

Innovaciones en educación médica: la historia nos da lecciones

ÁNGEL M. CENTENO¹

La historia del desarrollo de educación médica incluye reformas e innovaciones. Sorprendentemente, muchas de ellas ya han sido expuestas y propuestas en el pasado y por algún motivo no llegaron a concretarse.

En 1995, Christakis comparó las propuestas de cambio educativo en facultades de medicina en Estados Unidos desde principios del siglo XX, y encontró similitudes inesperadas en todas ellas. La integración curricular, la evaluación de competencias y el aprendizaje autodirigido –por citar sólo algunas de ellas– ya se proponían desde las primeras décadas de 1900. En nuestro país la historia es similar, y ya en los documentos iniciales de la original Asociación de Facultades de Medicina (germen de la existente hoy) hace 40 años se promovían cambios similares a los que se plantean hoy en día¹.

Esta llamativa reiteración de propuestas se puede deber a dos factores: que no hay nada para innovar, lo que parece improbable, o que algunas de las propuestas que se hicieron no se pudieron aplicar eficazmente en la práctica y quedaron como una materia pendiente.

Con los avances en la investigación en educación médica de estos últimos años se supuso que iban a surgir muchas nuevas y buenas ideas que podrían fácilmente llevarse a la práctica cotidiana. Sin embargo, su impacto hasta ahora no ha colmado suficientemente esas expectativas.

Hace alrededor de 20 años se produjo el último gran cambio cualitativo en la enseñanza de las ciencias de la salud a partir de tres hechos: la aparición del aprendizaje basado en problemas (ABP) como estrategia de enseñanza², el uso del examen objetivo clínico estructurado (ECO) como método de evaluación³, y el surgimiento potencial de la informática y los recursos disponibles en Internet como herramienta –todavía en desarrollo– de enseñanza y/o de aprendizaje. Estos tres elementos han sido ampliamente diseminados por todo el mundo. A partir del ECOE y dada su estructura surgió como novedad el uso de pacientes simulados (luego llamados estandarizados) que permitieran una evaluación más confiable⁴. En este número de la revista, Cantrell y Deloney hacen un repaso minucioso de la historia de esta innovación y describen aspectos esenciales de la utilidad de estos «pacientes»⁵.

Al analizar el surgimiento de estas novedades, aparecen dos hechos que merecen ser comentados.

El primero es que las modificaciones mencionadas, tanto el ABP, como el ECOE y posteriormente los pacientes estandarizados, no surgieron como consecuencia de la aplicación de una teoría determinada sino que fueron inicialmente producto de la experiencia práctica y la observación de algunos profesionales comprometidos con la docencia que buscaban nuevas y mejores maneras de enseñar. La teoría vino con posterioridad y sirvió de fundamento sólido a estas innovaciones^{6, 7}.

El segundo es que a pesar de la adopción generalizada de estas innovaciones, las evidencias que apoyan su uso siguen siendo mayormente débiles, excepto para algunos aspectos definidos como la satisfacción de los estudiantes en ABP, o la especificidad de casos en ECOEs. De todos modos, ésto no ha sido un obstáculo para su adopción espontánea y generalizada.

En definitiva, hay poca teoría previa, y hay todavía pocas evidencias a favor. Sin embargo, y afortunadamente, las modificaciones se han llevado a la práctica de todas maneras.

¹Editor

En su trabajo clásico sobre el modo en que se difunden las innovaciones, Rogers describe como las personas tenemos mayor facilidad a adoptarlas, o mayor tendencia a rechazarlas, independientemente de los motivos que puedan justificar su adopción o rechazo⁸. Dejando de lado las características personales, quienes trabajamos en educación en ciencias de la salud estamos obligados a profundizar el camino de la ciencia. Por un lado es necesario seguir estudiando las teorías que justifiquen nuestras acciones como manera de hacer avanzar los fundamentos de nuestra disciplina. Por el otro debemos además continuar desarrollando las teorías que nos puedan explicar la utilidad de estos cambios. Y por último es imperioso que busquemos evidencias que apoyen o no nuestras acciones.

Esta somera historia evolutiva de la educación médica nos enseña que, sobre cada innovación que se proponga, es imprescindible que tengamos por un lado una mirada crítica para no aceptar todo, pero a la vez sin prejuicios, para no rechazar todo.

REFERENCIAS

1. Christakis, NA. The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. Constant concerns. *JAMA*. 1995 Sep 6; 274 (9): 706-711.
2. Kaufman, A, Mennin, S, Waterman, R, et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Acad Med*. 1989 Jun; 64 (6): 285-294.
3. Harden, RM, Stevenson, M, Downie, WW, Wilson, GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975 Feb 22; 1 (5955): 447-451.
4. Barrows, HS. Simulated (standardized) patients and other human simulations. Health Sciences Consortium. Chapel Hill, NC. 1987.
5. Cantrell, MJ, Deloney, LA. Pacientes estandarizados: una visión general e institucional. *Rev Arg Educ Méd*, 2007, 2: 47-58.
6. Prideaux, D, Spencer, J. On theory in medical education. *Med Educ*. 2000 Nov; 34 (11): 888-889.
7. Colliver, JA. Educational theory and medical education practice: a cautionary note for medical school faculty. *Acad Med*. 2002 Dec; 77 (12 Pt 1): 1217-1220.
8. Rogers, Everett M. Diffusion of innovations. The Free Press, Simon and Schuster. New York. 1995.