

Innovación educativa en las profesiones de la Salud: ¿moda o necesidad?

José Venturelli ¹

La necesidad de innovar en medicina ya no es más una simple tendencia de la moda. La situación histórica de las necesidades de salud de las poblaciones, junto con los costos que las respuestas adecuadas a dichas necesidades puedan implicar ha cambiado en muchos aspectos. Es así como la conciencia de la urgencia por un cambio importante en el proceso de salud latinoamericano - de análisis, de servicio, de participación real comunitaria y de educación de los profesionales de la salud - toma cuerpo y busca nuevas formas de expresión. El poder llegar a tener nuevos Servicios de salud, (con un alto sentido de mejorar la calidad y equidad), de establecer lazos fuertes, permanentes en el Trabajo Comunitario (donde la comunidad tiene un rol de actor central en el proceso de salud) y también forzar el cambio en la formación profesional (y en la educación permanente de los millares de profesionales y trabajadores de la salud) son méritos importantes de este proyecto. Han puesto el desafío a toda la sociedad y a los actores más inmediatos de este campo en términos reales e ineludibles. Un mérito que no es pequeño cuando vemos que la inercia y los tiempos que corren son más de abandono de los compromisos sociales y de metas establecidas en las décadas de los años 60 y 70 en lo que a progreso social se refiere. Vivimos tiempos en que la insistencia es hacia el olvido de dichas responsabilidades históricas, - aquellas que realmente establecen el progreso: la equidad, la justicia social, el mejoramiento de la vida y sus determinantes - y también de este efímero avance social que muchos tratan de medir según intereses inmediatos ajenos al hombre común ... Es decir, perderse en las mediciones económicas ajenas a los problemas del diario vivir de las personas.

¹ Profesor de Pediatría y Cuidados Intensivos, Universidad de McMaster, Hamilton, Ontario (Canadá).
E-mail: venturel@fhs.csu.McMaster.ca

LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE SALUD

El desafío para profesionales y trabajadores de salud, para gobiernos y organizaciones profesionales del sector salud, que han visto su número crecer pero no necesariamente mejorar el impacto de su accionar, para las comunidades que vislumbran sus derechos y pueden reconocer formas de llevarlos a una ejecución más concreta es inmenso. Dentro del gran océano de necesidades del subcontinente latinoamericano, quienes tienen la reponsabilidad del cambio y de lo que se debe hacer ven cada vez más que el cambio es una necesidad. Es por ello que los gobiernos, servicios de salud, las organizaciones profesionales, la comunidad se encuentran frente a decisiones difícilmente postergables. El concepto de producción social de salud ² es un proceso complejo pero que debe permitir poner los factores, necesidades, recursos y decisiones en un contexto más real. Al mismo tiempo, más político... en lo que se refiere a una política al servicio de las poblaciones. Este concepto es muy importante ya que las presiones actuales de que “el mercado lo determina todo” llevan a una confusión inmensa y, al mismo tiempo, favorecen decisiones mercantilistas incluso en las áreas que corresponden a derechos sociales... Si es que el progreso social tiene algún sentido, el acceso a mejor educación, condiciones de vida, niveles de salud y lo que sean los servicios que promuevan prevención, reparación en salud y rehabilitación, deben ser compromisos irrenunciables.

Existe, a nivel planetario, la intención de hacer prevalecer la idea de que “el mercado lo determina todo”, como si esta fuera la piedra angular o la nueva y única diosa de todas las sociedades del planeta. La globalización, sin embargo, está llevando a un deterioro en la calidad de la respuesta social. El mercado no es un fenómeno estático y, especialmente hoy día, cuando vemos que las fuertes y especulativas ganancias que se pueden obtener en diferentes rubros (salud es una de las áreas donde esto puede ser más ventajoso que en otros sectores) están llevando a un grave deterioro en los sectores salud. Y esto sucede no sólo en los países del Tercer Mundo sino también en las economías más sólidas. Aquellas llamadas del grupo industrializado de los siete. Este deterioro es paralelo a la privatización que se intenta imponer. Sin embargo, es muy claro que la privatización de la salud no sólo disminuye la cobertura sino que aumenta los costos de atención. Estados Unidos usa un 15% de su Producto Nacional Interno y tiene cerca de un 40% de la población sin acceso a atención en salud o con un nivel de atención pésimo. Ese modelo ha demostrado, a través de los últimos 25 años, que sus costos son incontrolables y que se ha ido produciendo un aumento sostenido de aquellas personas que no tienen acceso a atención de salud de mediana o buena calidad. Sólo la fuerza política que controla el mundo - la de los dioses mercantiles - puede pretender que sistemas de salud equitativos y muchísimo más eficientes puedan ser llevados a su propio suicidio. El caso de Canadá, que no discutiremos aquí, está en la silla del condenado...

Es en este contexto que los gobiernos latinoamericanos (y también los industrializados o de otros países en desarrollo) deberán mirar las necesidad de los cambios en salud.

Algunos objetivos han sido claramente indicados y repetidos hasta el cansancio por la Organización Mundial de la Salud. En América Latina iniciativas del tipo UNI (Una nueva iniciativa) miran hacia como mejorar la respuesta de salud y a una participación eficiente de las comunidades.

El concepto de responsabilidad social que la OMS promueve debe ser un elemento guía en lo que a innovación en salud se refiere. Es necesario ir más allá de simples discusiones

² Para ampliar este concepto, es interesante leer el capítulo “Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde”. In: *Uma agenda para saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

metodológicas. Los documentos de la OMS “Desarrollar protocolos para el cambio en Educación Médica”³, “Definir y medir la responsabilidad social de las Escuelas Médicas”⁴ y “Hacia una evaluación de la calidad de la Educación Médica”⁵ deben ser una buena guía en la planificación hacia el cambio. La mera presentación de tecnologías educacionales, bajo el pretexto de que sólo en eso está la solución, es un error muy serio.

La academia se resiste al cambio, especialmente cuando las cosas son miradas en forma aislada. La verdadera y necesaria colaboración entre Servicios de Salud, Profesionales y Universidades no ha llegado, sin embargo, a una verdadera integración. Las estrategias educacionales no pueden quedarse al margen y, para que dicha integración suceda, los académicos deberán identificar cómo crear espacios de tiempo educacional activo (disminuir el contenido irrelevante, no transferible⁶ en el proceso educacional y poner un alto grado de facilitación del proceso educacional en la práctica y el trabajo relevante del estudiante), abrir los currícula (evaluar lo que estamos haciendo y desarrollar programas que sirvan a responder a las necesidades prioritarias de salud) y conseguir la integración eficiente de recursos (los docentes deben aprender a trabajar integradamente y, al mismo tiempo, hacer que profesionales, servicios, comunidad y sectores académicos logren trabajar juntos).

Estos problemas reflejan la necesidad de que docentes y estudiantes miren a la realidad y, al hacerlo, sepan encontrar las fuentes educacionales, primero y, luego, que permitan resolver los problemas de salud mirando a sus componentes sociales, del comportamiento y de servicio. Objetivos específicos en ciertas áreas deben ser identificados por docentes y estudiantes. Los primeros para desarrollar recursos educacionales de todo tipo, los segundos para conocer sus pacientes o situaciones de salud en forma integral y a las que ellos puedan dar soluciones reales, plausibles de ser hechas dentro del contexto vivencial y de los servicios.

No es infrecuente, en muchas conversaciones que he tenido, que me indiquen que “en nuestra escuela usamos la problematización del aprendizaje”. Es importante preguntar lo que eso significa: esto es un poco como poner a muchas personas juntas y asumir que todos definen igual las palabras libertad, democracia o calidad artística. La más frecuente, sin embargo, de las explicaciones que escucho y veo sobre problematización es, para decirlo con un ejemplo, más o menos esto: “la bioquímica (la física o cualquier otra disciplina, para que nadie se sienta perseguido) yo la enseño usando, en el caso de una acidosis metabólica, que los estudiantes lean un problema y luego yo les indico qué deben estudiar y todos los detalles que a mí me parecen. Y, para hacerlo interesante tomo una enfermedad, p.e., la acidemia metilmalónica”. Hacerlo así es simplemente hacer el índice o la introducción al tema más atractiva pero no deja espacio ni para aprendizaje auto-dirigido ni tampoco para la curiosidad, imaginación o desarrollo de sentido crítico que esperamos fomentar. Para hablar de la problematización hago un problema...

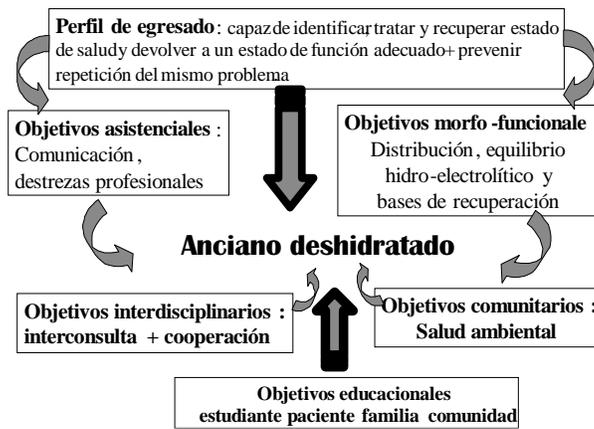
³ BOELEN, C et al.: este documento de la OMS (División de Desarrollo de Recursos Humanos, Ginebra - 1995) propone un plan/itinerario para el desarrollo de los cambios en la formación de profesionales médicos. Por cierto que es sólo una guía que debe ser vista como un plan de sugerencias que sólo es útil si responde a las necesidades internas, identificadas a través de un profundo plan de evaluación, y que, al mismo tiempo, toma en cuenta las fortalezas y debilidades de la institución que intente llevar el cambio adelante.

⁴ BOELEN, C, HECK, J. E.: Documento, también de la OMS (WHO/HRH/95.5) discute la necesidad ineludible de reconocer que la tarea de formación de profesionales de la Salud pasa por la respuesta adecuada a las responsabilidades sociales.

⁵ BOELEN, C et al: (WHO/HRH/92.7) propone formas específicas de medición de calidad y eficiencia de las escuelas de medicina y de ponerlas en el tamiz de la relevancia, calidad y equidad, entre otras cosas.

⁶ Este concepto de transferibilidad en el ABP es importante: el anclar un concepto, un mecanismo, dentro de un contexto facilita el proyectarlo en nuevas situaciones de trabajo. NORMAN, G. R, SCHMIDT, H. G. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Acad. Med.* v.67, n.9, p.557-67, 1992.

Caso en enfermería..



La figura 1, donde un anciano se encuentra deshidratado, debe implicar que los equipos docentes que hayan desarrollado este problema deben también haber considerado los diferentes recursos educacionales potenciales que podrían ser requeridos. Esto no requiere que los docentes, al tenerlos, se los den a los estudiantes y les indiquen que “allí está toda la información que necesitan y, ya!, léanla.” Es simplemente haber desarrollado los recursos humanos, escritos, programáticos, institucionales que puedan ser potenciales de uso y que, cuando los estudiantes empiezan a buscar apoyo, puedan encontrarlo. Esto conlleva el hecho de que no basta tener tutores sino también que debemos preocuparnos de desarrollar un equipo (sistema -unidad-programa) de incremento de recursos: allí, los docentes y personas que pueden apoyar el programa, van a aprender a hacer problemas y también a hacer los recursos que puedan requerirse. Mejorar la organización de la biblioteca (que facilite el trabajo de los estudiantes), optimizar las unidades audio-visuales (que consideren el desarrollo y/o adquisición de material que permita al estudiante poder contestarse sus preguntas dentro del contexto de su necesidad y no simplemente buscar el capítulo que le haya impuesto un docente); mejorar y simplificar un laboratorio de morfología donde todo el espectro morfológico (y no sólo anatomía) pueda ser consultado para resolver esta duda y no para engullir toda la neuro-anatomía, como puede suceder en un caso problematizado de coma. También en estos laboratorios morfológicos, que resultan más de una reorganización hecha por los mismos docentes tradicionales que ponen ahora más el aprendizaje que la enseñanza pasiva como método central. También ir introduciendo los múltiples sistemas de imagenología - que son la forma de “mirar” la anatomía real y no con disecciones que nunca se le hacen a los pacientes reales - y de usar al docente como consultores del mejor nivel posible. Ya no más como simples y eternos transmisores de material ya escrito.

También la problematización permite al estudiante poner sus necesidades educacionales en el contexto educacional real: este paciente requiere el apoyo de varios profesionales (enfermeras comunitarias, asistentes sociales, médicos, mejoramiento de la higiene ambiental, laboratorios que fuesen necesarios para saber, por ejemplo, si tiene disturbios hidro-electrolíticos). Estos profesionales son recursos humanos reales, ubicables y necesarios de conocer. Ese contexto en el que se mueve el paciente, donde lo biológico no se aísla de las causales y determinantes socio-

económicas o del comportamiento, es importantísimo. Mucho más que imponerle al estudiante, fuera de contexto, que se estudie todos los disturbios hidro-electrolíticos posibles y de hacerle tests que se olvidan en mucho menos tiempo que el usado para estudiarlo. El aprendizaje basado en problemas (ABP) favorece y utiliza la contextualización que permite “anclar” la información y, al mismo tiempo, hacerla transferible a otras situaciones donde se ven problemas de salud o nuevas formulaciones o reordenamientos de preguntas de elección múltiple. Este aprendizaje contextualizado es el que permite hacer también el paso fundamental hacia la tarea central de la resolución de problemas.

Los problemas son el centro de proceso pero no en el vacío. Docentes y estudiantes deben saber integrarlos en el tiempo y espacio. Los problemas toman relevancia al ser llevados a la práctica.

El contexto en el que se mueve la educación innovada no es tan diferente de lo que se hace en los programas tradicionales de buena calidad. Lo más importante es que existe la integración de docentes y servicios educacionales de todo tipo.



Este tipo de integración, donde el contexto está siempre puesto en relevancia, debe ser el marco de trabajo tanto del docente (al planificar y desarrollar problemas y actividades educacionales potenciales) como del estudiante que debe saber para qué estudia y en qué contexto estará ubicando su aprendizaje y accionar.

En el aprendizaje basado en problemas la evaluación también debe cambiar, hacerse formativa y que responda a objetivos claramente establecidos. Estos son objetivos profesionales y de aprendizaje que deben incluir nuevas destrezas, actitudes y conocimientos relevantes.

En resumen, debe incorporar los conceptos de responsabilidad social y de desarrollo de nuevas oportunidades y condiciones que llevan a mejorar la salud.