad analítica para un aprendizaje independiente entre los estudiantes que soliciten ingresar a las Escuelas de Medicina.

— Las recomendaciones de esta conclusión se orientan a estimular el aprendizaje independiente, mediante la revisión de los métodos docentes seguidos por las Escuelas de Medicina, particularmente durante los años dedicados a las ciencias básicas. Es indispensable que los profesores de las Escuelas de Medicina establezcan objetivos educacionales alcan-

zables, permitan que el curriculum contenga más tiempo no comprometido, reduzcan la preponderancia que tienen las clases teóricas como el principal método de enseñanza, y aumenten las actividades que den a los estudiantes mayores oportunidades para aprender independientemente y resolver problemas.

— Las recomendaciones de esta conclusión se refieren mayormente a los años de pasantías clínicas. Estas exigen que se especifique con mayor precisión cuáles conocimientos, destrezas y valores se necesitan en el área clínica; que se adapte la docencia a los nuevos ambientes clínicos, que la escuela oriente y supervise a los estudiantes durante las pasantías; que se evalúe a los estudiantes de acuerdo con criterios establecidos específicamente; que haya una mejor integración entre las ciencias básicas y la preparación clínica; y que durante los años clínicos se recalque la preparación general de los estudiantes más bien que permitir la adaptación de sus programas hacia el logro de residencias en especialidades.

— Las recomendaciones están dirigidas a aumentar la dedicación y el interés genuino del profesorado hacia las actividades educativas de su Escuela de Medicina. Tales recomendaciones invitan a que haya una mejor organización docente; que se imparta menos enseñanza altamente especializada; y que se otorgue el reconocimiento y la recompensa debidas a la enseñanza efectiva.

4. Declaración de Edimburgo

En agosto de 1988 se celebró en Edimburgo la Conferencia Mundial sobre Enseñanza de la Medicina de la Federación Mundial para la Educación Médica, patrocinada por: la Organización Mundial

de la Salud, el Fondo Infantil de las Naciones Unidas, y el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, culminando en lo que se conoce como *Declaración de Edimburgo* (World Federation for Medical Education, 1988).

Dicha declaración coronaba un proceso iniciado dos años antes con el propósito de hacer más congruente la formación de los Médicos con las necesidades de salud de cada país y sus comunidades. El punto de partida había sido la constatación generalizada de que el cambio, cada vez más rápido, de las características científicas, epidemiológicas y sociales de la Medicina hacían especialmente necesaria una nueva metodología docente con el fin de que la profesión médica asumiera el papel que le es propio en el intento de aportar una atención sanitaria equitativa, efectiva y económica a todas las poblaciones.

Por su interés y actualidad se presenta una síntesis de la misma:

En su texto, la Declaración propone como objetivo general de la enseñanza de la Medicina «Preparar médicos que promuevan la Salud de todos», ya que miles de personas sufren y mueren a diario por procesos que pueden ser prevenidos y curados, y millones de seres humanos no tienen acceso a ningún tipo de asistencia sanitaria.

Estos hechos han motivado una mayor preocupación por los temas docentes relacionados con la igualdad de la asistencia sanitaria, la distribución humanitaria de los servicios sanitarios, y los costos globales para la sociedad.

Se insiste, que aunque la investigación científica continúa siendo gratificante y además absolutamente imprescindible, se necesita algo más que ciencia, por lo que es esencial que los docentes de la Medicina establezcan las necesidades sanitarias de la raza

humana en su conjunto y de la persona considerada en su totalidad.

Entre las medidas propuestas por la Declaración para lograr una enseñanza más racional de la Medicina, algunas puedan ser adoptadas por las propias Facultades de Medicina:

a. Aumentar la diversificación de los programas docentes, con el fin de incluir todos los recursos sanitarios de la comunidad, y no sólo los de los hospitales.

b. Garantizar que el contenido del programa de estudios refleje los aspectos prioritarios de la sanidad nacional y la disponibilidad de los recursos permisibles.

c. Asegurar la continuidad del aprendizaje a lo largo de toda la vida, dando menos importancia a los métodos pasivos, tan generalizados, y favoreciendo el aprendizaje más activo que incluye estudios autodirigidos e independientes así como métodos basados en la existencia de tutorías.

d. Elaborar los planes de estudio y los sistemas de evaluación de modo que garanticen la adquisición de la competencia profesional y los valores sociales, y no sólo la retención y memorización de datos.

e. Formar al profesorado como educadores, de manera que no sean sólo expertos en el contenido de las diferentes Disciplinas, premiando las cualidades docentes tanto como las investigadoras o clínicas.

f. Complementar la instrucción relativa al tratamiento de pacientes con un mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

g. Integrar la enseñanza en la ciencia y en la práctica diaria, utilizando la resolución de los problemas de ámbito clínico y comunitario como base del aprendizaje.

h. Emplear métodos de selección de los estudiantes que consideren otros aspectos además de la capacidad intelectual y de los logros académicos y, que incluyan una evaluación de las cualidades personales.

Se desean además otros logros, para lo que es imprescindible una participación más amplia que la propia Facultad.

i. Estimular y facilitar la cooperación entre los Ministerios de Sanidad y Educación, con los Servicios Sanitarios de la comunidad y otras estructuras pertinentes con el objetivo de elaborar una política conjunta y una planificación, implantación y revisión de los programas.

j. Garantizar una política de admisión que compatibilice el número de estudiantes con las necesidades nacionales de médicos.

k. Fomentar las oportunidades para que el aprendizaje, la investigación y la práctica se puedan realizar conjuntamente con otros profesionales, tanto de la sanidad como de otras esferas relacionadas con la salud, como parte de la formación en el trabajo en equipo.

l. Poner en claro la responsabilidad y asignar recursos para la educación médica continuada.

5. Iniciativa de Lisboa

En 1988, tuvo lugar en Lisboa una reunión de las delegaciones de los Ministerios de Sanidad y Educación de los Estados miembros de la región europea de la OMS llamada *Iniciativa de Lisboa* (The Lisbon Initiative, 1989) donde expresaron su deseo de llegar a una reorientación de la educación médica dirigida hacia las necesidades de salud. Se reconoció así mismo el importante proceso iniciado por la Federación Mundial de Educación Médica a

través de su declaración de Edimburgo para mejorar la educación médica en Europa.

La consulta ministerial de Lisboa propuso que la acción a desarrollar debía ser considerada por todos los países europeos basándose en los siguientes principios aprobados:

a. Una política nacional de educación de salud, claramente definida, derivada de la estrategia europea de salud para todos.

b. Mecanismos claros y efectivos deberían fomentar la estrecha cooperación entre los sectores de salud y educativos para el establecimiento de políticas y programas en el campo de la educación profesional sanitaria.

c. Los programas educativos de las Universidades y Escuelas de Medicina deberían reflejar las políticas mencionadas.

d. Deberían fomentarse los recursos y mecanismos necesarios para una educación continuada como un aspecto esencial de la educación médica, en cooperación con las sociedades profesionales.

e. Todas las fases de la educación médica deberían tener lugar en centros apropiados que reflejen aspectos y servicios sanitarios.

En el ámbito de la Comunidad Económica Europea y de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1691/1989, de 29 de Diciembre, de aplicación en España de la Directiva Comunitaria 75/363/CEE, la formación del médico debe garantizar la adquisición durante la misma de:

a. Un conocimiento adecuado de las ciencias sobre las que se funda la Medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de la medida de las funciones biológicas, de la apreciación de los hechos establecidos científicamente y del análisis de los datos.

b. Un conocimiento adecuado de la estruc-

tura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos sanos y enfermos, así como las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno natural y social.

c. Un conocimiento adecuado de las materias y las prácticas clínicas que le proporcionen una visión coherente de las enfermedades, de la Medicina en sus aspectos preventivos, de diagnóstico y terapéuticos, así como de la reproducción humana.

d. Una experiencia clínica adecuada bajo el debido control en los hospitales.

Esta directiva ha sido tenido en cuenta por el grupo IX del Consejo de Universidades para la elaboración del Informe Técnico sobre el Título de Licenciado en Medicina y Cirugía (Gil, 1990; Ministerio de Educación y Ciencia, 1988). El mencionado informe define el marco que permite y hace compatibles, de una parte, el mínimo de homogeneidad que deben tener las titulaciones oficiales con validez profesional en todo el territorio nacional, y de otra, el legítimo ejercicio de la autonomía de las universidades. La formación médica pregraduada—definida como el conjunto de conocimientos teóricos y clínicos subyacentes a los conocimientos que deben poseer todos los médicos cualquiera que sea su orientación profesional posterior— debe procurar, por tanto, que los estudiantes no acumulen sólo conocimientos teóricos, sino que adquieran también experiencia clínica suficiente. Ello exige, evidentemente, la introducción de ciertos cambios que son propuestos, en el modelo tradicional de enseñanza. El Grupo de Trabajo considera imprescindible la creación en cada Facultad de una unidad de Educación Médica que, en coordinación con las instituciones sanitarias concertadas, tendría dos tipos de funciones, una, de secretaría y administración y, otra,

de planificación de la gestión educativa; una de sus funciones entre otras, es la realización de investigación educativa sobre métodos docentes, sistemas de evaluación, pertinencia de los programas, psicología de los estudiantes, etc.

6. Proyecto de Educación Médica en las Américas

En 1988 se elaboró el *Proyecto de Educación Médica en las Américas* (World Health Organization, 1988) (Proyecto EMA). Se puntualizan las Prioridades Educativas para las Facultades de Medicina:

- a) Importancia de la formación científica
- b) Congruencia del perfil educativo y ocupacional con la morbimortalidad de la población
- c) Equilibrio entre la formación científica y la capacidad para ofrecer servicios
- d) Capacidad para diagnosticar y tratar las enfermedades de mayor prevalencia
- e) Capacidad para las acciones de fomento a la salud y prevención de la enfermedad
- f) Preparación para el aprendizaje continuo
- g) Capacidad para colaborar con otros profesionales del campo de la salud
- h) Actitud ética y humanitaria
- i) Vinculación entre la educación médica y la prestación de servicios.

Asimismo, se puntualizan las estrategias educativas para las Facultades de Medicina:

- a) Equilibrio entre conocimientos, destrezas y actitudes
- b) Fortalecimiento del aprendizaje activo
- c) Participación temprana del alumno en la práctica médica
- d) Beneficios de la solución de problemas como método docente

e) Equilibrio entre enseñanza intra y extrahospitalaria

f) Trabajo en equipo, multidisciplinario y multiprofesional.

7. Organización Mundial de la Salud

En 1991 se publicó por parte de la División de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud de la OMS (Changin Medical Education, 1991) una «*Agenda para la Acción*» sobre los cambios en la educación médica. En ella se establecen los mínimos de calidad y su evaluación; las estrategias para el diseño y la instrumentación, así como diversos mecanismos para su vigilancia y seguimiento. La agenda sugiere también, abrir opciones acordes con las características de salud de los países y sus instituciones educativas, promover el desarrollo de la investigación en salud y establecer mecanismos de colaboración internacional.

Es evidente que la educación médica contemporánea a nivel mundial y en mayor o menor medida en cada país, se encuentra en un proceso de cambio, para la mejor formación de los estudiantes de medicina. Este proceso de cambio enfrenta diversos retos, entre otros:

1) La formación de un profesional apto para responder a las cambiantes necesidades de salud y a la evolución de los conocimientos médicos.

2) El equilibrio de las áreas del conocimiento dentro de la estructura curricular.

3) El establecimiento de la complementariedad entre lo preventivo y lo curativo.

4) La formación de clínicos expertos.

5) El fortalecimiento de la educación en las ciencias básicas.

6) La vinculación de las ciencias básicas con la clínica.

7) El impulso de la formación humanística.

En la educación médica convergen fuerzas poderosas como la de la educación superior, la de la profesión médica, la de las ciencias biomédicas, clínicas y de salud pública, la de los servicios de salud y la de las necesidades sociales; lo anterior ha llevado a varios países a mantener una política continua de actualización de sus planes de estudio y donde la coordinación de esfuerzos es fundamental para el buen logro de las modificaciones propuestas. Uno de los ejes conductores de las acciones debe ser la investigación; fortalecer la investigación en educación médica tiene una especial importancia para originar cambios cualitativos debidamente fundamentados (Marín Campos, 1990; Lisfhit, 1993), porque genera información que puede ser estimulante para propiciar líneas de innovación, refleja la relevancia e impacto social de los programas, valora y compara la efectividad y la eficiencia de las acciones de la Facultad de Medicina, ayuda en la toma de decisiones en relación con la etapa formativa de los médicos, con el fin de elevar la calidad en la formación de personal de salud.

«Dadme un punto de apoyo y moveré la Tierra»

Arquímedes

BIBLIOGRAFÍA

- BELMONTE, J. (1991). El modelo docente de Alicante. *JANO Medicina y Humanidades*, 40, 62-7.
- BERLINER, H.S. (1972). A larger perspective on the Flexner Report. *Int J. Health Serv.* 5, 573-92.
- Changing medical education: an agenda for action.* (1991) Geneva: World Health Organization (WHO/EDUC/91.200).
- EDUCATING MEDICAL STUDENTS (1993). Assessing Change in Medical Education - The Road to implementation. Association of American Medical Colleges. *Acad. Med.*, 68, Supplement (June), S1-S65.
- EVIDENCE - BASED MEDICINE (1992). A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 268, 2420-5.
- FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ESCUELAS DE MEDICINA (1979). Informe Final del Grupo de trabajo sobre requisitos mínimos para la creación de Escuelas de Medicina. *Educ. Med Salud*, 13 (3), 274-87.
- FLEXNER, A. (1919). *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin 4.
- GACÍA, J.C. (1980). *La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social*. Washington, D.C.
- GALLEGO, A. (1991). La reforma de la educación médica. *JANO Medicina y humanidades*, 40 extra, 59-65.
- GARCÍA, J.C. (1972). *La educación médica en América Latina*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 255.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL (1987). *Recommendations on General Clinical Training*. London.
- GIL MIGUEL, A. (1990). Enseñanza de la Medicina. En *Proyecto docente. Medicina Preventiva y Salud Pública*. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.
- III CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA (1962). Viña del Mar, Chile, 1962. Santiago: Secretaría General de la Conferencia.
- INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL (1993). *Invertir en Salud*. Washington, DC.: Banco Mundial.
- JADRESIC, A. (1969). Propósitos generales de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, en relación con las necesidades de salud de la comunidad. En *Memorias de la II Conferencia Panamericana de Educación Médica*. México.
- KANTROWITZ, M. y KAUFMAN, A. (1987). *Innovative tracks at established institutions for the education of health personnel: an experimental approach to change relevant to health needs*. Geneva: World Health Organization (WHO Offset Publication N° 101).
- KATZ, F.M. y FULOP, T. (1978). *Formación de personal de salud-ejemplos de nuevos programas docentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Cuadernos de Salud Pública. N°. 70.
- KATZ, F.M. y FULOP, T. (1980). *Formación de personal de salud-ejemplos de nuevos programas docentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Cuadernos de Salud Pública. N°. 71.
- LAGUNA, J. y RUIZ TAPIA R.A. (eds.) (1987). *Evaluación de la Educación Médica. Memorias*

- de la XI Conferencia Panamericana de Educación Médica. (Escuelas) de Medicina. México: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades.
- LIFSHITZ, A. (1993). El papel de la investigación educativa para mejorar la formación del médico. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 36 (1), 58-62.
- LUNA, R. (1986). Reorientación de la educación médica. *Educ. Med. Salud*. 20 (4), 466-72.
- MARÍN CAMPOS, Y. (1990). La investigación educativa como una estrategia para elevar la calidad de la formación del personal de salud. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 33 (4), 274-78.
- MÉDICOS PARA EL SIGLO XXI (1985). *Comentarios sobre el informe GPEP*. Fondo editorial FEPAFEM.
- MIDDLETON, S. y MUNAN, L. (1962). Encuesta sobre la enseñanza de las ciencias básicas preclínicas en las escuelas de medicina en América Latina. *Bol Of Sanit Pan*, 52 (6), 469-92.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (1988). Reforma de las enseñanzas universitarias. Título: Licenciado en Medicina y Cirugía. Propuestas alternativas, observaciones y sugerencias formuladas al informe técnico durante el período de información y debate público. Consejo de Universidades. Secretaría General. España.
- NEUFELD, V.R. y BARROWS, H.S. (1974). The Mc Master Philosophy: An Approach to Medical Education. *Journal of Medical Education*, 49, 1040-50.
- OMS-UNICEF (1978). *Atención primaria a la salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud*. Alma Ata, URSS: OMS, UNICEF.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1976). Seminarios sobre la enseñanza de la medicina preventiva. Seminario de Viña del Mar, Chile, 1955. En *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington, DC., 1976, Publicación Científica 324, 5-10.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1976). Seminarios sobre la enseñanza de la medicina preventiva. Seminario de Tehuacán, México, 1956. En *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington, DC., Publicación Científica 324.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1976). Segunda reunión del Comité de Programas de Libros de Texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la medicina preventiva y social. En *Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington, DC., Publicación Científica 324.
- OTERO, A.; CARREIRA, J. y VILLAMOR, J. (1992). Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en Centros de Salud. *Atención Primaria*, 9, 512-15.
- PALES, J. (1994). Características principales del Plan de Estudios Orientado a los Problemas (PEOP). *Rev. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 9 Supl 1, 5-12.
- PATTERSON, J.W. (1956). Interdepartamental and departamental teaching of medicine and biologic science in four years: Reports of experiments in medical education. *J. Med. Educ.*, 31, 521-29.
- PHYSICIANS FOR THE TWENTY-FIRST CENTURY (1984). Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicina.

- Association of American Medical Colleges. *J. Med. Educ.*, 59 (11), Part 2.
- Primera reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe (1976). Informe Final. Caracas. *Educ Med Salud*, 10 (2), 109-39.
- PRYWES, M. (1977). The Beer Sheva experience. *JAMA*, 238, 1571.
- RODRÍGUEZ, M.I. y VILLARREAL, E. (1986). La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. *Educ. Med. Salud*, 20 (4), 424-39.
- ROZMAN, C. (1993). La enseñanza de la medicina ¿debe cambiar de modelo? *Med. Clin. (Barc)*, 100, Supl 1, 3-5.
- SEGOVIA DE ARANA, J.M. (1991). Evolución de la educación médica en España. *JANO Medicina y Humanidades*, 40; 53-60.
- THE LISBON INICIATIVE (1989). En *X Congreso Nacional de Educación Médica*. Alcalá de Henares: Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM).
- TOSTESON, D.C. (1990). New Pathways in General Medical Education. *N. Engl. J. Med.*, 322, 234-8.
- Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) (1957). *Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina. Conclusiones de la I Conferencia de Facultades Latino Americanas de Medicina*. Realizada en Ciudad de México, Septiembre, 1957. México.
- URIBE, E. (1990). Evaluación y perspectivas del Sistema de Enseñanza Modular. En *Reflexiones sobre educación médica*. México: Secretaría de Salud.
- VENTURELLI, J. (1991). *Nuevas experiencias en las Ciencias de la Salud. La educación centrada en el estudiante: una experiencia y su potencia*. Jornadas de Educación Médica. Aprendizaje basado en problemas. Sistema Mc Master. Universidad Autónoma de Barcelona, Junio.
- WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (1988). The Edinburg Declaration. *Lancet*, 2, 462-64.
- WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (1993). *World Conference on Medical Education*. «The Changing Medical Profession: Implication for Medical Education». 8-12 August.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988). *Regional Report for the Americas*. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Educación Médica en las Américas (Proyecto EMA). Caracas.

Resumen

El presente artículo analiza el presente, pasado y futuro de la enseñanza de la Medicina en el conjunto del mundo, así como en nuestro medio, revisando los diferentes tendencias, y conferencias internacionales que han marcado los momentos más relevantes en la formación médica de pregrado, destacando la Declaración de Edimburgo, la Iniciativa de Lisboa, y la Agenda para la Acción de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave: Educación. Medicina.

MEDICAL EDUCATION: SETTING OF REFERENCE

Abstract

We carried out an analysis of present, past and future of instruction in medicine all over the world, and in our country.

This article reviews different trends and international conferences as the Declaration of Edinburgh, the Initiative of Lisboa and the Biary for the Action of the World Health Organization.

Key words: Education. Medicine.

Adrián Martínez González

Dpto. Salud Pública

Universidad Nacional Autónoma de México

CD Universitaria, CP 04510

México DF.

Ángel Gil Miguel

Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública

Universidad Complutense de Madrid

Ciudad Universitaria s/n

28040 MADRID