

LOS CAMBIOS DE LA PROFESIÓN MÉDICA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA EDUCACIÓN MÉDICA¹

INTRODUCCIÓN

A siete años del fin del milenio y del plazo que los países acordaron para el logro de la meta salud para todos, se realizará la Segunda Conferencia Mundial sobre Educación Médica en la ciudad de Edimburgo. Han pasado cinco años desde que se realizó la primera reunión y en ese lapso han ocurrido grandes cambios a nivel regional y mundial.

La práctica y la educación médicas como realidades sociales están íntimamente relacionadas con los procesos de desarrollo. La práctica médica se estructura, se mantiene o se modifica en función de la organización y dinámica del Estado, de la economía, del desarrollo científico y tecnológico y de las necesidades sociales. A su vez, los mismos condicionantes, sea directamente o a través de la propia práctica, orientan y moldean los contenidos, las estrategias y los mecanismos del proceso de formación médica.

Revisar brevemente algunas de las principales tendencias sociales y políticas, así como las características del modelo de desarrollo predominante en la actualidad, permitirá comprender mejor las importantes transformaciones ocurridas tanto en la práctica como en la educación médica en los países de la Región.

Tal abordaje no fue contemplado en la primera Conferencia de Edimburgo en 1988, cuando las facultades de medicina de América Latina realizaron, en el marco del proyecto Educación Médica en América Latina (EMA), un significativo esfuerzo de recopilación y sistematización de las diversas experiencias educativas desarrolladas a lo largo de varias décadas, tomadas en forma aislada en relación con el entorno socioeconómico y político.

¹ Documento elaborado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud de la OPS, para discusión de las Facultades y Escuelas de Medicina de la Región de las Américas, con motivo de la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo, Escocia, del 8 al 12 de agosto de 1993.

Este esfuerzo, además, no pudo reflejar la variedad y riqueza de las experiencias debido a la tendencia a la homologación promedial de la metodología utilizada. En esa oportunidad se centró el análisis en las dimensiones educacionales (curriculares) de la práctica universitaria, en las implicaciones individuales de la práctica profesional y en la extensión de los espacios institucionales de formación. Esto impidió que resaltara la naturaleza y especificidad de las relaciones entre proyecto educativo y contexto socio-sanitario. Para las escuelas de América Latina, de alguna manera, las conclusiones de Edimburgo significaron en lo esencial líneas para una mayor eficiencia educacional en el marco de un modelo educativo no cuestionado.

Sin embargo, quedó por esclarecer en qué medida la mayoría de las innovaciones en educación médica son propuestas triviales y de escaso impacto, o si por el contrario, son realmente efectivas para contribuir a mejorar la atención de la salud de la población. Lo que sucede actualmente es que al mismo tiempo que estas reformas parecen fortalecerse e incorporar numerosos seguidores, las diferencias sociales en relación con las condiciones de vida y salud se amplían y los servicios de salud se deterioran en calidad y cantidad, especialmente en el mundo en desarrollo.

Es en ese contexto que las escuelas y facultades de medicina de América Latina concurren a Edimburgo. No son espectadores indiferentes ante ese complejo escenario. Existe preocupación y esta reunión podría ser una oportunidad propicia para la reflexión y el análisis objetivo y sereno de las ideas, la acción y el compromiso de las facultades para con las sociedades de América Latina.

Para recoger la contribución de todas las escuelas de la Región sobre el tema propuesto se propuso este primer ejercicio analítico:

“El cambio de la profesión médica y su influencia en la educación médica: la crisis económica, el desarrollo tecnológico y la necesidad de equidad”

EL CONTEXTO DE LA II CONFERENCIA DE EDIMBURGO Y LA SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

América Latina no termina de transitar su difícil camino de reconstrucción democrática. Las conquistas políticas y sociales obtenidas son amenazadas por una larga crisis económica y por las políticas de ajuste que casi uniformemente se ejecutan en la mayoría de los países. El modelo de desarrollo vigente no puede hacer compatibles los objetivos de estabilidad y crecimiento económicos con los requerimientos sociales de bienestar.

La constitución del mercado como fuerza dominante de la dinámica económico-social y su expansión universal consolida el proceso de

internacionalización de la economía, y reconstruye los bloques económicos y de poder a nivel mundial.

Los logros y los costos de ese desarrollo se distribuyen inequitativamente entre los países y dentro de estos, especialmente en los sectores sociales que han sufrido serios recortes, con un impacto que incluye hasta los pobres de los países desarrollados.

Las consecuencias inequitativas del ajuste, unidas a las carencias acumuladas (deuda social) por sectores marginados, han producido una “acumulación epidemiológica”, caracterizada por la convergencia de antiguos problemas — hambre, lepra, tuberculosis, violencia; la reaparición de la epidemia del cólera, que se creía desterrada para siempre; el SIDA, como una nueva patología, y los productos indeseables del desarrollo: los desequilibrios ecológicos, las radiaciones y el estrés relacionado con el trabajo.

Ante los condicionantes anteriores, la práctica médica se ha modificado sustancialmente. Al tiempo que se consolida el llamado “complejo médico-empresarial” y las intervenciones sobre la salud y la enfermedad resultan campo propicio para la inversión financiera y la gestión empresarial, se hace patente la transición progresiva de un modelo de atención de responsabilidad estatal a un modelo orientado por el mercado. De esta manera se aseguran las condiciones para el proceso de privatización sectorial, coherente con la reducción del Estado y de su función social, afectándose no solo los servicios de salud sino también la formación médica, la investigación y la gestión sectorial. Esto ha dado lugar a hacer menos universal y más selectivo y discriminatorio el acceso a los servicios y la garantía de los derechos sociales básicos.

La actual situación institucional de la educación médica se podría caracterizar de manera genérica como crítica, orientándose básicamente hacia la búsqueda de innovaciones educativas y de recursos financieros. Ambas preocupaciones parecen responder más a necesidades de funcionamiento y requerimientos corporativos internos que a las necesidades de su entorno social.

El ajuste estructural ha tenido un impacto negativo en la mayoría de las universidades y escuelas, afectando tanto su funcionamiento como el desempeño de sus profesores. El mercado de trabajo académico está en recesión, los salarios han descendido a niveles inéditos y los conflictos laborales se han instalado en el escenario universitario de la Región. Esto obliga a las instituciones a buscar fuentes alternativas de financiamiento que incluyan diversas formas de privatización.

La situación ha llevado a redefinir las relaciones entre las escuelas y las universidades, obligándolas a disminuir su tradicional autonomía. Además, se ha hecho evidente dentro de las facultades los conflictos de poder entre sectores que reflejan la pugna por la distribución de los escasos recursos, así como las contradicciones inherentes a intereses conflictivos en

la estructura de la práctica médica y en la de la sociedad. Esta conflictividad ha revelado crisis de liderazgo y de gobernabilidad en algunas instituciones, y de manera más extensa la baja capacidad de planificación y de gestión administrativa de las instituciones académicas y la pérdida de la reflexión institucional sobre la propia educación médica.

Ante las exigencias derivadas de cambios en la práctica en el marco del orden flexneriano de organizar la educación médica, en los últimos años las facultades se han preocupado por la transformación curricular y la búsqueda de una mayor eficiencia educativa. Este hecho puede explicar el auge de modelos educacionales basados en la integración docente asistencial y la adopción de diversas innovaciones.

Las experiencias de integración docente asistencial en muchos casos han sido entendidas como sinónimos de laboratorios comunitarios o como la utilización de los ambientes hospitalarios para las actividades educativas, sin que en ninguno de los casos impliquen un cambio del modelo educacional o un compromiso efectivo con la población o el servicio. Debemos resaltar el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina que encierra un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios y la población, que ciertamente supera en su alcance el enfoque comunitario que predomina en otras regiones.

Las propuestas de aprendizaje basadas en problemas y en enseñanza orientada a la comunidad, sin duda son abordajes más integradores que los tradicionales. Sin embargo, se debe considerar que la enseñanza orientada a la comunidad no significa una medicina diferenciada de médicos pobres para población pobre. En algunas circunstancias se ha intentado inducir el contacto con la comunidad como si este contacto fuera el elemento revelador de lo que sucede en la sociedad y no una parte de esa realidad que requiere un arsenal científico, teórico y metodológico integral para ser conocido.

La orientación del aprendizaje basado en problemas no puede restringirse a las estrategias de resolución ni organizarse sobre manifestaciones de fenómenos aislados, sino que es necesario profundizar en las explicaciones de dichos problemas, lo que llevaría a discutirlos en su integridad. Esto requiere una aproximación científica que obligaría a fortalecer la enseñanza de las ciencias básicas, inclusive las ciencias sociales.

EDUCACIÓN MÉDICA, PRÁCTICA PROFESIONAL Y SERVICIOS DE SALUD

Parece que se requiere una nueva mirada alrededor para registrar los cambios en la práctica médica y su relación con la formación. Se ha consolidado la sustitución de patrones de práctica basados en la medicina

liberal por una “medicina tecnológica”. Esta denominación se debe al sustantivo impacto que tiene sobre ella el desarrollo de la tecnología médica, así como sobre los criterios éticos del ejercicio profesional. Es incuestionable la influencia que ha tenido la medicina tecnológica sobre la educación médica en las últimas décadas. No obstante, difícilmente se pueden identificar propuestas para modular y orientar esta influencia en las escuelas de América Latina.

Para enfrentar las cuestiones actuales de la educación médica es necesario un abordaje que considere simultáneamente otros procesos sociales como el trabajo médico y la organización o producción de servicios de salud. Estos procesos configuran una trama de relaciones tan interdependientes que es prácticamente imposible analizarlos en forma aislada. Por otra parte, es indispensable definir las características individuales de cada uno de esos procesos, así como conocer, o por lo menos disponer, de hipótesis sobre las líneas de determinación recíproca que se establecen entre ellos, y la influencia que cada elemento puede ejercer sobre las relaciones que existen entre estos procesos.

También es forzoso reconocer, para tener una visión más próxima de la realidad de cada proceso y del conjunto, la existencia de determinaciones o factores externos a este sistema, derivadas de procesos sociales más amplios, modulados y moduladores de dimensiones más globales del orden social. Estos factores están ligados a la aceptación social de la necesidad de la equidad así como a los modelos hegemónicos de desarrollo económico y tecnológico en la sociedad.

Debe señalarse el impacto del desarrollo económico y tecnológico sobre la medicina. La medicina liberal, en la que el médico y el paciente en su relación singular decidían autónomamente sobre el tipo y los costos de los servicios, está desde hace tiempo superada. Debido a la innovación tecnológica asociada al desarrollo, que promovió una progresiva disponibilidad de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento, en los últimos años se hicieron intensas y profundas modificaciones de la actividad laboral del médico. Debido a su lógica peculiar, la organización institucionalizada de la medicina subordina el acto médico de dos formas diferentes:

- sujeta el proceso de trabajo a normas externas a la relación médico-paciente y hace que este deje de ser atribución exclusiva del profesional;
- impide que el acceso a los servicios médicos sea una elección de los propios clientes, debido a la segmentación social de los usuarios que están bajo distintos y diferentes sistemas asistenciales.

No es raro que un mismo médico en múltiples inserciones institucionales practique diversos tipos de medicina de acuerdo con el poder

de compra y el nivel de exigencia de cada uno de sus clientes individuales o colectivos.

En este marco de la medicina tecnológica se pueden señalar sucintamente las siguientes características del ejercicio profesional del médico:

- se realiza como trabajo interdependiente de la cooperación de otras especialidades y profesiones, es decir, integra un “trabajador colectivo”;
- se encuentra progresivamente subordinado a instancias de decisión fuera de su ámbito individual o corporativo, ya que, al integrarse como un trabajador colectivo y en el escenario de servicios institucionalizados, su autonomía se reduce;
- se estructura en función de los diferentes patrones económicos y tecnológicos de organización de los servicios médicos, es decir el desempeño profesional se inserta en los diferentes “segmentos” asistenciales y de mercados laborales;
- se transforman los criterios de la ética profesional como consecuencia de la aparición de un cliente institucional y de la mayor distancia colocada entre médico y paciente debido a los cambios institucionales, económicos e ideológicos de la medicina tecnológica.

Otra cuestión central en este análisis son los efectos o implicaciones de ese patrón de desarrollo de la práctica médica sobre el proceso educativo. La escuela en su especificidad institucional ofrece esencialmente calificación técnica laboral, genera y transmite una determinada cultura profesional dominante y reproduce el modelo científico hegemónico. La medicina moderna se caracteriza por una naturaleza predominantemente práctica y ese pragmatismo ha redefinido la calificación de los médicos.

La incidencia de la incorporación tecnológica en la práctica médica exige una reorientación educativa. Se redefine a través de sus contenidos, agentes, espacios y de una determinada cultura institucional, así como de la disposición y la proporción de las experiencias de enseñanza y aprendizaje.

Sin embargo, esa atribución del proceso de formación no es un mero espejo del “mundo del trabajo”. La educación es un proceso social que tiene elementos intermediarios que son parte de su naturaleza y con los que trabaja: lo simbólico y subjetivo en lo social, la cultura y la ideología médicas. Por eso las transformaciones educativas no responden directamente a los cambios de la práctica del trabajo. Aun cuando forman parte de una misma historia y van en la misma dirección, la escuela y la educación médicas no evolucionan con el mismo ritmo, ni con los mismos contenidos.

Este desfase a veces genera contradicciones y tensiones de difícil solución. Un ejemplo de esta afirmación es que lo poco que queda de la

práctica médica liberal típica en el mercado de servicios de salud corresponde a la práctica de algunos docentes de medicina. Esto ejerce una influencia ideológica sobre los estudiantes de medicina, que siguen aspirando a una práctica autónoma ya superada que está en contradicción con el modelo que les presentará la realidad: la medicina tecnológica, institucionalizada y segmentada.

Esta situación de "independencia subordinada" a lo social global y al trabajo específico para el que se capacita a sus agentes, le define a la educación médica posibilidades y limitaciones, márgenes de autonomía y de dependencia.

Emerge así otra cuestión esencial para definir futuros desarrollos en la educación médica. Tiene que ver con los grados de autonomía y de iniciativa propia y con la posibilidad de aprovecharlos en estrategias viables para su reorientación en la dirección de compromisos sociales e institucionales que respondan a valores trascendentes como la equidad social, la construcción de un nuevo modelo científico biológico y social, una mayor calidad en la formación en relación con los requerimientos sociales y con los nuevos criterios de ética profesional.

En este momento de cambios se cuestionan formas de ejercicio técnico y valores y atributos característicos en la práctica médica. El poder de dimensión se redimensiona; la autoridad técnica se reorienta y las competencias técnicas se redistribuyen. Se transforman las relaciones del médico con el saber y su uso tecnológico, así como las relaciones con el paciente y con el equipo de trabajo.

En ese marco se ha redefinido la relación entre las dimensiones técnica y ética de la acción tradicional del médico. Se pueden señalar dos alteraciones básicas: en el nivel de las actividades de diagnóstico la tecnología ha cambiado la base de apoyo de la decisión técnica donde se hace cada vez menor la importancia de la historia de vida y la anamnesis; en el nivel del plan asistencial, debido a la colectivización del trabajo y la organización empresarial, se ha producido una disociación de las dimensiones médicas del tratar y del asistir. Se ha configurado la nueva relación, mediada por lo institucional, entre prestadores y consumidores en sustitución del médico y su paciente. Además, ambos pertenecen ahora a un tercero: los servicios, ya sean públicos, de una empresa médica o de un seguro de salud.

En ese acelerado desarrollo científico y tecnológico se ha vigorizado la racionalidad y la lógica de las disciplinas bionaturales como el único modelo científico válido y eficaz en el campo de la salud. Además, se han intensificado dos procesos interdependientes: la expansión tecnológica y la especialización.

Las especializaciones tienen una larga historia en la medicina pero recientemente se han diversificado aun más, y se ha llegado a una

etapa de ultraespecialización. Se ha incrementado la presión profesional y social hacia la necesidad de especializarse con el consiguiente deterioro de la valoración y reconocimiento social al médico general. Se premia la capacidad resolutoria puntual en desmedro de la indispensable visión de conjunto del estado de salud del individuo y de la sociedad.

Simultáneamente, la convergencia del desarrollo tecnológico con las presiones del mercado —en especial de instrumentos y medicamentos— y las demandas de ciertos sectores sociales, han establecido altos patrones de incorporación tecnológica aun en los más simples procedimientos médicos. Esto genera requerimientos de mayor capacitación y disponibilidad tecnológica y mayores costos en los procedimientos, y se ajusta a la hipótesis de que el especialista o ultraespecialista que trabaja en instituciones privadas, con múltiples y complejas tecnologías auxiliares y atendiendo a los sectores de más altos recursos económicos, es hoy el modelo que tiende a imitar y reproducir las nuevas generaciones de estudiantes de medicina.

En este contexto la imagen del médico que efectivamente se desea promover, aparece como utópica, quijotesca e incompatible con las posibilidades de vivir dignamente dentro de un modelo de práctica alternativa a la atención y la curación de enfermedades, que incluya y asegure:

- la promoción de la salud y la defensa de la vida humana en condiciones que la hagan posible y digna;
- una orientación solidaria, basada en la equidad y guiada por políticas sociales que den prioridad a los problemas sanitarios;
- la identificación del “generalista” como una posición legítima y atractiva, de un valioso agente de salud;
- el reconocimiento social, académico y económico de su capacidad de atender y contribuir a resolver un alto porcentaje de las patologías más comunes, con la tecnología y los recursos requeridos y que estén disponibles.

Sin embargo habrá que seguir insistiendo en este cometido y buscar una solución compatible con los objetivos éticos y de equidad social.

LOS DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

La educación médica y la medicina son prácticas sociales cuyos fines y medios se tienen que definir históricamente considerando las necesidades de cada sociedad. En la actual coyuntura, las escuelas tendrán que tomar posición frente a la **crisis** y la **tecnología** como determinantes de las posibilidades de su respuesta social y de su impacto. Sin embargo, la **equidad** como valor social orientador se define en este momento como un criterio básico de su pertinencia y legitimidad como instituciones.

Edimburgo puede ser una oportunidad para que las escuelas definan un **nuevo compromiso social** que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad. Puede ser también la oportunidad para generar un **nuevo modelo científico** biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la comunidad. Asimismo, puede constituirse en un espacio para debatir y redefinir una **nueva ética**.

Es necesario un nuevo estatuto de valores que trascendiendo la influencia de los cambios en los patrones de práctica, reconstruya la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional y la función social de atender las necesidades de salud y considere las dimensiones de las relaciones entre el médico y el paciente, entre los “trabajadores colectivos” y entre la educación y la práctica médicas.

No se puede dejar de resaltar la importancia de esta última en la actual coyuntura, ya que la relevancia social de la educación médica como criterio ético entra en contradicción con el criterio de calidad de atención dominante, definido en lo esencial por la tecnología incorporada, y que tiende a ser asumido en los mismos términos en el proceso de formación.

En ese rescate del compromiso con la sociedad, las escuelas no podrán ni deberán quedar al margen del debate sobre la equidad y la búsqueda de formas de organización de la atención, que combinen mecanismos solidarios con la calidad necesaria para atender las necesidades sociales y superar las diversas formas de segmentación y exclusión social.

El acompañamiento de los desarrollos científicos deberá contribuir a que la educación médica pueda definir con claridad los conocimientos requeridos para las situaciones sanitarias epidemiológica y socialmente prioritarias. Las escuelas deberán estar abiertas al diálogo con otros saberes médicos legítimos y culturalmente validados, e integrar los conocimientos y métodos de las ciencias sociales para la comprensión de una problemática que es esencialmente social.

Sería un error cerrar las puertas del saber y la práctica médica a las realizaciones y posibilidades tecnológicas, pero será necesario fijar prioridades, criterios de eficiencia y eficacia tecnológicas, integrar tecnologías autóctonas e impulsar tecnologías apropiadas.

Estas condiciones pueden ser la base para construir otro modelo científico, integral e integrador, que por medio de estrategias de trabajo interdisciplinario y del diálogo entre distintos saberes, pueda ayudar a redefinir las relaciones entre la práctica y la educación médicas y su objetivo fundamental.

La superación de la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas en el contexto de la medicina moderna obligará a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica

del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad. Por ese camino transitan las posibilidades de resolver este viejo dilema de la educación médica. Será necesario continuar formando mejores especialistas al mismo tiempo que se rescata y fortalece la formación general de grado reubicándolo en el equipo de salud y promoviendo su papel y estima sociales.

El desarrollo económico y social previsible y deseable y los ajustes que sus logros y condiciones van a requerir, seguirán siendo permanentes estímulos, retos y limitaciones para el ejercicio de la práctica médica y por tanto, para los procesos de formación de los médicos de ahora y del futuro. Estos retos y limitaciones, mucho más que las decisiones o voluntades internas de las instituciones académicas formadoras de personal, orientarán el saber y el hacer de médicos, profesores, autoridades y estudiantes de medicina. Preveerlos, interpretarlos, confrontarlos y traducirlos en contenidos, métodos, metas y objetivos de la profesión es una tarea que requiere el concurso no solo de los médicos sino también de otros profesionales y actores sociales comprometidos en entender y atender los problemas de salud del presente y del futuro.

LA CONTRIBUCIÓN EN AMÉRICA LATINA

Para la recolección de los puntos de vista de las autoridades responsables de la educación médica en América Latina, se plantea la posibilidad de registrar su reacción a las consideraciones vertidas en este documento y especialmente de sus dos últimos capítulos relativos a los desafíos de la educación médica y a las cuestiones específicas que a continuación se presentan:

1. La búsqueda de altos niveles de complejidad en la atención médica a costa de una progresiva incorporación de tecnología de punta ha elevado el costo de la atención y reducido la accesibilidad de estos servicios a la población, con evidente deterioro de la equidad.
Complejidad y Cobertura
¿Cómo lograr que en la formación del médico se incorpore tempranamente el debate sobre el dilema entre complejidad y cobertura y su relevancia social?
2. La crisis de recursos afecta no solamente el funcionamiento de las escuelas y facultades, sino también la calidad del proceso educacional y la investigación científica.
Equilibrio entre necesidades y objetivos institucionales

¿Cómo asegurar un balance entre las exigencias y posibilidades de satisfacer las necesidades inmediatas de recursos y el mejoramiento de la calidad educativa, sin que esto signifique un mayor aislamiento de las necesidades sociales y la pérdida de objetivos trascendentes de la institución?

3. A pesar de que la práctica médica está sometida a un proceso de progresiva institucionalización, el modelo de ejercicio liberal individual de la profesión médica continúa siendo la imagen dominante del futuro médico y de sus docentes.

Práctica liberal versus institucional

¿Cómo traer al nivel formativo una imagen más realista de la futura práctica profesional que reorienta el proceso formativo?

4. Aun admitiendo la influencia dominante del patrón de práctica médica sobre el proceso formativo, se reconoce en este último un grado de autonomía relativa.

Autonomía de la educación médica

¿Es posible delinear estrategias que aprovechen al máximo las potencialidades de autonomía del proceso de educación médica en la dirección de mayor compromiso social y ético?

5. Es innegable que la calidad de la atención médica debe ser permanentemente mejorada para lo cual es indispensable desarrollar adecuados sistemas de evaluación con la participación entre otros de los usuarios y las escuelas de medicina.

Calidad y control social

¿Cómo contribuir a la operacionalización de este sistema de evaluación e incorporar en la formación médica la necesidad del control social de la práctica profesional?

6. Por más que hayan contribuido las ciencias biomédicas y el instrumental didáctico pedagógico para el avance de la educación médica, han sido las ciencias sociales las que han logrado mayor impacto en promover la comprensión de los determinantes de la práctica médica.

Incorporación de las ciencias sociales

¿Cómo lograr la incorporación de las ciencias sociales como uno de los ejes articuladores de la educación médica?

7. La sola exposición a la atención médica en el contexto comunitario podría no ser suficiente para inducir el desarrollo de un patrón de práctica más orientado a las necesidades de la población y que enfatice la prevención y promoción de la salud sobre la curación.

Contexto comunitario, biológico y social

¿En qué medida podría contribuir a esto una mayor articulación del conocimiento biológico y social, facilitando una mejor comprensión de la problemática de salud en toda su extensión y una profundización de las experiencias en comunidad promoviendo una mayor coherencia entre teoría y práctica social?

8. Una interpretación inadecuada del abordaje educativo centrada en problemas ha favorecido el manejo de situaciones específicas en forma aislada de su fundamentación científica, confundiendo la deseable interdisciplinariedad con un enfoque trivial de poco potencial formativo.

Solución de problemas y modelo educativo

¿Cómo resguardar el abordaje científico-técnico al enfocar en un contexto interdisciplinario la formación del futuro médico, ayudándole a la búsqueda del conocimiento necesario para la solución de los problemas prioritarios, colocados en una visión integral del ser humano en la sociedad?

9. La subordinación institucional y la práctica tecnológica colectivizada alteran la relación médico-paciente con reducción de la autonomía y responsabilidad del médico.

Relación médico-paciente y ética

¿Cómo compensar esta situación replanteando el sentido ético de la profesión y en qué manera la escuela y el proceso formativo pueden apoyar este intento?

10. La idea de un nuevo contrato social replantea el rol del médico en el ámbito del proceso salud-enfermedad y en la forma de inte-

El nuevo contrato social

ractuar en el equipo de salud y puede equiparar en fases diferentes del cuidado médico los papeles del generalista y el especialista.

¿Cómo vislumbrar estas nuevas concepciones tanto en la práctica como en la educación médica?