

**COMISIÓN DE CURRÍCULUM
ESCUELA DE MEDICINA**

DOCUMENTO CURRICULAR DE FUNDAMENTACIÓN

2014-2015

COMISIÓN DE CURRÍCULUM

CENTRO DE EVALUACIÓN ACADÉMICA



**UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA**

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
MARCOS REFERENCIALES	4
MARCO SOCIO-PROFESIONAL	4
Historia de la medicina occidental	4
Los primeros médicos en Costa Rica	5
El contexto político y el origen de la CCSS	7
Contexto y propósitos de la Universidad de Costa Rica y de la Facultad de Medicina.....	11
Justificación	13
Caracterización profesional.....	14
Definición profesional	17
MARCO EPISTEMOLÓGICO	20
Objeto de estudio.....	21
Finalidad de la formación de profesionales en medicina.....	22
Lo teórico-metodológico	24
Relación con otras carreras.....	25
MARCO PEDAGÓGICO	27
Antecedentes del plan de estudio de la carrera	27
Plan de estudio de la década de los 60	29
Plan de estudios de los 70	29
Plan de estudios de la década de los 80, inicios	30
Desarrollo conceptual 1985-1987	30
Plan de estudios de la década de los 90.....	31
Una descripción del plan de estudio actual	32
Una apreciación global	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
Referencias electrónicas	42
ANEXOS	44
ANEXO 1	44
La práctica socioprofesional desligada de la atención primaria	44

ANEXO 2	46
Dimensión ética de la medicina	46
ANEXO 3	48
La dimensión ética en el plano de la atención primaria	48
ANEXO 4	51
Panorama actual de la formación de profesionales en medicina	51
ANEXO 5	54
Consideraciones finales.....	54

INTRODUCCIÓN

La medicina aborda el proceso salud-enfermedad como un continuo dinámico donde interactúan una multiplicidad de aspectos biológicos, mentales, sociales y funcionales del individuo y su entorno, entre otros. A la medicina corresponde también contemplar los cambios derivados de las políticas públicas y el desarrollo tecnológico-científico que impacta el perfil demográfico y epidemiológico de la población. Esto implica que su estudio y ejercicio constituyen un proceso que evoluciona y que necesita ser evaluado y reestructurado según las necesidades de la sociedad.

En el marco de la etapa de re-acreditación en la que se encuentra actualmente la carrera de medicina, este documento propone una breve descripción de los fundamentos del plan de estudio del Bachillerato en Ciencias Médicas y Licenciatura en Medicina y Cirugía. Estos fundamentos se estructuran a partir de tres marcos de referencia complementarios y no excluyentes. Así, se parte de un sustrato sociohistórico que permite entender los principios del sistema de salud y su marco institucional; otro epistemológico que permite revisar el objeto de estudio de la medicina, sus fundamentos, métodos y conceptualización (ya sea como profesión, disciplina u oficio); finalmente, un marco pedagógico que plantea el modo en que se aprende en la carrera de Medicina.

De este modo, se pretende ofrecer un sustento para estructurar el concepto de “Perfil de egreso” en aras de definir si es necesario o no -y a partir de cuáles criterios- una reforma curricular parcial. En este sentido, el presente documento resume los principales resultados de un proceso continuo de interacción entre el Comité de Curriculum de la Escuela de Medicina y las asesoras del Centro de Evaluación Académica, alimentado por diferentes actividades, entre ellas grupos focales, entrevistas semiestructuradas, sesiones con expertos y apoyo sobre revisión bibliográfica pertinente.

MARCOS REFERENCIALES

MARCO SOCIO-PROFESIONAL

En este apartado se retoman los principales antecedentes históricos con respecto a la evolución de la carrera de medicina, tomando en cuenta a los actores principales, así como los hitos más importantes en el desarrollo institucional.

Historia de la medicina occidental

La medicina nace a partir de la búsqueda del alivio y como solución a los problemas de salud en la humanidad. En un principio, esto fue liderado empíricamente por adivinos o hechiceros que luego pasarían a ser, con el desarrollo de sociedades más complejas, los herboristas, reparadores de huesos y parteros. Se puede decir que durante las primeras civilizaciones estables, las prácticas curativas fueron una mezcla de ritos religiosos y tratamientos empíricos (Porter, 2003; Zeledón, 2006).

En la cultura griega destaca la figura de Asclepio, más conocido en la romana como Esculapio, quien era considerado un dios de la medicina y cuyas curaciones se daban en templos donde los enfermos tenían la esperanza de soñar una solución a su enfermedad. Sin embargo, desde el siglo V a. C., la concepción de deidades sanadoras tuvo su contraparte con el auge de los médicos hipocráticos, quienes rechazaban a los sanadores religiosos y tradicionales. Bajo este marco hipocrático se creó un ideal elitista como identidad de la profesión. Esto ubicaba a los médicos como personas que estaban por encima de los adivinos pero a la cabecera del enfermo, a la vez como un sabio y un amigo (Porter, 2003).

Por otro lado, Galeno, máximo representante de la medicina durante el Imperio Romano, fue uno de los más enfáticos en señalar que el médico debía tener conocimientos no solo como sanador empírico sino también de lógica, física y ética, pues dichos conocimientos hacían más sencillo ganarse la confianza del enfermo, acto indispensable para un cuidado adecuado (Jaramillo, 2005).

En el siglo XII se instauran las primeras universidades en Europa. En Salerno, Italia, se enseña la medicina con base en textos formalizados, concluyendo con el título de médico después de 7 años de asistencia a lecciones, realización de debates y exámenes orales. En los siguientes siglos la organización de la profesión fue en aumento, surgieron los colegios de médicos y asociaciones de cirujanos y farmacéuticos. Estos últimos fueron reiteradamente criticados por proteger a los privilegiados en contra de los intereses de los enfermos y de los profesionales menores (Jaramillo, 2005).

La situación fue evolucionando hasta que, en el siglo XIX, los enfermos que podían mandaban a llamar al médico de su elección y le pagaban por una atención de calidad. En otras palabras, en este modelo europeo, las políticas públicas de salud estuvieron orientadas hacia la satisfacción de las familias que podían costear el pago del médico a domicilio (Porter, 2003).

Los primeros médicos en Costa Rica

Por su parte, Costa Rica no escapó a esto. Los primeros médicos que llegaron al país venían acompañando a los gobernadores, después de la conquista, y se encargaban del cuidado exclusivo de sus acompañantes sin tomar en cuenta al resto de la población que igualmente sufría de las enfermedades traídas por los españoles (Zeledón, 2006).

A partir de la conquista se contó con una lista de varios médicos y personajes considerados curanderos -más que médicos- que transitaron por la región durante algún tiempo, ejerciendo la medicina según las prácticas la época. Tal fue el caso del Lic. Antonio de Oliveira, cirujano militar que ingresó con Juan Vázquez de Coronado, Manuel Farfán en Esparza, Gregorio García, quien hizo el primer censo de pacientes con lepra, y Fray Pablo Bancos, quien fue enviado como encargado de abrir el Hospital San Juan de Dios en Cartago. Los gobiernos intentaron ubicar médicos o facultativos para que revisaran los medicamentos y atendieran a los más necesitados, sin embargo, el país no contaba aún con los profesionales para estos cargos (Hospital Max Peralta, 2008).

En 1840, algunos médicos extranjeros comenzaron a llegar al país y, a su vez, algunos costarricenses se fueron al extranjero a estudiar medicina. Oficialmente, el primer médico costarricense fue el Dr. Pablo Alvarado Bonilla, quien terminó sus estudios en Guatemala en 1823, sin embargo, regresó al país hasta 1842. El primero en volver al país, en 1840, fue el Dr. José Ma. Montealegre, quien estudió en Edimburgo, donde recibió la licencia para ejercer la cirugía. Le siguieron los licenciados Cruz y Lucas Alvarado, quienes se formaron en Guatemala (Rosenberg, 1980).

En 1843, la Casa de Enseñanza de Santo Tomás, institución educativa de la iglesia católica costarricense, se convierte en Universidad de Santo Tomás. Si bien se impartieron lecciones de medicina, no fue sino hasta 1849 cuando se creó la Facultad de Medicina de esa universidad (De la Cruz, 1995). La misma funcionó hasta 1888, cuando el gobierno de la República decidió concentrar sus esfuerzos en la educación media.

Durante esos años surgieron figuras como el médico del pueblo de la provincia de San José y el Inspector del fluido vacuno. Se ordenó que hubiera médicos del pueblo en departamentos, pagados por los municipios, hasta llegar a la creación del Protomedicato de

la República (que consistía en un cuerpo encargado de asuntos de la higiene pública y otros administrativos, relacionados con la incorporación de médicos, dentistas y farmacéuticos del país, hoy Colegio de Médicos y Cirujanos). En esta línea del Protomedicato, el primer médico en instalarse fue el Dr. Nazario Toledo, de Guatemala (De la Cruz, 1995). A este protomedicato se incorporaría posteriormente el Dr. Carlos Durán, graduado de París, Francia, y especializado en cirugía en Inglaterra; este ex-presidente de la República fue también el responsable de colocar el primer quirófano en el país (Zeledón, 2006).

A partir del siglo XX se dieron cambios importantes en cuanto a medicina preventiva y salud pública. Destacó el Dr. Solón Núñez, graduado de Bélgica, responsable de que se promulgara el primer Código Sanitario, así como numerosas campañas de lucha contra enfermedades como tuberculosis, lepra y parasitosis. Sus esfuerzos se ven consumados en los años setenta, cuando algunas de estas enfermedades fueron efectivamente erradicadas: tuberculosis, lepra, malaria, sarampión, escarlatina, difteria, entre otras. Durante los años 20 se creó la Secretaría de Salubridad, la cual pasó a ser el Ministerio de Salubridad, actual Ministerio de Salud (Zeledón, 2006).

El contexto político y el origen de la CCSS

El surgimiento de la Seguridad Social en Costa Rica cuenta con antecedentes internacionales y nacionales particulares que permiten comprender la importancia de esta institución.

Desde el siglo XIX, la promulgación de algunas leyes fue cambiando la posición y la labor de los médicos. Así, el “médico de pobres” pasó a llamarse “médico de pueblo”, y estos a su vez empezaron a organizarse. Por su parte, la epidemia del cólera en 1856

permitió al Gobierno percatarse de las necesidades en salud e higiene que tenía el país, así como de la urgencia de organizar aún mejor a los médicos.

Uno de los resultados de la Primera Guerra Mundial fue la creación de la Sociedad de las Naciones, entre otras iniciativas reformistas que se expandieron de forma global en temas de trabajo, protección social y salud. Por otra parte, instituciones como la OIT empezaron a tomar liderazgo a nivel mundial, sugiriendo a todas las naciones crear una Secretaría de Estado para actuar en la misma línea. Costa Rica acogió esta recomendación, creando, en 1927, la Secretaría de Trabajo, encargada de los seguros sociales. Asimismo, en 1928, comenzó a funcionar la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. No hay que olvidar que durante la década de los treinta las familias costarricenses de la zona rural vivían de la agricultura y de la crianza de animales, con condiciones de salud que, en aquella época, eran bastante precarias.

El Dr. Calderón Guardia quedó electo en 1940, justo el año en que también fue electo el presbítero Víctor Sanabria como obispo de San José. Es en este contexto que se aprueba la creación de una universidad estatal autónoma. Posteriormente, se comenzó a trabajar en la inclusión, en la Constitución Nacional, de un capítulo sobre las Garantías Sociales y se decidió establecer los Seguros Sociales. Finalmente, en 1941, se aprueba la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

A pesar de distintas dificultades, la CCSS creció rápidamente. En 1942 contaba con 12.000 trabajadores inscritos. En dos años esta cifra aumentó a 25.710 y en 1946 pasó a 47.192 trabajadores, con más de 5.000 familiares asegurados, lo que representaba el 20% de la población económicamente activa. La década de los sesenta también representó un gran crecimiento: se contrataron hospitales periféricos para que dieran servicios a la CCSS, la cual, por su parte, colocaba allí a los médicos y los medicamentos necesarios para la

atención médica en la zona rural. En 1963, se crearon las Unidades Móviles de Salud, con el fin de cubrir dichas zonas. Este equipo contaba con un médico general, un auxiliar de enfermería, un inspector sanitario y un chofer.

En 1971, la CCSS se comprometió a extender la cobertura de los servicios para así cumplir con lo que la constitución determinaba: la universalización del Seguro Social. Este contexto sirvió de preámbulo para la ley de 1973 que indicaba que la CCSS debía asumir el control de todos los hospitales del país, con el fin de dejar todos los servicios e instituciones prestadoras de servicios de salud en manos de una sola institución.

En efecto, en 1973 se logró cubrir el 10% de la población y en 1979 se alcanzó el 60%. Los objetivos eran:

- Mejorar las condiciones de las poblaciones rurales
- Seguir los lineamientos de la OMS y la OPS de expansión de los servicios de salud a los poblados rurales
- Controlar enfermedades como la malaria
- Analizar la situación de salud del país

Dentro de las actividades principales del programa de Salud Rural estaban:

- Vacunación de los niños
- Control de crecimiento en menores de 6 años
- Control prenatal a domicilio
- Promoción de los partos en las maternidades
- Orientación en planificación familiar
- Desparasitaciones
- Promoción de huertas escolares y familiares
- Educación a la población en torno a la eliminación de criaderos de mosquitos, importantes vectores en enfermedades como el dengue o la malaria.

- Promoción de la higiene de la vivienda, uso de agua limpia, construcción de letrinas.

En la década de los setenta se divulga el concepto de atención primaria a nivel mundial, concretamente en 1978, cuando en Alma Ata (en ese momento región de la URSS) tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reúnen y definen los principales postulados sobre este concepto. Así, la atención primaria en salud (APS) se establece como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Vargas, 2006).

Vuori revisa la conceptualización de atención primaria en salud y la define más allá del plano organizativo, en un plano filosófico. La APS se establece como tarea propia o pertinente en el primer nivel de atención, el cual atañe al médico general, sus conocimientos y destrezas. Se caracteriza por abordar los temas más relevantes sobre enfermedades (incluyendo la esfera mental), sus determinantes, prevención, diagnóstico y tratamiento; amplía el concepto de tratamiento hacia la rehabilitación y retoma el concepto de promoción de la salud. Define sus objetivos hacia la optimización de la “salud y el bienestar”. Otro aporte de este modelo es el enfoque a partir de distintos grupos poblacionales, priorizando sus recursos según sus necesidades (en el sistema de salud costarricense esto se ha desarrollado con el instrumento ASIS). Además, la atención primaria en salud se dirige hacia otros espacios como centros educativos, “de trabajo, la familia y comunidad”. Un aspecto crucial de este planteamiento es la consideración del área económica, pues el aumento de complejidad de las patologías manejadas, la especialización y desarrollo tecnológico imponen una importante carga al sistema, por lo tanto, se requiere

de un cuerpo de médicos generales que puedan gestionar la atención primaria de la salud de manera que reduzcan la morbilidad de raíz y así eviten que la mayoría de los pacientes requieran atención de servicios de un segundo o tercer nivel, con los costos que esto conlleva (Vargas, 2006).

Contexto y propósitos de la Universidad de Costa Rica y de la Facultad de Medicina

Como se señaló anteriormente, la Universidad de Santo Tomás, creada alrededor de 1843, es un antecedente importante. Sin embargo, esta institución no se llegó a consolidar como tal y, por el contrario, desaparece. Ya desde 1895 se denotan esfuerzos por dar un marco de vigencia a la formación médica. Así, en el gobierno de don Rafael Yglesias, se dictó la Ley Orgánica de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, la cual promulga la creación de una Escuela Nacional de Medicina y Cirugía, se declara la obligación del Estado de contribuir con el establecimiento y mantenimiento de la Escuela, así como un impuesto sobre artículos varios en salud para financiarlo.

Posteriormente, durante el Segundo Congreso Médico Centroamericano, celebrado en la ciudad de San José en los años 30, el Dr. Antonio Peña Chavarría resalta la importancia de la creación de una Escuela de Medicina. Este, junto al Dr. Onofre Villalobos y el Lic. Manuel Mora, van a presentar el proyecto de creación de la Escuela de Medicina (De la Cruz, 1995).

En 1940 queda electo el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y con él se crea la Universidad de Costa Rica, sin embargo, la Escuela de Medicina no se crea como tal sino hasta 1953, cuando finalmente se contó con buenos recursos para crearla. En 1950 se crea la Ley 1152 de la Lotería Nacional para dotar de dinero a la Universidad y que ésta pudiera abrir, cuando lo considerara oportuno, la Escuela de Medicina (De la Cruz, 1995).

En 1953 se conforma la comisión para la creación de la Escuela de Medicina, encabezada por el Lic. Rodrigo Facio, Rector de la Universidad. Dentro de las competencias de esta comisión y sus subcomisiones estaba la creación de un plan de estudio, determinar el espacio físico y discutir si era necesaria la construcción de un hospital universitario o no. Se llegó a la conclusión de que era mejor insertarse en el Hospital San Juan de Dios para la práctica clínica (De la Cruz, 1995).

La creación de la Escuela de Medicina se concreta el 31 de agosto de 1953, sin embargo, no comienza a trabajar sino hasta 1959, cuando entran los primeros estudiantes a “pre-médica”. Para ese momento se contaba con apoyo de profesores provenientes de la Universidad de Louisiana, quienes eran asesores para los cursos de Fisiología, Anatomía, Farmacología y Bioquímica. La gestión entre la Universidad de Costa Rica y la Universidad de Louisiana fue realizada por el Dr. Peña Chavarría y el Dr. William Fray; este último había sido médico de la United Fruit Company y luego sería Decano de la Universidad de Louisiana (De la Cruz, 1995).

En el discurso del rector Carlos Monge Alfaro, durante la inauguración del edificio de la Facultad de Medicina, se destacan los siguientes apartados:

“No podía la Universidad de Costa Rica sentirse completamente satisfecha de su labor espiritual y científica sin ofrecer antes a la juventud estudiosa y al país en general oportunidades para formar en nuestra propia Patria médicos y cirujanos, nutridos en rigurosas disciplinas del conocimiento y en las técnicas correspondientes, pero también con la mira puesta en nuestros intereses y urgencias. Era importante que la Universidad ofreciera esta oportunidad a muchos jóvenes que por sus escasos recursos y falta de padrinos no podían llevar adelante sus deseos de estudiar medicina. Al abrirse la Escuela de

Medicina, la Universidad dio un paso más en el proceso de democratización de la enseñanza superior -democratización entendida como aumento de oportunidades educativas para todos los costarricenses” (De la Cruz, 1995).

Justificación

La carrera de medicina graduó a sus primeros estudiantes en la década de los 60, en un contexto de transición entre un modelo de desarrollo agrícola y el periodo industrial. Su nacimiento y primeros años de funcionamiento coincidió con la instauración de un marco legal y de protección al trabajador, con políticas en salud concretas y con miras a la prevención y promoción de la salud y la seguridad social como pivote.

En los años 70, junto a las iniciativas de salud rural y la ley de creación de la CCSS, la Facultad de Medicina, particularmente a través de la entonces Sección de Tecnologías Médicas, fue un actor importante, al desarrollar un sistema metodológico, tanto presencial como a distancia, para la capacitación del personal técnico que iba a laborar en las zonas rurales. Parte del aporte de este programa fue el descenso de la mortalidad infantil de 68,2 por mil a 19,0 por mil, entre 1970 y 1980 (Rosero-Bixy, 1995).

La formación de profesionales en medicina busca responder a la necesidad social, es decir, formamos médicos para promover el bienestar de la población al minimizar el impacto de la enfermedad y promover la salud. La salud es fundamental para el desarrollo del país, y la UCR ha sido pionera en la formación de médicos históricamente, por lo que su impacto a nivel de desarrollo del país es fundamental.

La universidad por su parte, se concibe como una institución social, donde en su Estatuto Orgánico establece su objetivo de fortalecer el vínculo Universidad-Sociedad (Artículo 3). Por ende, la docencia, investigación y acción social que se realice, debe responder directamente a las necesidades de esa sociedad donde se encuentra inmersa.

La escuela de medicina, se ha encargado de formar médicos con un alto conocimiento científico y un importante sentido humanista. Estos futuros médicos se distinguen por una formación integral, es decir que a lo largo de su formación, obtienen una visión no solamente biológica sino que desarrollan una sensibilidad hacia los problemas y necesidades de la sociedad, para el logro del bien común; cumpliendo con los fines y principios orientadores establecidos en el Estatuto Orgánico, artículo 5.

En resumen, la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, más allá de formar médicos con un alto conocimiento de la disciplina, busca formar ciudadanos que aporten bienestar a la sociedad.

Caracterización profesional

A continuación se presenta un cuadro resumen de las prácticas a las que se han abocado en algún momento los profesionales en medicina. Dicho resumen surge de un proceso investigativo en el que se involucraron médicos del área básica y clínica, además del aporte de los miembros de la comisión de curriculum.

La información contenida en el cuadro permitirá a la unidad académica visualizar las prácticas nuevas que han surgido para las necesidades de la sociedad actual con el fin de

impulsarlas e incentivarlas. Además, se podrán conservar de manera óptima aquellas prácticas dominantes que deben ser el pilar para la formación de los profesionales.

<i>Decadentes</i>	<i>Dominantes</i>	<i>Emergentes</i>
• Promoción de la salud. • Prevención de la enfermedad. • Salud rural y comunitaria. • Atención familiar integral (Médico de cabecera). • Protagonismo socio-político. • Intervención y tratamiento en áreas hoy consideradas de especialistas. • Influencia religiosa en la práctica médica.	• Acto médico • Prescripción de medicamentos. • Referencia y contrareferencia. • Diagnóstico. • Cirugía menor. • Indicación e interpretación de estudios clínicos y de laboratorio. • Especialización. • Práctica privada. • Medicina hospitalaria. • Tecnificación de la medicina. • Atención restringida por plétora de la consulta. • Burocratización del ejercicio médico. • Control prenatal. • Atención del niño sano. • Atención de padecimientos crónicos. • Atención de urgencias y emergencias. • Atención integral al Adulto Mayor.	• Docencia • Visita médica • Peritaje legal, para venta de seguros, incapacidades, valoración de daño corporal. • Apertura del mercado laboral (gimnasios, hoteles, centros estéticos, fábricas, centros educativos, entre otros). • Medicina laica. • Salud sexual y reproductiva. • Tamizaje del cáncer. • Atención integral en salud mental. • Trabajo en equipos multi e inter-disciplinarios

Fuente: Elaboración propia

Una práctica importante que define al profesional en medicina es el ejercicio del acto médico, práctica constante en todos los servicios y que como parte de la formación de la carrera permite al estudiante enfrentarse a situaciones que sustentarán su futuro desempeño profesional, pues aporta una experiencia única e irrepetible con cada uno de los pacientes, desarrolla las destrezas para el adecuado desempeño ya que el paciente, lejos de las matemáticas, difícilmente es predecible. Así, a priori, el contexto donde se desempeña es heterogéneo.; un número “X” de estudiantes ven a un paciente “Y” con la misma enfermedad y cada paciente observado tiene peculiaridades en su fenotipo y su estado de salud.

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en su Sesión Ordinaria celebrada el 23 de julio de 2008, lo define como: “La acción y omisión en la cual se concreta la relación médico-paciente... Comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados hasta el ocaso de la vida”. El Acto Médico va, por lo tanto, a requerir de tres elementos indispensables y a la vez complementarios (Colegio de Médicos y Cirujanos, 2008):

- El conocimiento y adiestramiento médico-científico mínimo, adecuado y actualizado
- La integridad moral del médico con una formación recta y sólida de su propia conciencia
- Una integridad personal, decidida y arriesgada, libre y responsable, en el desempeño de su profesión.

Dentro de las prácticas que se consideran decadentes, se hace evidente la necesidad de fortalecer las que están dirigidas principalmente a la promoción y prevención así como la medicina rural y comunitaria, ya que la sociedad de hoy en día requiere una visión integral de la medicina. Es necesario hacer una diferenciación entre la influencia religiosa en la práctica médica y la medicina laica.

Con respecto a las prácticas emergentes si bien es cierto hoy en día no constituyen el rumbo de la formación en medicina, el futuro médico debe estar preparado para poder cumplir de forma exitosa con estos roles. Este punto se abordará también en el apartado del marco epistemológico.

Definición profesional

El presente apartado da cuenta de los conocimientos, habilidades, destrezas y valores mínimos con los cuales los graduados en medicina deben contar para desempeñarse en el campo laboral, especialmente comunidades y hospitales, pues son los principales empleadores en el país. Esto responde a un proceso de discusión entre los miembros de la Comisión Curricular y expertos en las diferentes áreas de formación y especialidades médicas.

Existen dos ámbitos primordiales en medicina, la ciencia básica y la clínica. Estos son los que a su vez, van a dictar y establecer cuáles serán aquellos conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la formación del profesional en medicina, así como cuáles deben ser aquellos conocimientos, habilidades y destrezas complementarios.

La medicina, requiere de armonización entre estos ámbitos o áreas que se nutren continuamente. Por un lado, la ciencia básica forma actualmente al estudiante para que tenga competencias para entender la enfermedad; por otro lado, la parte clínica concibe la enfermedad como pérdida de homeostasis y como oportunidad única para entender a la ciencia básica en una mejor forma ya que al entender los mecanismos implicados en la enfermedad, el clínico es capaz de buscar intervenciones para restituir esa homeostasis o equilibrio.

Se puede decir que, sin la ciencia básica, el clínico está amputado para hacer un ejercicio competente o para desarrollar actitudes de investigador; sin la clínica, la ciencia básica entenderá la enfermedad tal cual entendían los hombres de la fábula de la caverna las sombras que ante ellos se proyectaban. La realidad no será bien definida sin una armonía entre estos dos componentes.

A nivel clínico, el paradigma ha evolucionado. Así la medicina interna, la cirugía, la pediatría, la ginecología y obstetricia han requerido de la subespecialización para dar atención al proceso expansivo del conocimiento. La implementación de cursos donde un mismo profesional pudiera “agotar” el desarrollo no prosperó desde el punto de vista operativo. Esto, lejos de concebirse como una falla didáctica debe conducir a reflexionar sobre la necesidad de la integración del conocimiento, a partir de un equipo para lo cual se requerirían algunas condiciones (integración de distintas disciplinas en los ámbitos de práctica; contribución del sub-especialista para la formación del médico general; necesidad de trabajo institucional para el desarrollo transversal de destrezas, contenidos y prácticas en función de la formación de un profesional versátil; necesidad de armonizar la práctica docente y clínica para que ambas nutran el proceso del otro; intervención activa en el proceso de formación docente, de manera que el profesional pueda hacer uso de más herramientas y optimizar el proceso enseñanza- aprendizaje-práctica; sensibilizar al profesional en docencia hacia una mayor comprensión del proceso enseñanza- aprendizaje-práctica, entre otras).

Por otra parte, es importante destacar que el profesional en medicina se ha conceptualizado desde su rol curativo. A nivel cultural, en muchos grupos aún se vincula este rol curativo a entidades deiformes u otros aspectos religiosos. Según expone Robert Veatch, la relación médico-paciente es entendida en muchas latitudes como una relación sacerdote-creyente.

Durante el proceso formativo, en nuestro contexto occidental, las intervenciones se han centrado únicamente en atender la enfermedad.

Pese a que el médico está presente en todos los niveles asistenciales y es partícipe directo del proceso de atención, dentro de su rol usual el “acompañar” no está incorporado. Por otro lado, el discurso de poder en el ejercicio está inscrito en un discurso económico que interfiere directamente en la relación médico-paciente y afecta, incluso, el comportamiento del paciente.

A partir del análisis de los apartados anteriores, es claro que, si bien la relación médico-paciente constituye un eje fundamental en el quehacer de la medicina, la atención en salud no se circunscribe a ella. Los equipos de salud facilitan su consecución y optimizan los resultados y alcances.

La fragmentación del tipo de atención a la que nos enfrentamos debido al avance de la especialización médica debe ser subsanada con enfoques que permitan llegar hasta aquellos campos de la enfermedad y de la salud que han quedado excluidos. En los últimos años, el enfoque multidisciplinario ha sido una respuesta a esa necesidad, donde la participación de distintos profesionales permite definir estrategias y abordajes a través de actividades multidisciplinarias.

Ante estos elementos se hace necesario fortalecer la formación de los futuros médicos, recuperando principios y valores que refuercen el vínculo terapéutico, desarrollando competencias técnicas y sociales, que le permitan emplear un pensamiento integral, con abordajes interdisciplinarios y transdisciplinarios, así como reforzando comportamientos éticos relacionados a la práctica médica.

Es por ello que en el perfil profesional del futuro médico, es fundamental el desarrollo de conocimientos clínicos para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; que posea las bases epidemiológicas para contextualizar el ejercicio profesional, que conozca así mismo la legislación vigente en cuanto a su contexto, fundamentos en investigación y prácticas bioéticas. Los campos donde se desempeñará el profesional en medicina son variados, por lo cual debe saber hacer intervenciones a todos los sectores de la población (niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor).

Entre las destrezas que debe poseer se encuentran las habilidades de comunicación, capacidad de establecer vínculos profesionales adecuados, así como un sentido humanista con sensibilidad hacia el paciente, su familia y la comunidad.

MARCO EPISTEMOLÓGICO

A través de ciertos cuestionamientos filosóficos e históricos y basados en el desempeño laboral de las personas que trabajan ejerciendo la Medicina, esta última se reconoce más como una profesión que sienta sus bases en el método científico. Pese a esto último, la medicina no puede considerarse como una ciencia tradicional, pues no siempre sus planteamientos teóricos pueden ser generalizados o comprobados como una verdad absoluta. En otro sentido, se le ha conferido el título de arte, concretamente como arte de aprender y poner en práctica ciertas técnicas médicas y quirúrgicas al lado de un maestro (Gómez, 1999).

Se la considera, finalmente, una profesión muy compleja, que debe ser altamente humanista y ética en su labor, pues se requiere del individuo: cada ser humano en pro del bienestar del mismo (Gómez, 1999).

Objeto de estudio

La medicina ha centrado su campo de acción sobre el proceso continuo de salud - enfermedad, esto es: investigar, indagar, intervenir y transformar los procesos de enfermedad para buscar un ideal de salud física principalmente, acompañado de propuestas terapéuticas para alcanzar este fin. Se parte de la interacción de distintos determinantes con el cuerpo humano.

Es clave resaltar que el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española da varias acepciones para el término de enfermedad, incluso desde la perspectiva de salud como la integralidad de la persona, a nivel individual, colectivo e incluso institucional. Así, la definición de enfermedad trae a colación múltiples factores que van desde lo biológico hasta lo social. Por ello el objeto de estudio se enfoca en ese proceso continuo que debe enmarcarse dentro de un colectivo, una cultura o sociedad en la cual, aparte de los conceptos biológicos, está estrechamente ligado a la diversidad del entorno, y es justamente bajo esta premisa de integralidad que se debe conservar dicho objeto de estudio en la carrera de medicina, pues es de esta manera como se solventan en la sociedad, desde su vasta diversidad, las necesidades actuales y probablemente de un futuro cercano.

En el trabajo de Zuluaga se acuña una definición que se cita a continuación:

“Diversos estudios han mostrado que grupos étnicos, sociales y económicos diferentes presentan patrones patológicos distintos y perciben la enfermedad y actúan frente a ella en forma diferente. Las subculturas populares, mezcla de diversos elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias, desarrollo social) tienen modelos conceptuales para explicar el origen de la enfermedad que van desde concepciones mágico-religiosas hasta el extremo positivista pasando por el espectro de variadas interpretaciones, y unas prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con esa cosmovisión” (Bernal J. 1996).

Además, Zuluaga delimita en dos niveles la persistencia histórica de la medicina tradicional: el primero es la memoria cultural y el otro corresponde al uso. Además este concepto contrasta con el proceso que se lleva a nivel institucional que no contempla la cultura sobre la cual se interviene. Así, este mismo autor menciona, respecto a la OMS: “Cuando la Organización Mundial de la Salud propone llevar la medicina moderna a todos los lugares del planeta, no hace ninguna consideración sobre las diversidades ambientales, sociales y culturales en las que se instala. Sin pretenderlo de manera explícita, exige que la cultura se acomode a la ciencia médica y jamás ofrece la posibilidad de lo contrario” (Zuluaga, 2006). En la carrera de medicina, tal como se mencionó anteriormente se debe romper con el esquema tradicional biologista que no contempla el entorno e ir más allá hasta abarcar la salud y enfermedad dentro de su contenido poblacional y completo.

Finalidad de la formación de profesionales en medicina

El conocimiento del proceso de salud- enfermedad y la epidemiología ha dado pie a un enfoque más integral desde la perspectiva de las condiciones de vida, donde la elaboración de los Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS) cumple un papel fundamental. Según la OPS, estos ASIS constituyen “un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo daños y problemas de salud, así como sus determinantes” (Sitio web OPS, 2012). En un ASIS se realiza un estudio de la interacción de las condiciones de vida de un grupo poblacional en particular, ligado al ambiente que constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico social, económico, cultural, político y epidemiológico del grupo humano en estudio. El propósito de un ASIS es definir las necesidades, prioridades y políticas en salud, para formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud (Sitio web OPS, 2012).

Con esta visión la carrera de medicina se proyecta como una disciplina, profesión orientada herramienta hacia la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, estando alerta de las necesidades de la sociedad desde el medio en el que se desenvuelve. Los futuros profesionales graduados en medicina de la Universidad de Costa Rica con su preparación humanística podrán ser sensibles a dichas necesidades con el fin de buscar abordajes integrales que promuevan mejores índices de salud en las comunidades, no esto excluyéndolos de estar preparados para afrontar otros campos laborales que requieran de sus conocimientos.

Pese a lo anterior, en la formación de estudiantes de Medicina, este es un contenido importante pero no se ha planteado como parte transversal de nuestro objeto de estudio, sin embargo tal como se mencionó en el apartado anterior, esta vertiente de proceso salud enfermedad integral es el norte al que se quiere llegar. Al identificarse al Ministerio de Salud, como rector en Salud del Estado en esta materia, la responsabilidad de la carrera en esta dimensión queda limitada a la formación de las competencias de los futuros médicos para que en su accionar procuren, pese al sistema laboral, el abordaje más integrador de la salud que lleva a entender una dimensión más del proceso, el área social.

Independientemente de donde va a trabajar el médico debe tener claro que su objetivo principal es el bienestar de la persona. Intentar humanizar la profesión.

La creación y transformación dinámica del plan de estudio de la carrera debe ser una herramienta para la atención de dicho proceso salud enfermedad inmerso en una constante transformación de la sociedad costarricense, su perfil epidemiológico y demográfico.

Lo teórico-metodológico

El clínico integra el método científico a dos niveles, uno como fuente de conocimiento teórico y el otro se da en su práctica. Así, en la segunda se da un híbrido entre el método clínico y el método científico. Arteaga conceptualiza al clínico como un observante de un paciente o fenómeno, a partir del cual experimenta, o trata, en función de un resultado o prueba de hipótesis (Arteaga J; Fernández J.A; 2010). Para ellos es importante remontar la etimología de la palabra “clínico”, tal como lo señala la Real Academia: clínico (lecho) clínico, -ca; del lat. clinĭcus, y este del gr. κλινικός, de κλί νη, lecho.

Centrar al paciente en la práctica, la importancia de la semiología al dar énfasis a la persona como ente principal.

1. adj. Perteneciente o relativo al ejercicio práctico de la medicina basado en la observación directa de los pacientes y en su tratamiento. Signo, síntoma clínico

2. m. y f. Persona consagrada al ejercicio práctico de la medicina.

Arteaga sintetiza lo desarrollado por Ilizástigui y Rodríguez-Rivera en los siguientes pasos del método clínico (Arteaga J; Fernández J.A; 2010):

1. Formular el problema: Alteración de la salud de una persona.
2. Información primaria: Interrogatorio, examen físico.
3. Formular hipótesis: Diagnóstico presuntivo o provisional.
4. Comprobar o negar la hipótesis: Exámenes complementarios y evolución del paciente.
5. Exposición de resultados.

6. Contrastación con la hipótesis original: diagnóstico de certeza; no diagnóstico; nuevos problemas.

7. Instituir terapéutica si procede o reiniciar el proceso.

8. Exposición y evaluación de los resultados finales.

Con esto el clínico se desenvuelve en un plano compuesto donde le toca integrar los conocimientos generales de una patología en un evento específico que constituye el paciente y de nuevo recurrir a un concepto general de terapéutica al caso específico.

Además el proceso de desarrollo de la ciencia como tal ha modificado el proceso diagnóstico y terapéutico a campos donde se sustenta en el progreso tecnológico y desarrollo a nivel molecular. A esto se une el cambio en el perfil epidemiológico el cual pasó de un paradigma de las enfermedades infectocontagiosas hacia uno de las enfermedades crónicas y oncológicas (Zeledón M, 1971).

Debilidad: secuencia del método clínico y centrar al paciente como sujeto de estudio que no es lo que se está haciendo.

Relación con otras carreras

Multidisciplinariedad, Interdisciplinariedad y curriculum

Al hablar del término “multidisciplinariedad”, se hace alusión a una profesión que abarca o afecta a varias disciplinas, mientras que “interdisciplinario” se dice de un estudio o actividad que se realiza con la cooperación de varias disciplinas, es una cuestión más pragmática o aplicada, donde el trabajo interdisciplinario supone, además de la oportunidad

de trabajar junto a representantes de otras ciencias, el compromiso y el respeto por el trabajo mutuo y la organización para articular una labor.

En el caso de medicina la carrera de Medicina como tal está estructurada bajo la influencia de un modelo flexneriano, donde el conocimiento sienta sus bases en las ciencias básicas, dejando esta formación a las Facultades o Escuelas de Química, Biología, Estadística y Escuela de Estudios Generales, por lo menos en el primer año de carrera. Posteriormente se inicia con la formación propia de la carrera, con el modelo de cursos teóricos y prácticos que desarrollan en los estudiantes las destrezas necesarias e individuales según la signatura que se esté cursando.

Es hasta el internado donde se completa la integración de los conocimientos teóricos, la puesta en práctica de habilidades y sobre todo la capacidad de atención que se puede brindar ante los diferentes marcos de necesidades y posibilidades con los que cuentan como personal de salud en ese momento. Aún en este plano de integración clínica en el internado, los estudiantes son formados para poner en práctica sus conocimientos e información aprendida en diferentes áreas, si hacemos referencia a la definición anterior es un trabajo multidisciplinario solamente. Por el contrario el trabajo interdisciplinario como tal no se fomenta ni en la formación básica ni en el espacio clínico, pues el diagnóstico y la terapéutica pocas veces lo hacen de manera conjunta con otros profesionales de salud, a menos de que sean casos sumamente extraños o interesantes escogidos para sesiones clínicas abiertas a otros profesionales (Borrel, 2005).

Este es un pilar que la carrera debe revisar, con el fin de idear las estrategias que guíen la formación de los estudiantes hacia un enfoque interdisciplinario, para así abordar el objeto de estudio planteado de una manera completa y compleja, tal cual se requiere. Existe la necesidad de que los futuros médicos trabajen de manera cooperativa y respetuosa

en equipos de salud en donde se relaciones con otras profesiones, puedan emitir criterios, escuchar opiniones y finalmente integrar toda la información que permita un abordaje integral del paciente en cuestión.

MARCO PEDAGÓGICO

Antecedentes del plan de estudio de la carrera

La evolución histórica de la carrera de medicina y la evolución en el tiempo del plan de estudios desde la creación de la misma, permiten comprender la organización actual de los cursos, así como las bases pedagógicas que subyacen a la práctica docente. En 1954, cuando se creó la Escuela de Medicina, se contó con asesoría del Dr. Amador Neghme, quien provenía de Chile y se consideraba un experto en la elaboración de planes. Sus sugerencias incluían “la limitación de la matrícula, necesidad de nombrar profesores de tiempo completo, necesidad de traer profesores extranjeros, de renombre académico y bastante experiencia docente para enseñar las materias básicas y la necesidad de enviar médicos costarricenses al exterior, con el fin de que se especializaran en las asignaturas clínicas” (De la Cruz, 1995).

El Dr. Carlos Martínez Durán de la Universidad de Guatemala fue contratado como asesor para la realización de un plan preliminar. Él propuso la creación de los Departamentos de Anatomía, Fisiología, etc. Luego se nombró como Asesor Técnico del Consejo Universitario al médico italiano Dr. Ettore De Girolami, quien además fungió como profesor de investigación. Este último participó en la revisión de las materias de Química, Física, Biología y Matemáticas de la enseñanza secundaria para “juzgar el enlace entre el Liceo y los cursos profesionales universitarios de los dos años de premédica”. Revisó además la limitación de la matrícula, requisitos y procedimientos de admisión, el

concurso de nombramiento de los profesores. Participó de la organización las “Revistas Científicas de la Biblioteca Universitaria” (De la Cruz, 1995).

En ese periodo una comisión de la Escuela dictó los requisitos para los candidatos a inscripción, incluyendo haber cursado las premédicas ya sea dentro de la Universidad como fuera de ella, en otras Escuelas de Ciencias Médicas pertenecientes a la Universidad. Para el procedimiento de admisión como tal se debía presentar los atestados de los requisitos previos, contar con un idioma (francés, italiano, inglés o alemán), aprobar un examen sobre su habilidad académica general, tanto en conocimientos “básicos” como de ciencias sociales, en relación con su vida contemporánea y conocimientos en Biología, Química y Física. Además se efectuaba un test vocacional específico y otro test que valorara el “equilibrio emocional y la capacidad de adaptación social” (De la Cruz, 1995).

Una fuerte influencia académica que puede identificarse en los inicios de la carrera proviene de la Universidad de Luisiana, este centro envió docentes a la Universidad de Costa Rica para impartir las materias básicas mientras algunos docentes costarricenses se formaban en dicha universidad. Muchos de los docentes además formados en universidad de los Estados Unidos, esto implica que se formaron en un modelo de Universidad anglosajona, que además había pasado por un proceso de evaluación por parte de la Fundación Carnegie, en lo que se conoció como el Reporte Flexner se propuso un modelo de enseñanza biologista y de calidad que llevó al cierre de muchos centros de enseñanza, y que los que quedaron de una u otra forma se apegaran a esta propuesta.

Desde su creación, la escuela de medicina ha implementado varios planes de estudio que responden al contexto específico de su creación, tanto en el momento histórico, las características sociales y epidemiológicas, así como la influencia de quienes participaron en

el diseño de estos planes, que permearon la visión de pedagogía para la enseñanza de la medicina en su momento.

Plan de estudio de la década de los 60

“El primer plan de estudios lo diseñó la Comisión nombrada por el Rector Facio. El plan de estudios tenía dos años de premédica que incluía desde Botánica, Zoología, Humanidades -un bloque grande que incorporaba español, filosofía, historia de la cultura- dos cursos de Física, Química General, Química Analítica y Química Orgánica, Matemática General, Cálculo Integral y Cálculo de Ecuaciones Diferenciales, Historia de las Instituciones, además de laboratorios, actividad deportiva y artística y una parte de inserción en la comunidad.” (De la Cruz, 1995).

Como es posible notar, este primer plan de estudio respondió a un modelo biológico, cuyas bases fueron sentadas por las asesorías de los médicos mencionados arriba, de la misma manera que influyó la concepción del médico-ciudadano, con lo cual se introduce el concepto de humanidades, pues el estudiante de medicina debía ser formado como un hombre culto.

Plan de estudios de los 70

Para este decenio se da un pequeño giro del modelo biológico para la enseñanza de la medicina hacia uno de carácter más **social y preventivo**. De este modo, se instaura el curso de Salud, Sociedad y Salud Comunitaria, así como otras modificaciones en la estructuración curricular. El III Congreso Universitario impulsa un cambio humanístico en la formación con la introducción de cursos como el Seminario de Realidad Nacional. Por

otro lado, se conceptualiza el estudio del ser humano en **forma cronológica a partir de los cursos de “Estructura y función normal 1, 2, 3”**. Asimismo, se acortó el programa de estudio de 7 años a 6 años. (De la Cruz, 1995). Puede notarse que estas iniciativas coinciden con un contexto nacional y mundial en el que se estaban implementando importantes políticas de salud, como lo demuestra la creación de la CCSS en 1971 y la oficialización globalizada del concepto de atención primaria, en 1978.

Plan de estudios de la década de los 80, inicios

Se tiene un esquema formativo que tiene como eje la **medicina preventiva y familiar**, la cual se desarrolla a través de cuatro etapas. La primera corresponde a las ciencias básicas, impartidas en los primeros dos años. Segundo, hay un año de “propedéutica médico-quirúrgica y patología” con la cual se introduce al estudiante al aprendizaje clínico. La tercera corresponde al desarrollo de la “etapa clínica” donde el estudiante optimiza sus conocimientos. Y por último el año de internado, donde desarrolla destrezas a partir de la práctica supervisada (De la Cruz, 1995).

Desarrollo conceptual 1985-1987

Se desarrolla el concepto de **promoción de la salud** a nivel transversal durante todo el currículo. Se incorpora al internado la rotación en “Salud Pública”. Además, se conceptualiza un **perfil profesional**, citado por De la Cruz (1995), como *“un profesional cuya práctica deriva tanto de la formación académica y humanística como artesanal, ya que el aprendizaje de la medicina comprende dos partes: una primera cognoscitiva, y otra artesanal humanista que se efectúa a la par del Maestro con proyección hacia la comunidad”* (Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, 1987: 10). Como puede verse, este perfil no solo se refiere a la importancia de la práctica como parte de la

formación académica del futuro/a profesional, sino que aporta una concepción de lo humanista, al ligarlo, precisamente, al modo en que se aprende la medicina: al lado del Maestro.

Plan de estudios de la década de los 90

Se readecúa el programa con cambios como la introducción del curso de Toxicología Clínica en el quinto año de la carrera. Se introduce el curso de Ética Profesional, a cargo de la Facultad de Letras, en el cuarto año de la carrera. En tercer año se incorpora el curso de Historia de la Medicina. Se separa el curso de Genética del curso de Pediatría. En ese momento, el total de créditos de la carrera es ya de 263 (De la Cruz, 1995).

En 1992, se crean 5 cursos de Salud Comunitaria adscritos a la Escuela de Salud Pública y para 1999 se reducen a un único curso de Medicina Social de la Escuela de Medicina. Dicho cambio se da después de un proceso de varias reuniones y discusiones entre la Escuela de Salud Pública, que afirma que dichos cursos son necesarios y responden al perfil del médico que la Universidad debe formar, según las necesidades y realidades de la sociedad, mientras que la Escuela de Medicina argumenta que en dichos cursos los temas eran repetitivos y sin aplicación. A partir de lo anterior, se determinó dejar un único curso administrado por la propia Escuela de Medicina, que contemplara los contenidos necesarios y colaborara con la consecución del perfil de médico buscado. Sin embargo, dicho perfil no se especifica en el documento.

Una descripción del plan de estudio actual

En la actualidad el plan de estudios está influenciado por todo este bagaje histórico, los primeros años los estudiantes adquieren conocimientos y destrezas en las áreas básicas para posteriormente enfrentarse a campos de acción y contacto con pacientes. Pese a que el estudiante se encuentra con la atención primaria hasta su bloque de medicina comunitaria, esto no ha representado ninguna limitante para la incorporación a esta.

Ante el panorama anterior, se exponen a continuación algunos componentes del proceso formativo en la Universidad que son compartidos dentro del proceso de atención y formación a nivel de clínica, especialmente cuando se toma en cuenta que el proceso demográfico y epidemiológico ha llevado a un perfil de paciente con múltiples morbilidades. En efecto, las rotaciones aún en distintos “servicios” de los hospitales le permiten al estudiante aplicar distintas destrezas a un mismo paciente ya que este se aborda desde el método clínico, la entrevista y examen físico. Es aquí donde el nivel terciario interviene en procesos terapéuticos, prevención secundaria y terciaria.

La formación clínica permite la exposición a pacientes complejos lo que lleva al estudiante a desarrollar las estrategias a adoptar ante escenarios adversos de manera que este aprenderá a gestionar mejor sus intervenciones en un futuro. En un sistema donde las necesidades son infinitas y los recursos limitados, se requiere del desarrollo de análisis clínico para el diagnóstico, la terapéutica y el juicio del profesional.

En cuanto a los conocimientos a nivel primario se enfoca hacia la prevención y promoción, aunque el conocimiento de la patología es fundamental para poder sentar las bases de la prevención y la salud pública. El bloque de medicina comunitaria implica, a nivel de nuestra institución un proceso de inducción seguido de intervenciones

comunitarias, donde el estudiante de último año ya tiene un proceso formativo que respalda sus intervenciones y puede ejercer liderazgo en el proceso educativo-comunal. Además la exposición a múltiples pacientes le permite al estudiante abstraer el concepto e interpretarlo, dado que la destreza diagnóstica implica ir más allá de la memoria y repetición.

La carrera de medicina en la Universidad de Costa Rica se encuentra en un contexto socio-histórico particular, esto ha permeado las bases epistemológicas de la carrera, así como las concepciones pedagógicas que de esta se derivan. Se destaca por ejemplo, cómo el modelo del Reporte Flexner (1910) logró permear la organización de la Escuela de Medicina, con una marcada departamentalización que se aprecia hasta el día de hoy. Es evidente que esta misma organización ha configurado la concepción del médico y la forma en que este debe formarse.

Pueden señalarse tres peldaños para la conformación de la formación de médicos en el contexto de la Universidad de Costa Rica, el primero denominado área básica, que se concibe desde un enfoque positivista moderno de la medicina, dentro de las llamadas biociencias. Parte de la máxima de que un buen médico debe conocer por obligación las bases científicas que subyacen a su práctica, por lo que se dedican los primeros dos años de la carrera a tal fin, iniciando con la ciencia pura: química, física y biología. Debe hacerse un paréntesis en este punto sobre la formación, pues la Universidad de Costa Rica se crea en el contexto de la nueva universidad Latinoamericana, en la cual se da importancia a los aspectos sociales y por tanto el profesional en medicina recibe una formación humanista de base, en el ámbito de la Escuela de Estudios Generales.

Posteriormente, las ciencias básicas continúan con disciplinas específicas de las biociencias: anatomía, fisiología y bioquímica. Con esto se construye, eslabón por eslabón,

el conocimiento que servirá de base para la práctica médica y la comprensión de los procesos de enfermedad, desde el conocimiento de un parámetro de normalidad del cuerpo humano.

El siguiente peldaño lo constituye el área clínica, la cual se desarrolla en el ambiente hospitalario, donde conviven teoría y práctica para comprender los procesos de enfermedad en el ser humano partiendo de las bases previamente construidas. El ambiente clínico hospitalario lleva consigo una complejidad no sólo por las relaciones humanas que se desarrollan, sino por la organización para la docencia en el contexto de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Los principales hospitales clase A, ubicados geográficamente en San José, albergan las cátedras de diversas áreas médicas: medicina interna, patología y enfermedades infecciosas, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría. Cada una de estas cátedras funciona independientemente con elección de los contenidos para sus programas, métodos evaluativos, rotaciones clínica, docentes, guardias médicas y métodos didácticos. Lo que comparten es el modelo teórico-práctico, en el cual el estudiante asiste a clases presenciales, así como rotaciones clínicas en el contexto hospitalario y directamente en contacto con personal de salud y pacientes.

El último peldaño lo constituye la práctica clínica, en el sexto año de la carrera, denominado internado rotatorio, en el cual cada estudiante deberá poner en práctica sus conocimientos bajo estricta supervisión al dar atención directa al paciente. Esta práctica se realiza en hospitales clase A para los bloques de cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología y obstetricia, así como en EBAIS o clínicas de segundo nivel para el bloque de salud comunitaria.

Resulta evidente la complejidad que provoca la compartimentalización de los saberes, los cuales se separan en departamentos e incluso se marca la diferencia entre los conocimientos básicos de las biociencias, confinados a la universidad, contra los saberes clínicos y su práctica, que se ubica específicamente en el contexto hospitalario. Esto hace que se tengan perspectivas distintas en cuanto a los procesos de enseñanza y aprendizaje, así como concepciones particulares en uno u otro campo referente al cómo se aprende o cómo se enseña la medicina.

En el área básica se tiene un predominio de la clase magistral como método didáctico, la enseñanza se define como la transmisión de contenidos. En este ámbito el docente se posiciona como el dueño del saber y mantiene una relación vertical con el estudiante. La evaluación de los aprendizajes conserva un modelo conductista de aprendizaje a través del error reiterado, se castiga al estudiante por no conocer los contenidos que se espera se manejen a un determinado nivel.

Predomina la memorización de contenidos sobre la construcción de aprendizajes en conjunto, las evaluaciones se dirigen a este fin, es decir, constatar qué porcentaje de los contenidos dominan los estudiantes. Se propone un método teórico-práctico, sin embargo en ocasiones parece estar desligado de la teoría, no en los contenidos que se abordan, sino en el manejo diferenciado que se da en ambos espacios: el de la clase con un docente rígido y transmisor de conocimiento, el del laboratorio, un docente más abierto y participativo, pero siempre poseedor del conocimiento.

La investigación se promueve como un método didáctico, siempre motivando al estudiante a la lectura más allá de los contenidos del curso o del libro de texto, pero no se promueven actividades para tal fin. En los últimos años se han realizado cambios en esta metodología, promoviendo la participación de los estudiantes a través de seminarios o

exposiciones de temas, así como técnicas más novedosas como el uso de clickers para el aprendizaje interactivo, incorporación de aulas virtuales y actividades bajo el método del aprendizaje basado en la resolución de problemas.

En el caso del área clínica, la organización de los departamentos es más compleja, en cada hospital que participa en docencia se tiene un departamento que coordina los cursos de dicha área, por lo general, cada departamento imparte entre uno y dos cursos. A su vez, existe un coordinador general de departamento clínico, que asume la dirección de la docencia en cada hospital para la Universidad de Costa Rica.

A pesar de esta diversidad de centros clínicos para la enseñanza, la mayoría de los cursos se apegan a un patrón común, los cursos se dividen en dos: clases teóricas y rotaciones clínicas. En las clases teóricas se abordan los conceptos necesarios para la práctica clínica. Por lo general, se subdividen en unidades de acuerdo con las distintas subespecialidades de una rama específica, lo cual vuelve los programas de curso unidades fragmentadas, cada una con docentes distintos y tópicos específicos, con su propia evaluación, al final del curso se prepara un examen final donde el estudiante debe integrar todas las áreas para hacer una defensa oral de los temas de curso.

Las rotaciones clínicas se realizan en pequeños grupos de estudiantes a cargo de un profesor tutor, las actividades se basan en el aprendizaje a la cabecera del paciente, además por imitación en una mentoría que consiste en que el estudiante acompañe al tutor en las actividades diarias de su quehacer profesional. Debe destacarse que en las rotaciones se estimula mucho la dimensión del deber ser, pues los estudiantes pueden observar la forma en que sus tutores se desenvuelven en el ámbito profesional y la manera en que interactúan con otros profesionales, con los pacientes y sus familiares.

Las rotaciones clínicas se encuentran separadas de las clases teóricas en cuanto a contenidos, pues no se corresponden con los temas abordados en las clases teóricas. Por lo anterior, el estudiante debe desarrollar los temas específicos de la rotación extracurricularmente, pues muchas veces no coinciden con los temas abordados en clases. La evaluación de la práctica en las rotaciones se realiza mediante una rúbrica inespecífica, cabe destacar que no existen objetivos claros respecto de las rotaciones, en cuanto a los conocimientos, habilidades o actitudes que deben asimilar los estudiantes en dicha práctica, por lo que las rúbricas carecen de esa especificidad, permitiendo evaluaciones subjetivas en torno a las actitudes, principalmente.

La práctica clínica es el último paso en la formación en medicina, se trata del internado rotatorio universitario que se realiza en el sexto año de la carrera. El internado consta de 5 bloques en los cuales el estudiante tiene contacto directo con la clínica, el trato al paciente, realización de diagnósticos, aplicación de tratamientos, procedimientos de cirugía menor, atención de la comunidad, prevención en salud y promoción de la salud.

El estudiante se encuentra bajo la supervisión de un tutor en un sistema de mentorías, donde no puede tomar decisiones médicas sin la autorización de un médico graduado, que se encarga del tratamiento del paciente. Los procedimientos médicos y las acciones de promoción y prevención también se hacen bajo la supervisión de un médico que se encarga de velar por el adecuado desarrollo de las diversas actividades.

La evaluación se realiza de la misma forma en que se evalúan las rotaciones clínicas, con una rúbrica inespecífica que abarca aspectos de conocimientos y actitudes, la cual queda a criterio del tutor a cargo de la rotación. Por lo general, no se estipulan las habilidades que se deben desarrollar en un bloque específico, con excepción de gineco-obstetricia que requiere las habilidades de partos y cesáreas, así como algunos bloques de

medicina comunitaria y familiar, que evalúan el abordaje del paciente en el contexto comunitario y familiar.

Una apreciación global

En este recuento realizado sobre los principales eslabones y peldaños en la formación de profesionales en medicina, se puede resaltar algunos aspectos pedagógicos que caracterizan a la carrera en la Universidad de Costa Rica. La disciplina se aprende por transmisión de conocimientos e imitación de habilidades, actitudes y valores. Juegan un rol fundamental dos métodos didácticos: la clase magistral y la mentoría.

Como lo indica Calderón (2007), la transmisión oral de conocimientos es parte importante del proceso de enseñanza aprendizaje. El docente resume los aspectos más importantes del programa y los transmite de forma oral. La clase magistral en la enseñanza de la medicina ha sido utilizada desde los inicios de la enseñanza de las diferentes disciplinas en la universidad moderna, probablemente en las universidades anglosajonas y latinoamericanas es una herencia del modelo universitario europeo catedralicio, sobre todo en Costa Rica que tiene amplia influencia de universidades pontificias como la de Alcalá de Henares y la Universidad de Salamanca.

A pesar de que en el contexto de la Escuela de Medicina no existen estudios específicos, es bien conocido que la clase magistral tiene ventajas para el trabajo en grupos grandes, principalmente porque permite abarcar temas difíciles en un tiempo adecuado por parte de un experto, este puede aclarar dudas directamente en el transcurso de la clase, se pueden utilizar recursos audiovisuales para facilitar la comprensión. Pese a lo anterior, deben evitarse algunos vicios que se han percibido en el análisis realizado por la comisión, principalmente en la relación vertical que se mantiene entre docentes y estudiantes.

En el área clínica predomina la mentoría como método predilecto. Wisker, Exley, Antoniou y Ridley (2012) explican que la mentoría implica que un colega más experimentado guíe a otra persona con menos experiencia para potenciarla y capacitarla con el fin de que adquiriera las destrezas necesarias para afrontar situaciones o adquirir habilidades específicas. Se basa en el modelo maestro-aprendiz y permite, por medio de la observación, la repetición y la discusión, que las personas adquieran conocimientos en el área en que se desenvuelven.

Resulta interesante que la mentoría permite además de los conocimientos y habilidades, reforzar o rechazar actitudes y valores del mentor, con lo cual se dimensiona en un contexto afectivo del aprendizaje. En estos procesos se observa la intersección entre los modelos pedagógicos tradicional y el transmisionismo conductista, según refiere Flórez-Ochóa (1994). El primero tiene el énfasis de la formación en el carácter del médico, donde entran una serie de dimensiones personales sobre el lenguaje oral y corporal, las relaciones interpersonales e incluso la forma de vestir. El segundo modelo se plasma en los procesos evaluativos, pues tiene una base conductista de la corriente de Skinner que busca la transmisión de saberes técnicos y el aprendizaje por error y acierto.

Pérez García (2002) indica que la racionalidad técnica de la medicina permite que opere en contextos institucionales estables y que su conocimiento sistemático es posible gracias a que la teoría aporta un conocimiento especializado, firmemente establecido, científico y estandarizado, lo que permite abordar la resolución de problemas complejos como lo es el problema clínico.

El pensamiento médico y el razonamiento clínico son fundamentales para el quehacer del médico. Parten de los conocimientos teóricos, en primer lugar de las ciencias

básicas que permiten la comprensión de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano y, en segundo lugar, de los conocimientos y habilidades clínicas. La particularidad del método clínico repercute en la manera de enseñar y aprender la medicina. En la Escuela de medicina se tiene claridad sobre cómo fundamentar el conocimiento teórico, sin embargo, el método clínico es de tipo hipotético-deductivo (Bruera, 2008), por lo que se deben implementar actividades que promuevan también la habilidad de realizar diagnósticos al resolver problemas.

Finalmente debe recordarse que la formación de médicos se da en el contexto de los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esto coloca al estudiante en un ambiente que mezcla los intereses de la CCSS como prestadora de servicios médicos y la Universidad de Costa Rica como institución de cultura y educación cimentada en un contexto humanista. Esto provoca un conflicto entre docencia y atención del paciente, pues los docentes tienen esa doble labor, la cual es aprovechada para que el estudiante tenga contacto con el ambiente clínico, pero sucede que muchas veces se interpone en el desarrollo profundo de la docencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arteaga, J., Fernández J. (2010) El método clínico y el método científico. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X Medisur; 8(5) Suplemento “El método clínico”.
2. Botey, A. (2014). La comunidad de médicos, el nacimiento y primera luchas del sindicato unión médica nacional (1944-1949). En J. J. Marín & E. Solano (Eds.), *Unión Médica Nacional 70 años de historia*, (1era ed., pp. 1–53). San José: SIEDIN.
3. Bruera, R. (2008). *Manual de didáctica de la medicina*. Córdoba: Universitas-Editorial científica universitaria.
4. Cerdas, J. M. (1994). Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. En *El Significado de la Legislación Social de los Cuarenta en Costa Rica* (1st ed., pp. 267–287). San José: Ministerio de Educación Pública.
5. Cooke, M., Irby, D., Sullivan, W., & Ludmerer, K. (2006). American Medical Education 100 Years After Flexner Report. *New England Journal of Medicine*, 355, 1339-1344.
6. Citado por de la Cruz, (1987). Plan de Estudios Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Escuela de Medicina. San José, mimeo, 510 p
7. Citado por Zuluaga... Bernal J; (1996). Sistemas de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia estudiadas por la Gran Expedición Humana. Terrenos de la Gran Expedición Humana. Serie Reportes de Investigación No. 9. Bogotá: Universidad Javeriana, 19.
8. De la Cruz, Y. La Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica: una reseña histórica. Capítulo III: La profesión antes de la creación de la Escuela de Medicina. Primera edición. San José, Costa Rica. 1995:Pp 29-35
9. Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. Nueva York: The Merrymount Presss.
10. Flórez-Ochóa, R. (1994). *Hacia una pedagogía del conocimiento*. Bogotá, Colombia: McGrawHill.

11. Jara, A. (2014). Unión Médica Nacional dentro de la institucionalización de la Seguridad Social. En J. J. Marín & E. Solano (Eds.), *Unión Médica Nacional 70 años de historia* (1era ed., pp. 57–92). San José: SIEDIN.
12. Jaramillo, J. (2005). *Historia y filosofía de la Medicina* (1era ed.). San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
13. Miranda, G. (2006). *Desarrollo histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Gaceta Médica de Costa Rica, 1(2), 1–19.
14. Pérez García, M. T. (2002). *Profesión: docente de medicina. ¿Se puede conjugar en un solo profesional el ejercicio de las dos profesiones?* Bogotá: Unilibros
15. Porter, R. (2003). Los médicos. En *Breve historia de la medicina: las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*. (1era ed., pp. 52-95). Madrid, España. Santillana Ediciones Generales.
16. Rosero-Bixby, L. (1995). La Mortalidad infantil en Costa Rica. En *Actualidad Demográfica de Costa Rica 1994*. San José, Costa Rica : FNUAP, 2.1-2.12.
17. Rosenberg, M. (1980). *Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica* (1era ed.). San José: Editorial Costa Rica.
18. Tinoco, L (1983). *La Universidad de Costa Rica. Trayectoria de su creación*. Editorial Costa Rica, San José.
19. Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en Acción, su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica* (1era ed., pp. 1–231). San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
20. Zeledón M. (1971). Un vistazo a la Historia de la Medicina de Costa Rica al año 2000. *Revista Médica de Costa Rica*. Vol 28 n°433 pp. 13-72.

Referencias electrónicas

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, consulta online:
 - Clínico
 - Enfermedad

- Interdisciplinariedad
- 2. Juramento hipocrático, consulta online
<http://www.bioeticanet.info/documentos/jurhip.pdf>
- 3. “Modelos de relación médico-paciente” Ministerio de Salud de Argentina ,
Intramed, libros electrónicos
- 4. Zuluaga G; (2006) La construcción cultural de la salud y la enfermedad
Aproximación desde un diálogo intercultural, Centro de estudios Médicos
interculturales.

ANEXOS

ANEXO 1

La práctica socioprofesional desligada de la atención primaria

Como se señaló a lo largo del documento, pese a la circulación de conceptos como atención primaria y promoción de la salud, históricamente el profesional en medicina se ha posicionado desde su rol curativo. A nivel cultural, en muchos grupos aún se vincula este rol curativo con entidades deiformes u otros aspectos religiosos. Según expone Robert Veatch, la relación médico-paciente es entendida en muchas latitudes como una relación sacerdote-creyente.

Durante el proceso formativo, en nuestro contexto occidental, las intervenciones se han centrado en atender la enfermedad. A decir por el control de la relación médico-paciente, se tendría que el modelo que priva es el complementario, donde el médico asume el rol de sujeto activo -o de quien ostenta el control-, mientras que el paciente es un sujeto pasivo, a merced del tratante (Intramed, “Modelos de relación médico-paciente”).

Pese a que el médico está presente en todos los niveles asistenciales y es partícipe directo del proceso de atención, dentro de su rol usual el “acompañar” no está incorporado. Por otro lado, el discurso de poder en el ejercicio está inscrito en un discurso económico que interfiere directamente en la relación médico-paciente y afecta, incluso, el comportamiento del paciente.

Sin embargo, es interesante observar cómo, actualmente, la CCSS busca contemplar una serie de mejoras o consideraciones, según se lee en el Plan Nacional de Salud 2010-2021. Este documento pretende ser una herramienta que trascienda los cortos periodos de gobierno (4 años), planteando una continuidad para el desarrollo y la mejora en el sistema de Salud. Dentro de este Plan se habla de la necesidad de compromiso de los actores sociales que estarán al frente de las instituciones de salud y sobre los cuales recaerán los retos actuales. Se hace especial hincapié en la necesidad de empoderar a las comunidades, procurar ambientes saludables, desarrollar investigaciones científicas y aplicaciones tecnológicas, promoviendo la educación en la población, entre otros temas. Lo anterior coincide con el documento “Residencias Médicas en América Latina”, de la OMS, en cuanto a la necesidad de fortalecer los sistemas de atención primaria, desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud, más que curativa.

A pesar de estos objetivos prometedores, dicho Plan Nacional no explicita una metodología como tal, ni mucho menos evidencia algún tipo de coordinación ni enlace que trascienda a la formación académica de los médicos que tendrían a cargo los desafíos que se presentan actualmente y que vendrán en el futuro (OPS, 2011; Ministerio de Salud, 2010). Esto, pese a que para la elaboración de dicho Plan se contó con un equipo colaborador de la Universidad de Costa Rica, si bien no necesariamente docentes profesionales en salud.

ANEXO 2

Dimensión ética de la medicina

En este apartado se van a citar brevemente algunos aspectos conceptuales que esclarecen la dimensión ética actualmente vigente, desde que la misma se hizo explícita en el plan de estudio de la carrera de Medicina. Posteriormente, se plantearán algunos desafíos.

En cuanto a los espacios profesionales para la formación en ética, estos se manejaron en forma implícita en el programa curricular hasta la década de los 90, cuando se incorpora al programa de grado del médico general (De la Cruz, 1995).

Así, en la actualidad se tienen los siguientes ámbitos donde el profesional en formación y graduado intervienen o se exponen a la materia. A nivel institucional: el curso de grado de Ética impartido en la Universidad por la Escuela de Filosofía. Por otra parte, como requisito de su incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos, el profesional debe completar un curso de inducción a la ética médica.

En el momento del acto de incorporación de los profesionales al Colegio de Médicos y Cirujanos, cabe destacar el pronunciamiento del Juramento Hipocrático que, pese al contexto en el que surgió hace más de 2.500 años, sigue vigente en el ejercicio profesional. En el texto se abordan los principios de respeto y ética, tanto a nivel asistencial como profesional. Este juramento es un medio simbólico que da unidad e identidad al médico.

Sería interesante pensar este texto, que todos los profesionales en Medicina de este país han leído bajo juramento, en el marco de la re-conceptualización de la medicina y la relación médico paciente, procurando no dejar pasar por alto el contexto cultural, es decir, las leyes, los prejuicios, el pensamiento del colectivo y la moral, que ya no concebimos de la misma manera pero que dieron forma a este juramento en la Antigüedad occidental. De hecho, el que se siga pronunciando tal y como fue concebido, da cuenta de un enfoque de la medicina europea occidental que es inherente a la formación de médicos latinoamericanos; enfoque del que no necesariamente querríamos abjurar, pero sí, quizás, leer adecuadamente, desde una perspectiva ética médica actualizada y consciente de lo que lee.

A continuación el texto completo:

Juramento Hipocrático (500 A.C.)

“Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y Panacea, juro por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso:

Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.

No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción y, principalmente, de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos.

Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré como secreto inviolable.

Si este juramento cumpliera íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario.”

A nivel de su ejercicio y en el rol de investigador, antes de la intervención en pacientes, el médico debe acudir a un Comité de Ética, el cual valora la aplicación de Principios como los dictados en el informe de Belmont, previa autorización o rechazo de protocolos. A nivel de post-grado, y en forma indirecta durante la rotación clínica para el estudiante de grado, el desarrollo de la especialidad de Cuidados Paliativos expone al estudiante a la aplicación de principios éticos en el ejercicio.

ANEXO 3

La dimensión ética en el plano de la atención primaria

Ciertamente, el concepto de salud evolucionó de forma trascendental en la segunda mitad del siglo XX, de forma que comenzó a entenderse como un derecho fundamental de todas las personas y una responsabilidad social, en cuyo desarrollo intervienen elementos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Este concepto llevó a varios países a plantearse la necesidad de desarrollar Sistemas de Salud integrales, que fuesen capaces de garantizar el acceso a la salud para todos (Alma Ata, 1978).

Sin embargo, la realidad muestra otro escenario en el ejercicio de la medicina, ya que la forma en que siguieron desarrollándose los servicios de salud dejó de reflejar esta conceptualización; el gran avance tecnológico en el campo diagnóstico y terapéutico, así como la gran sobre-especialización de la medicina, favorecieron el que la práctica médica siguiera enfocada en la enfermedad y la curación, centrada en la atención hospitalaria.

Costa Rica no es la excepción, a pesar de la reforma del Sector Salud y el planteamiento de un modelo de atención integral, bajo los principios de universalidad, equidad y solidaridad, el nivel hospitalario sigue siendo el escenario donde se enfocan la mayoría de los recursos tanto económicos, como humanos, con altos niveles de sofisticación científica y técnica, y por consiguiente con altos costos para el Sistema de Salud. La educación médica no ha escapado a esto; a pesar de los esfuerzos realizados en el pasado, orientados a desarrollar una propuesta curricular que responda a este nuevo enfoque, no se ha logrado obtener el recurso humano en salud capacitado para poner en práctica este modelo.

Entre las probables causas de esta imposibilidad se encuentra el hecho de que las revisiones curriculares no se han hecho basadas en un análisis epidemiológico que definalas verdaderas necesidades de la población. Ha existido una desarticulación entre lo que establece la universidad con respecto a lo que requieren los entes prestadores de servicios.

El escenario utilizado para la formación del médico sigue siendo en su mayoría el tercer nivel de atención en servicios especializados, lo que impide el contacto del estudiante con la realidad nacional CCSS (1998).

Sin embargo este desequilibrio a favor de la atención de la enfermedad sobre las estrategias de promoción y prevención hacen que el sistema sea ineficiente e ineficaz para la atención de la salud. Este modelo pareciera orientar las necesidades de la población hacia servicios cada vez más complejos y sofisticados, pero con poco impacto sobre su salud, algunas veces con expectativas poco razonables en relación con la enfermedad y la muerte,

provocando además un uso inadecuado de los servicios, de manera que en algunas ocasiones la población exige servicios de una alta calidad y tecnología para la solución de problemas no prioritarios, desequilibrando el financiamiento del sistema, además dejando de lado el compromiso con su salud y autocuidado.

Por otra parte, el médico formado en un ambiente hospitalario con altos recursos tecnológicos, una vez graduado deberá salir a enfrentarse con una realidad muy diferente con respecto a la que fue educado; muchas veces desarrollándose en zonas rurales con poco acceso a estas tecnologías y con necesidades de salud diversas que no son reflejadas en los grupos poblacionales que acceden a un tercer nivel de atención. Además, con una carencia de habilidades para la solución de problemas, la comunicación asertiva y el enfoque integral en salud.

Todo lo anterior, ha generado que se haya creado en el imaginario social una idea distorsionada de que la atención brindada en el primer nivel es de menor calidad que la que se brinda en niveles más especializados, generando cierta resistencia a la aceptación y la utilización de estos servicios. Esto no solamente afecta el vínculo terapéutico, sino que además empeora la eficacia de estos servicios.

Esta realidad es la que ha llevado a buscar políticas y acuerdos internacionales que permitan dar respuesta a las necesidades de salud de la población con estrategias accesibles, equitativas y eficaces. La Atención Primaria en Salud es indiscutiblemente la estrategia que permite dar respuesta a esas necesidades de salud, mediante la participación activa de la propia población. Costa Rica ha sido parte de estos acuerdos, sin embargo aún es preciso lograr un verdadero cambio en las “creencias” en relación con la salud y la prestación de servicios en la sociedad, en la formación médica y en los propios médicos (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Asociado a este enfoque de los servicios de salud, existe una queja cada vez más frecuente por parte de la población en relación con la deshumanización en la atención médica y de los servicios en general, lo que acarrea una falta de credibilidad en estos servicios y un alejamiento cada vez mayor entre las expectativas del paciente y la oferta del sistema; alejando también al médico de su paciente. Esto no solamente como consecuencia de lo antes mencionado, sino también debido a una tendencia en la formación médica a la especialización de la profesión, al punto de que eso se ha convertido en el modelo de médico. Precisamente este modelo ha llevado a la pérdida de valores básicos en el vínculo terapéutico como por ejemplo la escucha, la empatía y la transferencia. La vocación médica conlleva implícitos estos valores en la persona, sin embargo, durante el proceso de formación actual, estos valores se van dejando de lado e incluso en algunas ocasiones se llegan a considerar un obstáculo para la práctica médica. Esto último se relaciona con la concepción de que “el cuerpo y la vida anímica se encuentran, por cierto, en recintos académicos y conceptuales muy distintos” (Rilova, 2001).

Esta tecnificación y sobre-especialización de la medicina ha llevado a que el paciente se haya conceptualizado como un mero objeto de estudio, con la consecuente desensibilización hacia el vínculo terapéutico. Esta situación ha generado grandes discusiones con respecto a la bioética, al punto de desarrollar toda una normativa relacionada con la ética clínica. Esta conducta se contrapone a la ética profesional médica.

ANEXO 4

Panorama actual de la formación de profesionales en medicina

- Si bien el estudiante se encuentra con la atención primaria hasta su bloque de medicina comunitaria, esto no ha representado ninguna limitante para la incorporación a esta. Por tanto se exponen a continuación algunos componentes del proceso formativo en la Universidad que son compartidos dentro del proceso de atención y formación a nivel de clínica:
- El nivel terciario interviene en procesos terapéuticos, prevención secundaria y terciaria. El nivel primario se enfoca hacia la prevención primaria. El conocimiento de la patología es fundamental para poder sentar las bases de la prevención y la salud pública. El bloque de medicina comunitaria implica, a nivel de nuestra institución un proceso de inducción seguido de intervenciones comunitarias, donde el estudiante de último año ya tiene un proceso formativo que respalda sus intervenciones y puede ejercer liderazgo en el proceso educativo- comunal.
- No se puede decir que una enfermedad se comporta igual para todos los pacientes. Así, la exposición a múltiples pacientes permite al estudiante abstraer el concepto e interpretarlo, dado que la destreza diagnóstica implica ir más allá de la memoria y repetición.
- El proceso demográfico y epidemiológico ha llevado a un perfil de paciente con múltiples morbilidades. Así las rotaciones aún en distintos “servicios” de los hospitales le permiten al estudiante aplicar distintas destrezas a un mismo paciente ya que este se aborda desde el método clínico, la entrevista y examen físico.
- La exposición a pacientes complejos le permite al estudiante desarrollar a partir de análisis las estrategias a adoptar ante escenarios adversos de manera que este aprenderá a gestionar mejor sus intervenciones en un futuro.
- En un sistema donde las necesidades son infinitas y los recursos limitados se requiere del desarrollo de análisis clínico para el diagnóstico, la terapéutica y el juicio del profesional.
- El acto médico es constante en todos los servicios, así el proceso de entrevista al paciente.
- Cada paciente es una experiencia única e irrepetible.

- Sólo la práctica -el ejercicio- desarrolla las destrezas para el adecuado desempeño ya que el paciente, lejos de las matemáticas, difícilmente es predecible.
- Así, a priori, el contexto donde se desempeña es heterogéneo. Un número X de estudiantes ven a un paciente Y con la misma enfermedad y cada paciente observado tiene peculiaridades en su fenotipo y su estado de salud.
- La medicina es una ciencia dinámica y requiere de armonización entre la ciencia básica y la clínica dado que se nutren continuamente.
- La ciencia básica forma actualmente al estudiante para que tenga competencias para entender la enfermedad.
- La clínica debe traer la enfermedad como pérdida de homeostasis y como oportunidad única para entender a la ciencia básica en una mejor forma ya que al entender los mecanismos implicados en la enfermedad, el clínico es capaz de buscar intervenciones para restituir esa homeostasis o equilibrio.
- Sin la ciencia básica el clínico está amputado para hacer un ejercicio competente, ni para desarrollar actitudes de investigador, sin la clínica la ciencia básica entenderá a la enfermedad tal cual entendían los hombres de la fábula de la caverna las sombras que ante ellos se proyectaban. La realidad no será bien definida sin una armonía de estos componentes.
- El ejercicio, en la esfera ideal, requiere de un esfuerzo en conjunto de un equipo transdisciplinario, el cual tiene que articular sus actividades para tener un desenlace positivo en su grupo de intervención. Estos modelos de equipos multidisciplinarios pueden ser implementados en los tres niveles de atención, tal como se ha venido haciendo en algunos casos.
- A nivel clínico el paradigma ha evolucionado, así la medicina interna, la cirugía, la pediatría, la ginecología y obstetricia han requerido de la subespecialización para dar atención al proceso expansivo del conocimiento. La implementación de cursos holísticos donde un mismo profesional pudiera “agotar” el desarrollo no prosperó desde el punto de vista operativo. Esto lejos de concebirse como una falla didáctica debe conducir a reflexionar sobre la necesidad de la integración del conocimiento a partir de un equipo, para lo cual se tienen las siguientes condiciones:
 - a) Integración de distintas disciplinas en los ámbitos de práctica.
 - b) Contribución del sub-especialista para la formación del médico general.

- c) Necesidad de trabajo institucional para el desarrollo transversal de destrezas, contenidos, prácticas en función de la formación de un profesional versátil.
- d) Necesidad de armonizar la práctica docente y clínica para que ambas nutran el proceso del otro.
- e) Intervención activa en el proceso de formación docente, de manera que el profesional pueda hacer uso de más herramientas y optimizar el proceso enseñanza- aprendizaje-práctica.
- f) Sensibilizar al profesional en docencia hacia una mayor comprensión del proceso enseñanza- aprendizaje-práctica.

ANEXO 5

Consideraciones finales

Se ha hecho un repaso histórico de la instauración de la carrera de Medicina, así como de recopilación del sustento epistemológico y ético que implica la formación de los estudiantes de medicina como futuros profesionales del área de la salud y como actores sociales importantes en el desarrollo de los sistemas y políticas públicas de salud. Se ha planteado el deber de atención a la comunidad, pero también de empoderamiento de la misma, así como del personal que solicite su ayuda. A partir de lo anterior, es claro que, si bien la relación médico-paciente constituye un eje fundamental en el quehacer de la Medicina, la atención de la salud no se circunscribe a ella. Los equipos de salud, facilitan su consecución y optimizan los resultados y alcances.

La fragmentación del equipo de atención a la que nos enfrentamos debido al avance de la especialización médica debe ser subsanada con enfoques que permitan llegar hasta aquellos campos de la enfermedad y de la salud que han quedado excluidos. En los últimos años, el enfoque multidisciplinario ha sido una respuesta a esa necesidad, donde la participación de distintos profesionales permite definir estrategias y abordajes a través de actividades multidisciplinarias (más que inter o transdisciplinarias).

Ante estos elementos se hace necesario fortalecer la formación de los futuros médicos, recuperando principios y valores que refuercen el vínculo terapéutico, desarrollando competencias técnicas y sociales, que le permitan emplear un pensamiento integral, con abordajes interdisciplinarios y transdisciplinarios, así como reforzando comportamientos éticos relacionados a la práctica médica.