

COMUNICACIONES BREVES

NUEVOS RUMBOS Y ESTRATEGIAS DE LA EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA

L. A. VELEZ

Antes de abordar el tema de nuevos rumbos y estrategias de la educación médica en Colombia, quisiera hacer unas consideraciones a manera de introducción para precisar el marco dentro del cual se desarrollará la reflexión propuesta.

No quiero hacer 'futurismo' ni ciencia ficción tratando de imaginar como será el médico y por ende la medicina en el siglo XXI lo cual podría ser ameno y quizá interesante, pero poco productivo. Alguien decía, con sobrada razón, que el viejo habla de lo que hizo, el joven de lo que está haciendo y el tonto de lo que va a hacer.

Los humanos empleamos convenciones para medir el tiempo las cuales, como todas las convenciones, son arbitrarias. Podemos decir que a veces un siglo empieza antes de la fecha y que otros se prolongan como no queriendo desaparecer de la historia. Para algunos el siglo XXI ya comenzó pues los avances científicos y los cambios sociológicos de la última década son cualitativamente diferentes a los anteriores.

Procuraré no caer en generalidades que sin duda serán aceptadas por su vaguedad pero no tienen importancia en cuanto a la dilucidación del asunto propuesto. Hemos debatido estéril e infructuosamente sobre las cualidades del médico que necesita Colombia, pero de estos debates, ha surgido más confusión que claridad. En igual sentido no se puede esperar 'practicismo' de esta exposición aunque en la segunda parte se delinearán estrategias que sirvan al educador médico para preparar sus educandos para los retos del futuro.

Debemos afrontar el tema con realismo. Es innegable que la información del médico está

erosionada por el detrimento de su preparación científica y académica, lo mismo que por las fallas en su formación personal; pero no podemos caer en un pesimismo malsano creyendo que es necesario partir de cero o que todo lo hecho hasta ahora en cuanto a formación médica en Colombia, ha sido errado. Tampoco, obviamente, ser optimistas en el sentido de creer que nuestro sistema de educación médica es excelente y no necesita ser cuestionado y que cuando alguien le hace críticas, es por resentimiento o ignorancia.

Hace varias décadas hemos dicho qué debe hacerse para mejorar nuestra educación médica, pero ha habido sin duda inercia en poner en práctica lo acordado en foros nacionales y en el seno de las Facultades mismas.

No podemos pretender que la educación médica sea unificada y que se obtenga un tipo de médico estereotipado. El conocimiento médico crece vertiginosamente por un lado y por otro las actitudes y potencialidades del estudiante que ingresa a la Facultad son variadas, que no es posible hablar del perfil del médico sino de los perfiles para poder dar cabida a todos los quehaceres que caben dentro de ese arte y ciencia que llamamos medicina.

El proceso de educación médica en Colombia se ha movido entre dos polos y con frecuencia los encargados de ella se han enfilado en uno u otro bando. Para unos el médico debe ser un científico puro con una gran preparación académica y culpan al sistema educativo de que el médico sea egresado de las Facultades con una deficiente preparación. Para los otros, el médico debe ser un servidor de la comunidad y la Universidad para eso debe formarlo; según ellos el médico colombiano está de espaldas a la realidad nacional y su preparación es inútil a la sociedad.

Dr. Luis Alfonso Vélez Correa: Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, Decano de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud CES Medellín.

Alrededor de estas dos posiciones se han creado grandes debates y se han lanzado dardos de un bando a otro. Esta discusión bizantina, no ha aportado nada positivo y sí ha creado rencores y rivalidades.

Con todas estas, pudiéramos decir, salvedades vamos a entrar en el tema.

Los nuevos rumbos u orientaciones que debe tomar la educación médica en Colombia son dados por el estado actual de la ciencia biomédica lo mismo que la situación social y cultural de nuestra nación.

No significa en ningún momento negar, ni corregir lo hecho hasta ahora sino más bien reorientar la dirección para que el médico formado por nuestras Facultades sea óptimo en su desempeño.

Hay en el médico cualidades que no son cambiantes porque son esenciales. Así podemos decir que el perfil médico del siglo XXI es en esencia igual al del siglo pasado. Lo que cambia en él son aquellas cualidades que le sirven para mejor servir en el tiempo y lugar que le corresponde.

Dos son los rumbos que debe tomar la educación médica en Colombia. Preparar al médico para que posea una gran voluntad de servicio y un saber integral. Expliquemos ambos términos.

La medicina no es una ciencia pura. Dentro de la clasificación de las ciencias, es una ciencia social y por lo tanto podemos afirmar que la medicina es un servicio. Rudolf Virchow en el siglo pasado afirmaba que "la medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina en gran escala".

El fin y fundamento de la educación médica es el paciente, pero en la práctica esto no es valedero. La medicina existe por el paciente pero no viceversa y de aquí que toda actividad de la medicina bien sea teórica y práctica deba ser útil socialmente. La medicina no puede considerarse como un mero juego intelectual sino como una profesión que cuida de la salud del ser humano.

Vivimos un momento de la historia en que la ciencia y la tecnología son los logros que más nos enorgullecen, son los valores supremos. El mayor interés y la máxima dedicación del médico está

dirigido a aumentar el conocimiento médico y hacer avanzar la tecnología olvidando muchas veces la finalidad de este avance, y volviendo el progreso un fin en sí mismo. La medicina no responde a las necesidades del paciente ni de la sociedad porque los médicos están dedicados a actividades que para ellos tienen más satisfacciones personales. La investigación se hace más por un deseo personal que por una necesidad de la sociedad. Se prefiere atender al paciente con una enfermedad 'rara' que al enfermo con patología cotidiana, porque esto da más placer intelectual al médico.

La medicina moderna avanza con celeridad pero la voluntad de servicio de los médicos no es mayor que en épocas pasadas. El estudiante de medicina ingresa a la Facultad con una noble motivación. La mayoría de ellos tienen una voluntad auténtica de servicio, pero una vez ingresados a nuestras Facultades, el 'establecimiento médico' y sus profesores le enseñan que lo importante es la ciencia, saber qué enfermedad tiene el paciente y qué acciones van a tomarse. Al terminar, el estudiante ha perdido su motivación de servicio y está convertido en un 'médico científico'.

Si la voluntad de servir es verdadera, el médico será abnegado y pronto a sacrificarse por el bien de su paciente. El médico tiene derecho a esperar beneficios personales de la medicina pero necesita sacrificar su comodidad, su vida personal y familiar, y su patrimonio si quiere ejercer la medicina noblemente.

Todo médico antes de comprometerse con la sociedad, debe aceptar a conciencia y libremente el sacrificio que el quehacer médico exige. Para algunos esto podrá parecer romántico, asociado a los médicos que usaban un pañuelo de seda blanco para auscultar y la tintura de láudano para el dolor. Pero no, creo que la crisis de la medicina actual es más por ausencia de valores de los médicos que por fallas en sus conocimientos o en habilidades para manejar la sofisticada biotecnología.

Teorías políticas y económicas modernas quieren igualar el quehacer médico a cualquier otro

trabajo que debe regirse por las leyes de la economía y la política. La necesidad de pensar en costos-beneficios, en efectividad, disminución de gastos, etc., ha hecho que muchos piensen que este aspecto de la práctica médica es único y el más importante, olvidando que el servicio, la voluntad de querer ayudar, la compasión es la virtud fundamental de todo médico. Este es uno de los más urgentes retos para nosotros como educadores médicos. Diseñar estrategias para inculcar en nuestros educandos una voluntad de servicio para con la sociedad y para con el ser humano esté sano o enfermo.

El segundo rumbo que debe tomarla educación médica es preparar un médico con saber integral. Por saber integral se entienden todos los conocimientos y habilidades que el médico debe poseer para ejercer con eficiencia la medicina. Concepto fácil de enunciar, no así de explicar.

Reflexionando sobre el saber que un médico debe poseer, vemos que éste debe reunir tres cualidades: suficiencia, amplitud y adaptación al contorno.

El crecimiento del conocimiento biomédico se hace a un ritmo exponencial. Es imposible conocer así sea superficialmente una parte pequeña de éste y su incremento es tan veloz que la obsolescencia es igualmente rápida. Cuando un estudiante se gradúa, la genética, e inmunología que se le enseñó, está en mucha parte revaluada. Ante esta situación, ¿Quién puede determinar qué volumen de conocimiento debe enseñarse al estudiante de medicina?

La definición debe hacerse con dos criterios en mente. Se le enseñará al estudiante lo que él necesite para resolver los problemas de la comunidad donde va a ejercer y al mismo tiempo los conocimientos para que pueda contribuir al avance del saber médico.

Ambos aspectos deben considerarse porque de lo contrario caeríamos en un 'practicismo' nocivo enseñando sólo lo que tenga una utilidad inmediata. Esta posición, asumida en ocasiones por algunos, ha deteriorado peligrosamente la formación del futuro profesional. No enseñar, vgr. la bioquímica de la genética por considerar este

conocimiento de utilidad nula en la práctica médica. La medicina es una profesión, no un oficio. Necesita un gran acopio de conocimientos para ser ejercida con eficiencia.

El valorar sólo el otro aspecto tampoco es benéfico. Enseñar sólo los conocimientos recientes de la ciencia, lo que apareció en la última publicación, es deformante para el estudiante. El alumno debe saber ir de lo teórico a lo práctico. Para él la anemia falciforme no puede ser sólo el problema de un nucleótido en el gene de la globina sino que es además un paciente con anemia y úlceras en los miembros inferiores.

Debemos renunciar a querer enseñar todo al estudiante atiborrando el curriculum de materias. Mejor que esto es enseñar los fundamentos para que él deduzca, asocie y aplique esos conocimientos. No podemos, vgr. enseñarle todas las patologías que él deberá afrontar en su práctica porque muchas de ellas aún no han aparecido. Le mostraremos algunas, y él por asociación conocerá las otras. Hacemos mucho énfasis en la cantidad de conocimientos que debe poseer el médico. Usamos la expresión nivel académico para medir su preparación cuando ésta debería más que medirse: valorarse.

Cuando hablamos que el médico debe tener un conocimiento suficiente no nos estamos refiriendo a la cantidad solamente, algunas características de la calidad de ese saber también son importantes.

Es necesario que el científico del futuro, ahora más que nunca, sea consciente de la grandeza y miseria de nuestro conocer. El saber engreído perturba y acaba alienando al que lo posee. Debemos reconocer que describimos la naturaleza mejor que los antiguos pero no la conocemos mejor. Una droga como el digital, en el siglo diez y ocho curaba la hidropesía, en el siglo diez y nueve se decía estimulaba el miocardio, en el siglo veinte decimos actúa sobre el sodio, potasio y la ATPASA; pero lo bello es que aún cura la hidropesía. El padre de Blas Pascal le colocó dos maestros para que el uno le enseñara la ciencia y el otro a despreciarla. Nuestros alumnos deben tener un saber humilde, conscientes que es el

legado de un pasado, que es necesario no sólo conservar sino hacerlo avanzar y que la ciencia no siempre tiene la solución a los problemas humanos.

El saber médico debe ser integrado. La ciencia moderna todos los días nos demuestra que la realidad es un todo. La propagación eléctrica de los impulsos es similar en el calamar y en el ser humano. Una gran telaraña cósmica. Lo que pasa en un punto repercute en el todo. Por un concepto cartesiano hemos fragmentado el cuerpo humano en cuerpo y alma, psique y soma. Mientras tengamos esta concepción del ser humano y la naturaleza, no podemos entender ni los fenómenos de la vida y menos aún el pensamiento.

El médico se sumerge en el infinito de lo pequeño y la mayoría de las veces se queda describiendo lo minúsculo sin ser capaz de desembocar en el infinito de lo grande por que no quiere salir de la ciencia para entrar en la filosofía.

No puede confundimos la complejidad de la naturaleza pues ésta es sólo fruto de la ciencia incompleta. Cuando se analiza un dato científico por vez primera parece simple y sencillo si continuamos estudiándolo se volverá extremadamente complejo e intrincado pero si avanzamos más, se nos volverá de nuevo simple y claro. Es la claridad y simpleza con que los sabios ven la naturaleza.

Este saber del que estamos hablando debe ser capaz de percibir el movimiento continuo del universo. Todo está cambiado y las moléculas de nuestro organismo están siempre sintetizándose o degradándose. El coeficiente de acoplamiento entre los diferentes procesos físico-químicos en los sistemas biológicos casi nunca es cero; el resultante de estas interacciones es la regulación. Siempre hay agonistas y antagonistas.

La segunda cualidad del saber médico que debemos transmitir a nuestros estudiantes es la amplitud. El conocimiento biomédico no se circunscribe a las ciencias naturales; el verdadero médico debe conocer las ciencias sociales y las humanidades para poder conocer el yo de su paciente y el contomo donde existe.

Una malsana especialización distorsiona al

médico y lo convierte en un bárbaro ilustrado. Los escolásticos decían: *mathematicus purus*, *asinus purus*, queriendo indicar que el que sólo matemáticas sabe es semejante a un asno, igual podríamos decir del médico que sólo sabe medicina.

En la medicina moderna el médico debe afrontar problemas cuya solución rebasa las posibilidades de la medicina y debe pedirse el concurso a otras ciencias como las ingenierías, la economía, la informática y otras.

En la prestación de los servicios de salud por cada médico intervienen tres personas no médicas y el paciente hospitalizado es cada vez visto menos por el médico.

Si la salud es la resultante de un esfuerzo multisectorial, el médico debe estar capacitado para trabajar en equipo y su educación debe prepararlo para ser líder. No debemos dudar en restringir la enseñanza de temas médicos para introducir al estudiante en el conocimiento de realidades ajenas a la medicina.

Adaptada al contomo es la tercera cualidad de la enseñanza que debemos dar al estudiante. Un saber sin raigambres en el suelo donde se produce, es estéril.

La sociedad con frecuencia desprecia la Universidad y el saber que ella engendra, porque no entiende el sentido de su actividad ni ésta resuelve sus necesidades. "La razón que la ciencia, dice Toynbee, no responda a los problemas que la sociedad plantea es que las preguntas que la ciencia se hace no son lo suficientemente importantes". Hay un descrédito en el saber y la Universidad. Esta no puede seguir siendo medioeval, afrontando cuestiones con discursos y disputas, argumentando y contrargumentando.

Todo esto es válido a la educación médica y el médico del futuro debe contribuir a la solución de los problemas de la sociedad. Debe entender y actuar frente a problemas sociales y ambientales como la violencia, el ruido, el consumo de alcohol, la soledad de las grandes urbes, los embarazos precoces y la promiscuidad sexual, el exceso de velocidad en los automotores, la drogadicción, el tabaquismo, etc. Debemos preguntarnos si nuestros curricula de medicina están diseñados en

base a los problemas sociales y estamos preparando los médicos, para que de un modo humano y científico, ayuden a su resolución.

Podemos enseñar mucho a nuestros estudiantes pero por esto no son necesariamente buenos médicos. Se puede ser un buen "scholar" en el pleno sentido anglosajón de la palabra y un mal médico aunque lo contrario ciertamente no puede darse. El conocimiento científico debe traducirse en acciones efectivas para la prevención y tratamiento de la salud del individuo y la sociedad.

Vamos a delinear las estrategias que debemos diseñar para encarar el reto de preparar los futuros médicos colombianos. Sin querer ser exhaustivo, quiero mostrar las que considero importantes acciones a corto y largo alcance. Son ellas: implementación curricular, formación de profesores, integración docente-asistencial e informática.

Implementación curricular. No podemos partir del punto que nuestros curricula médicos sean malos; ellos han formado generaciones médicas colombianas que han servido a nuestra patria con dedicación, amor y eficiencia. No quiere decir esto que deban permanecer estáticos sin adecuarse a las realidades cambiantes del momento; en la prontitud y juicio de estos cambios radica la bondad de un sistema educativo.

Antes de avanzar quisiera rememorar un pensamiento del gran educador médico Abraham Flexner: "El curriculum médico, dice él, no produce un médico.... La medicina debe ser aprendida por el estudiante y sólo una fracción de ella puede ser enseñada por la Facultad... El estudiante y el profesor, no el curriculum, son los elementos cruciales de un programa educativo".

El curriculum debe ser más creativo para el estudiante. Hacer en el aula sólo lo que el alumno y profesor no puedan hacer por separado. Muchas veces las obligaciones regulares del curriculum no dejan pensar al alumno. Se obliga tanto a estudiar que no queda tiempo para aprender. El atiborrar de datos al alumno no tiene sentido cuando los computadores son bancos de datos que asocian, ordenan y dan la información con más celeridad que el mismo cerebro humano.

El curriculum debe apuntar hacia educar el futuro médico. Que cuando él se gradúe, su formación técnica sea tan satisfactoria como su educación humana. Con frecuencia el que ingresa a la Facultad busca la Universidad para lograr un título y luego un empleo y no para adquirir una educación.

Debe dársele al estudiante más responsabilidad de su propia formación. Usar los pequeños grupos de discusión, el contacto personal entre estudiantes e instructores, dar tiempo libre para leer, realizar trabajos personales y por que nó, para distraerse y recrearse. La enseñanza da el conocimiento científico que es el substrato para que el estudiante haga el metabolismo en su mente.

El problema de la Facultad es que conduce al grado cuando el verdadero médico nunca se gradúa. La graduación es un permiso para estudiar. La Facultad debe enseñar a aprender y esta actividad nunca termina porque la competencia en medicina es siempre parcial y provisional, biodegradable. Por esto Alan Gregg decía que "una buena educación dejaba que mucho desear". No satisface plenamente y de aquí su dinamismo perpetuo.

Valoremos juiciosamente qué es lo esencial que debe aprender el alumno y qué, lo accesorio. No podemos enseñar sino conceptos fundamentales, problemas representativos para que él en su ejercicio los aplique en la concreción del caso específico. No pocas veces creemos que revisión curricular es aumentar contenido a las materias ya dictadas o añadir nuevas.

Otro concepto con relación a la implementación de los curricula es su ampliación. No se trata de contradecir lo anterior pues nos referimos a abrir los curricula médicos a otras áreas del saber. En el curriculum es necesario incorporar materias y disciplinas que antes parecían sin ninguna relación con la medicina. La economía, la sociología, la administración, la informática, el derecho tienen que ser integradas dentro del pensum de estudios. Debe hacerse esto de una manera armónica, con mucho juicio para que la formación del alumno no resulte diletante.

Nuestro curriculum de medicina es muy rígido

y no es capaz de satisfacer las diversas actitudes de los estudiantes. Dentro de la medicina, más que dentro de cualquiera otra profesión, hay un sinnúmero de actividades que pueden responder a aspiraciones diversas. El uno querrá la investigación pura, aislado en el laboratorio y el otro el trabajo de salud pública con las comunidades. Este, la elucubración mental del clínico y aquel la habilidad técnica del cirujano. Es necesario que haya módulos básicos que sean cursados por todos y otros opcionales, voluntarios. La medicina como todas las ciencias crece y así como la odontología fue hasta hace poco, parte de ella y ahora es otra profesión, así será con otras especialidades.

De gran urgencia es el adaptar los currícula médicos a la realidad que nos circunscribe, a lo que el médico va a realizar cuando sea profesional. La epidemiología debe tener un papel orientador en el curriculum. Los que lo que los diseñan y están revisándolo, deben conocer la epidemiología de la región para que ésta se refleje en el contenido.

Pero no puede contentarse la Facultad de Medicina con atender los problemas de salud de la comunidad; debe investigar, orientar en la búsqueda de decisiones, ayudar a establecer prioridades, para que rescate el papel de líder que le corresponde. ¡Qué poco influyen nuestras Facultades de medicina en la toma de decisiones por parte del Estado! Y si algo dice o denuncia, poco eco tiene esto. ¿La falta de liderazgo, me pregunto, es acaso culpa del sector educativo al no dar respuesta a los problemas que plantean?

La segunda estrategia es la formación de profesores y educadores médicos. Los profesores son la piedra angular de la Universidad. Su capacitación y vocación son el dinamismo del proceso educativo. Necesitamos formar maestros en el pleno sentido de la palabra. La diferencia entre profesor y maestro es que éste enseña un saber vivido y él otro sólo trasmite erudición.

La profesión universitaria no es un empleo sino una nobilísima misión. Es necesario que la docencia sea un acto de amor; que el profesor vuelva a ser maestro. Abundan profesores idóneos pero

escasean maestros que dejen huella no sólo por su saber sino por su presencia y ejemplo.

Cuando a un egresado se le pregunta cuál fué la experiencia más importante durante su educación casi siempre se refiere a tal o cual profesor; no a ideas ni a conceptos sino a personas. Al estudiante no podrá enseñársele valores y actitudes si el docente no las posee. Si nuestros estudiantes son eruditos pero mal educados, es quizá porque no reciben suficiente ejemplo.

A los docentes debe enseñárseles técnicas educativas pues aunque sean muy competentes en el campo científico no por esto saben transmitir el saber. La educación médica es una dedicación tan noble como cualquiera otra especialidad médica. Toda Facultad debe tener un grupo dedicado a educación que tenga estabilidad y no sea cambiado por el vaivén de las corrientes políticas, o por el gusto o disgusto de cada directivo. La Facultad necesita personas que puedan pensar en el proceso educativo con dedicación, sin estar acosados en que deben cumplir obligaciones asistenciales.

La investigación en educación médica no se hace entre nosotros. Debemos innovar metodologías educativas, probar la bondad de nuestros sistemas docentes, conocer las actitudes de nuestros estudiantes, etc. Debería crearse una revista colombiana de educación médica para publicar las investigaciones en este campo y ser foro nacional de tan importante asunto.

Integración docente-asistencial es la tercera estrategia. Mucho se ha hablado de esto, corriéndose el riesgo de distorsionar su sentido. La integración, como debe entenderse, es la inmersión de la Universidad en el Sistema de Salud. No es usar como campo de práctica los sitios de asistencia como si fueran aulas; ni crear programas extramurales para ponerlos a ellos en contacto con la realidad social; o llevarlos a trabajar al centro de salud para que aprendan a vacunar. Los campos asistenciales son unos escenarios propicios para que la enseñanza más que las situaciones creadas artificialmente en la Universidad.

Desde la década de los setenta cuando se estableció el Sistema Nacional de Salud, la integración viene realizándose y los resultados son

altamente positivos. Algunos aisladamente la han criticado porque creen que ha deteriorado la calidad científica de nuestra educación médica. Nada falso. La integración ha hecho que nuestra educación médica haya tomado conciencia del medio que nos circunda y que el futuro médico reciba una preparación acorde con las necesidades sociales. Por esta razón ASCOFAME ha liderado y continúa haciéndolo, esta estrategia educativa como fundamental en la educación médica.

La Universidad debe ser libre para ser autócrata pero no por esto, aislarse de la realidad en donde los conocimientos tienen sus raíces y encuentran su significado. "La escuela", como dice acertadamente Vargas Llosa, "no puede ser un paréntesis en la vida". Con frecuencia la Universidad, por su aislamiento del entorno, se vuelve un período artificial en la vida del educando. El docente médico, la mayoría de las veces se siente más cómodo en el hospital universitario que en el centro de salud o la consulta externa. En aquel hay más tecnología pero quizá menos contacto con la realidad.

Pero la verdadera integración docente-asistencial se da cuando el sector salud y el de educación diseñan, planean y ejecutan los planes de salud de la comunidad. Las Facultades de Medicina deben formar parte activa y deliberante en la elaboración de las políticas de la salud. El conocimiento científico que posee la Universidad debe integrarse con el conocimiento de la realidad que tienen los organismos de salud y en los diseños de currículo de medicina, debe intervenir el sector salud indicando cuáles problemas necesita resolver para que, con la ayuda de la academia, surjan las posibles soluciones; además debe ser el evaluador del producto formado por la Universidad.

La sociedad tiene desconfianza de la Universidad. Una huelga estudiantil, excepto por el problema de orden público, a pocos inquieta y es significativo que la investigación en salud y en otras áreas, no sólo entre nosotros sino en otras latitudes, se esté desarrollando cada vez más por fuera de la universidad, en el sector productivo. La Universidad debe extender lazos con el sector político y el sector de la producción.

Tengamos cuidado de entender el verdadero concepto de integración docente asistencial para no creer que la Universidad es la responsable de la provisión de los servicios de salud ni descargaren ella la atención de la comunidad. Su papel es claro: desarrolla el saber, la técnica, creando nuevos conocimientos, los critica, los revalúa y prepara el recurso humano. La ejecución corresponderá al funcionario estatal, al sector político.

El estudiante debe estar en contacto con la sociedad donde vive y ejercerá la medicina porque la salud empieza en el hogar, la escuela, la fábrica; allí donde la gente vive y trabaja es donde la salud se preserva y quebranta. Deben saber que la enfermedad es un desorden social y económico.

La medicina ecológica es de primordial importancia para la medicina del futuro. El médico debe actuar para que la comunidad cambie los hábitos nocivos para su salud. Los logros más significativos de la medicina moderna no son por las terapéuticas nuevas sino porque ha logrado concientizar a la comunidad para que cambie su estilo de vida. Cada día la sociedad conocerá más el proceso de salud y enfermedad y serán más activos; el autocuidado, la atención primaria son esenciales en las políticas de salud de cualquier comunidad. El médico debe ser ante todo un maestro que enseñe a promover la salud en la sociedad y no el profesional que vive cuando ella se enferma. Es funesto el énfasis hecho en las clínicas a la enfermedad descuidando el concepto de salud y peor aún del paciente como persona.

Para lograr una adecuada integración docente-asistencial debemos preparar como docentes a los médicos que laboran en los campos de práctica. Muchas veces el profesional aunque tiene buena voluntad de enseñar, no conoce las metodologías pedagógicas y el estudiante no aprovecha la experiencia docente como debiera. ASCOFAME, en asocio con la ACFO (Asociación Colombiana de facultades de Odontología) y ACOFAEN (Asociación Colombiana de facultades de Enfermería) y gracias a la ayuda de la fundación Kellogg, está llevando a cabo un programa para implementar estrategias educativas a nivel primario dentro del esquema de integración docente-

asistencial. Todas las facultades deben apoyar este programa el cual beneficiará a nuestro educando y a nuestra sociedad.

La cuarta y la última estrategia para preparar el médico colombiano del futuro es incorporar la informática dentro de su formación. La informática médica es ya una disciplina académica por la cual se aprenden destrezas para manejar la información. No es sólo la capacidad de usar el computador. Es una ciencia que dará herramientas para desarrollar procesos (algoritmos) con las cuales el médico manejará, controlará la información y hará decisiones con los datos a su disposición. Cada día más, el archivo de datos no es necesario tenerlo en la mente y el mejor médico no será, como antes, el que más información tenga en su memoria sino aquel que haga el mejor manejo del computador.

La informática es necesaria en la investigación biomédica porque con ella la información se amplía, se posibilita interrelacionar el dato científico dando más comprensión porque mientras más conozcamos las relaciones de un hecho, más podemos entenderlo. En la investigación, la informática ayuda al científico a hacer la crítica del dato con los parámetros exigidos por el método científico. En resumen, es imposible la investigación biomédica si no se manejan las herramientas que da la informática.

También es necesaria la informática en la educación médica. Cada día habrá más metodologías que usan el computador para que el alumno por su cuenta, realice el proceso de enseñanza-aprendizaje. El aprendizaje dirigido hace que el profesor no requiera, en muchas oportunidades, estar junto al alumno. Aún las habilidades clínicas como el juicio clínico, la capacidad de organizar los datos del paciente, pueden enseñarse en programas de auto-instrucción con excelentes resultados.

Estas metodologías tienen las ventajas de ir al ritmo de cada estudiante y concientizarlo de la responsabilidad de su formación. Debe crearse uno o varios centros para que entre nosotros reali-

cen estas técnicas y las faciliten a las facultades con el fin de incorporar estos avances en beneficio de la educación.

Nuestras bibliotecas médicas necesitan un replanteamiento ante las nuevas tecnologías y a los altos precios de los libros y revistas. La biblioteca moderna de nuestras facultades debe tener una colección básica, actualizada y no necesariamente se mide su importancia por el número de volúmenes de la colección. Es preciso estar en conexión directa con las otras bibliotecas del país y del exterior. Tanto el profesor como el alumno deben tener fácil acceso a este servicio. Los satélites y las telecomunicaciones hacen cada día más fácil el establecer una red de información.

Para obviar el alto costo de las revistas científicas podrán utilizarse los bancos de microfilmación. Por un precio menor se pueden obtener las colecciones microfilmadas, economizando no sólo recursos sino espacio y manejo. En las ciudades donde hay varias Facultades de Medicina pueden unirse para formar un banco; las Academias o Sociedades Científicas podrían adquirirlos y ponerlos a disposición de los médicos y estudiantes.

No hay necesidad de mostrar la utilidad de la informática en la práctica médica tanto individual como en hospitales y entidades de salud. Dentro de menos de una década será imposible ejercer la medicina sin saber manejar los recursos brindados por la informática.

Estos son los nuevos rumbos y estrategias de la educación médica en Colombia. Como habéis podido observar mucho de lo dicho no es nuevo pero es que muchas veces, nuevo es lo que se ha olvidado y por esto es necesario recordarlo. Tenemos una gran responsabilidad con nuestra comunidad cual es formar el recurso médico. No podemos ser inferiores a esta empresa. En el momento histórico que nos tocó vivir hay grandes problemas que debemos contribuir a su solución.

Rescatemos a la Universidad para que sea, como lo ha sido, el recinto donde se cree el saber. Luchemos porque se le oiga cuando la misma comunidad representada por el gobierno vaya a

tomar las decisiones. Formemos en nuestras Facultades un médico con gran capacidad de servicio, comprensivo para con el que sufre, sabio en

el pleno sentido de la palabra, comprometido con sus semejantes tanto en las épocas de bonanza como en las de crisis.