



Consideraciones sobre la escuela de medicina como organización social

Joaquin Domínguez¹.

¹Fisiólogo jdomin22@hotmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Las escuelas de medicina son construcciones sociales, y la educación médica es una práctica socializante que implica no sólo la adquisición de conocimientos y habilidades, sino también la adquisición de actitudes, valores y un sentido ético de la práctica médica. A partir de los cambios que se están dando en la educación médica, particularmente con la nueva definición de sus objetivos, cobra mayor vigencia el estudio de la función socializante de las escuelas de medicina. En este artículo se analiza el tema en tres aspectos: la educación médica como proceso de socialización de la profesión médica, los cambios en el clima sociocultural de las escuelas de medicina, las razones para esos cambios, y las interacciones entre la práctica y la educación médicas. Se concluye que, a pesar de los cambios radicales en la práctica médica de los últimos años, para los estudiantes de medicina, la experiencia socializante ha cambiado muy poco.

INTRODUCCIÓN

La socialización de los estudiantes en las escuelas de medicina ha sido de interés para sociólogos, educadores y otros investigadores relacionados con la educación médica en general. La investigación sobre el tema, sin embargo, ha estado confinada en su mayor parte a las escuelas de medicina de Estados Unidos y Gran Bretaña y ha recibido poca atención académica en nuestro medio. Las escuelas de medicina son construcciones sociales y la educación médica es

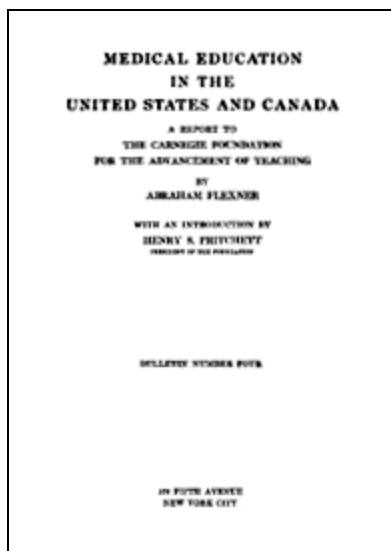
una práctica socializante que implica no sólo la adquisición de conocimientos y habilidades sino también la adquisición de actitudes, valores y un sentido ético de la práctica médica.

A partir de los cambios que se están dando en la educación médica, particularmente con la nueva definición de sus objetivos, cobra mayor vigencia el estudio de la función socializante de las escuelas de medicina. Este artículo analiza la literatura sobre el tema con el propósito de contar con un marco de referencia para futuras investigaciones. Por lo tanto, no es una descripción exhaustiva, ni pretende definir el campo o ser prescriptivo.

Las secciones que conforman el artículo están relacionadas con tres cuestiones: en primer lugar, lo que tiene que ver con la evolución histórica de la investigación sociológica sobre la educación médica, como proceso de socialización de la profesión (desde los años cuarenta hasta el momento actual), de la cual se señalan los aportes más importantes. La segunda parte está dedicada a describir algunos cambios en el clima sociocultural de las escuelas de medicina en el pasado reciente, así como las razones para tales cambios. La tercera parte del artículo se refiere a las interacciones entre la práctica médica y la educación como práctica socializante.

LA EDUCACIÓN MÉDICA COMO PROCESO DE SOCIALIZACIÓN DE LA PROFESIÓN

Los primeros estudios sociológicos sobre la moderna educación médica (4, 8, 21), giraron alrededor de la transformación, al inicio del siglo XX, de la escuela de medicina y su currículum de orientación pragmática en un modo científico de la formación de médicos con la escuela de medicina dentro de la universidad, esto es, la formación del médico ya no constituye un proceso aislado sino que forma parte de una práctica universitaria.



Ciertamente, la primera gran revolución en la educación médica moderna ocurrió en Estados Unidos con el Informe Flexner de 1910 (5) que intentó crear una escuela unificada, integrada dentro de las universidades. Sus recomendaciones consistían en adscribir las escuelas de medicina a las universidades, crear los departamentos e incorporar el hospital a las escuelas de medicina, otorgándole a la clínica la cualidad de ser enseñada en un hospital. La aceptación general en la mayoría de las escuelas de medicina de las recomendaciones del Informe Flexner condujo a un programa académico estandarizado para los estudiantes de medicina, en el cual las ciencias básicas de los primeros años sentarían las bases para la educación clínica posterior. Sin embargo, la constatación es que la integración nunca se completó, porque las universidades no pudieron absorber el complejo multiorganizacional de las ciencias básicas, los departamentos clínicos y el hospital de enseñanza y, por el contrario, se estableció en las escuelas de medicina una división en dos áreas: ciencias básicas y ciencias clínicas que aún persiste. Esta división en el papel del educador médico ha sido, sin lugar a dudas, una consecuencia no prevista del Informe Flexner.

Adicionalmente a esos trabajos, en su mayoría basados en aspectos teóricos, la literatura ofrece hallazgos bastante consistentes que señalan claramente la función socializante de las escuelas de medicina. Hay estudios empíricos que demuestran repetidamente la importancia de esta

función. En sus inicios, estos estudios se llevaron a cabo bajo la influencia de las ideas de Talcott Parsons, (17) quien aplicó la teoría funcionalista a la explicación de la medicina y la enfermedad. Según Parsons, la práctica médica constituye un mecanismo del sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros. En este contexto, Merton (15) ha descrito la carrera de medicina como un proceso social, a través del cual los estudiantes adquieren las características profesionales del médico en una institución que además de su función de inculcar conocimientos y habilidades, cumple con el papel de socializar a los estudiantes en lo que se refiere a valores y actitudes. Entre otras cosas, este investigador hizo hincapié en la forma cómo los estudiantes se enfrentan con la incertidumbre presente en la práctica médica y en el significado del uso de cadáveres en las primeras etapas de la formación y la realización de autopsias en una etapa posterior como rituales, para inculcar una actitud científica en los estudiantes.

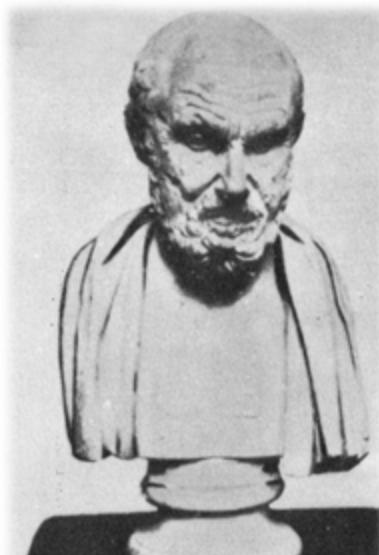
En los años sesenta y setenta, las investigaciones se concentraron en el estudio de la cultura del estudiante y su transformación en una cultura profesional, con un conjunto de valores y una conducta más explícita relacionada con la experiencia clínica. Así, por ejemplo, Becker y col. (1) dan cuenta de los problemas que se presentan en el proceso de socialización debido a que los estudiantes forman un colectivo para resistir las demandas de rendimiento por parte de los profesores. Esta "cultura disidente" de los estudiantes se contrapone a los objetivos propuestos por la institución. Son de esta época también los estudios sobre las estrategias y los procesos a través de los cuales los estudiantes se enfrentan con el dolor (12), el estrés (13, 20) , la muerte de pacientes (14) y a sus propios errores (2).



En los años ochenta, se inicia el interés por la orientación de la escuela de medicina frente al incremento tecnológico en la práctica médica y la necesidad de que los estudiantes manejen los avances de alta tecnología. Al incrementarse la especialización en la práctica médica, la escogencia de las especialidades por parte de los estudiantes surge como tema de investigación y la escuela de medicina se convierte en el centro de los conflictos que se suscitan en la práctica médica. En

opinión de García (7), la importancia de este conflicto reside en el papel legitimador que tiene esta institución. Las innovaciones en la práctica médica deben ser aprobadas por las escuelas de medicina para ser consideradas como legítimas. Este papel de árbitro lo ejerce la escuela de medicina de diferentes formas, siendo la más común la incorporación de la innovación a la enseñanza.

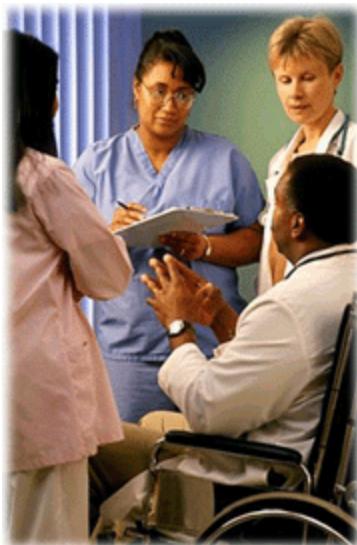
En la última década, ha tomado renovado interés el estudio del cambio en las actitudes de los estudiantes durante el proceso de formación. Wolf y col. (24), por ejemplo, encuentran que los estudiantes se vuelven más cínicos en la medida que se avanza en la carrera. Estos autores atribuyen el incremento del cinismo a los ajustes necesarios para la transición de los años preclínicos a los años clínicos; mientras en los primeros, los estudiantes permanecen casi en el anonimato y su rendimiento se evalúa casi siempre mediante exámenes escritos, durante los años de los estudios clínicos su rendimiento es más público y visible. La intimidación, la humillación y la degradación por parte de profesores y médicos residentes es más común. Por



Hipócrates

otra parte, los estudiantes de los años clínicos deben confrontar la muerte con más regularidad y frecuentemente se ven impotentes frente a las necesidades de los pacientes. Otro aspecto a tener en cuenta es que durante esta etapa; los estudiantes tienen que trabajar en un ambiente caracterizado por el autoritarismo y la rigidez. También ha sido motivo de estudio la actitud asumida por los estudiantes frente al juramento que se debe prestar al inicio de los estudios o, en algunos casos, en el momento de la graduación. Durante muchos años, prestar juramento ha sido un rito estándar en las escuelas de medicina, y el llamado juramento hipocrático ha constituido el paradigma de la ética médica. Sin embargo, con el advenimiento de la ética de la salud pública, su contenido ha sido cuestionado (18, 23) y numerosas escuelas han introducido sus propio juramento. Según Yakir y Glick (25), en aquellas escuelas donde el juramento se presta al inicio de la carrera, los estudiantes desarrollan una actitud positiva hacia el juramento, al cual consideran más como un conjunto de principios generales, que como un documento legal rígido con reglas específicas obligatorias. Esta actitud positiva hace pensar a los investigadores que los valores del juramento son internalizados durante el proceso de formación, independientemente de que los detalles específicos sean memorizados o recordados posteriormente.

LOS CAMBIOS EN EL CLIMA SOCIOCULTURAL DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA



El clima sociocultural de las escuelas de medicina ha experimentado cambios en la medida en que la vida social e intelectual externa se ha ido transformando. La sociedad que, en definitiva solventa el costo de las actividades de la educación médica, espera de las escuelas de medicina la formación de profesionales capaces de satisfacer las aspiraciones sociales de la comunidad a la que habrán de prestar servicio. Por otra parte, la práctica circunscrita a la atención de la enfermedad y eventualmente a su prevención, no puede operar satisfactoriamente en los nuevos espacios que la sociedad civil está abriendo, en la medida en que surgen organizaciones que intentan encontrar soluciones a los problemas de salud. Esta situación ha llevado a las escuelas de medicina a desarrollar un espacio sociocultural que le permita mediar las presiones y los requerimientos externos, así como regular las acciones y relaciones universitarias.

Uno de los cambios más evidentes en el clima sociocultural de las escuelas de medicina, tiene que ver con la variación sustancial en la composición de sexo en la población estudiantil. En un pasado no muy lejano, las mujeres constituían una minoría en la matrícula estudiantil, en el momento actual, sin embargo, la situación se ha revertido llegando en algunos casos a ser hasta 70% del total de los estudiantes. ¿Cuáles han sido las razones para este cambio? Sin lugar a dudas, una de las razones principales ha sido la expansión de la matrícula. Por otra parte, se debe

tomar en cuenta el surgimiento, a partir de los años sesenta, primero en Estados Unidos y luego en el resto de los países, del Movimiento Feminista, el cual desencadenó una mayor toma de conciencia sobre el problema de la discriminación sexual en el mundo de los negocios y las profesiones. Ahora bien, ¿cómo ha repercutido este cambio en la función socializante de las escuelas de medicina? No es posible hacer una evaluación exhaustiva por cuanto esta situación no ha sido estudiada sistemáticamente. Sin embargo, existen datos que indican que la presencia mayoritaria de mujeres en las aulas, salas de disección y quirófanos ha contribuido a modificar el estereotipo de conducta de los varones que se desarrolló en la época de las escuelas con predominio de estudiantes de sexo masculino (10).

A finales de los años sesenta se inicia otro cambio en el clima sociocultural de las escuelas de medicina, cuando los estudiantes comienzan a cuestionar los métodos tradicionales de enseñanza y los centros de poder. El respeto automático por la edad y la jerarquía comienza a disminuir y paralelamente se desarrolla un escepticismo hacia la teoría y la práctica dominantes. Surgen programas de educación informal y autoformación y en el campo intelectual se señalan los efectos negativos de la medicalización y el carácter ideológico y reproductor de las instituciones formadoras de médicos (9). Mientras esto ocurría en las aulas, otras fuerzas se ocupaban de la compleja organización de las escuelas dando lugar a una escuela más liberal, menos jerárquica y menos dogmática en la enseñanza que en el pasado.



En los últimos años, los cambios generados en el seno de la sociedad han afectado profundamente la práctica de la medicina, configurando un nuevo patrón en las relaciones entre el médico y su paciente. Actualmente, la población tiene mayores conocimientos en materia de salud (el conocimiento médico ha dejado de ser patrimonio exclusivo de los médicos), se ha vuelto más asertiva y crítica de la práctica médica. Esto ha creado nuevas demandas y aceleradas presiones en el interior de las escuelas de medicina. Este ámbito ha llevado a la mayoría de las escuelas a dedicar más tiempo a la dinámica de la relación médico-paciente con la esperanza de formar un médico más sensible. Esta disposición se vuelve más importante en cuanto que en la sociedad pluralista y consensual, los valores tradicionales de la medicina han perdido la fuerza normativa que tuvieron en la sociedad más homogénea y autoritaria del pasado, y algunos principios éticos, considerados inmutables, son hoy en día cuestionados. Ejemplos de este cuestionamiento a la "cultura profesional" son las diferencias de opinión acerca de algunas conductas médicas en relación con el trasplante de órganos, la manipulación genética y la prolongación de la vida, procedimientos de gran significado simbólico en la relación del médico con su paciente. Emerge así otra cuestión para definir el futuro desarrollo de la educación médica: una mejor calidad en la formación del médico en relación con los requerimientos sociales y con los nuevos criterios de ética profesional.

LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA SOCIALIZACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LA ESCUELA DE MEDICINA

En la actualidad, la discusión alrededor de la formación del médico se desarrolla de forma intensa y bastante vinculada con la polarización entre una formación generalista y la especialización. El establecimiento de la medicina tecnológica se ha visto acompañado de diferenciaciones de todo tipo; al mismo tiempo que extiende los servicios ampliando la asistencia para la población, formaliza mecanismos de diversificación en la producción de servicios dando lugar a la constitución de prácticas que no sólo son técnicamente diversas sino que son cualitativamente desiguales en su capacidad de satisfacer las necesidades asistenciales. Sin embargo, lo peculiar de la medicina actual en opinión de Schraiber y col. (19) no está en haber cambiado el patrón de práctica y de asistencia, sino en haberlo hecho por medio de la institucionalización de las diferencias.

Las transformaciones en la práctica médica originan tensiones de diverso orden en las escuelas de medicina. El proceso educacional (socializante) se va transformando para recubrir materialmente las nuevas demandas de la práctica. La especialización en la práctica médica exige mayores inversiones en el aspecto tecnológico de las escuelas y, simultáneamente, provoca importantes definiciones en términos de enseñanzas específicas dando lugar a una escuela integrada por un conjunto de dependencias destinadas cada una de ellas a la práctica de un campo de saber específico. Se trata de una organización territorial y disciplinar que refleja la división taxonómica del sistema de pensamiento instituido en ella.

La organización territorializada del saber médico contribuye a la consolidación estructural de diversos corpus teóricos y metodológicos así como a la reproducción sistemática de sus confines de identidad profesional, pero resulta inevitable que a la vez actúe en pro de la conformación de universos de sentido cerrado, y de la generación de inercias y de pautas de comportamiento de quienes los producen con un fuerte componente autorreferencial.

La conformación de la educación médica como un sistema cerrado consolida el proceso de la preferencia vocacional de los estudiantes en función de la socialización que tiene lugar en la escuela de medicina y en el hospital de enseñanza (11). Desde la perspectiva de la teoría de la socialización de adultos, en el proceso de formación, los estudiantes se ven expuestos a una serie de influencias que no sólo les infunden los valores de la profesión sino que también determinan el tipo de especialidad que van a elegir; siendo la influencia de los profesores una de las más significativas (16, 22).

El planteamiento anterior, sin embargo, ha sido motivo de críticas por cuanto no alcanza a vincular los procesos internos con el ámbito externo de las escuelas de medicina y los hospitales; así como las condiciones del mercado médico y las definiciones ideológicas en relación con la organización y las funciones de los servicios asistenciales. Para superar esta situación, Frenk (6), ha propuesto el concepto de paradigma sobre la práctica médica como puente entre el proceso de socialización que se desarrolla en la organización social de la profesión (escuelas de medicina y hospitales) y las condiciones externas que constituyen el ámbito circundante. Según este autor, el paradigma se puede originar en la variación de las condiciones de trabajo médico pero para que se convierta en dominante es preciso que sea institucionalizado por las escuelas de medicina. El proceso de institucionalización del paradigma dominante, a su vez, influye considerablemente en la socialización de los estudiantes.

Ahora bien, el punto importante que se destaca aquí es que la práctica médica ha cambiado radicalmente en los tiempos modernos; cabe preguntarse, entonces, si la educación médica ha

tenido una transformación de la misma magnitud. Se puede afirmar de manera general que a pesar de la voluntad y el deseo de cambio por parte de los educadores médicos y al planteamiento generalizado de una reforma, la educación médica se ha quedado a la zaga de la práctica. En este contexto y en lo relativo al proceso enseñanza-aprendizaje, nos encontramos con una suerte de discronía histórica. Bloom (3), atribuye esta situación a que la mayoría de los cambios en las escuelas de medicina han ocurrido a nivel del currículum. Durante el proceso de incorporación de la ciencia moderna a la educación médica, en las escuelas de medicina se establecieron grandes estructuras organizacionales, las cuales desencadenaron internamente divisiones competitivas. El mantenimiento de estructuras de este tipo requiere de poderosas defensas, entre las cuales una de las más populares es la reforma del currículum. Revisando y experimentando con el currículum se puede dar la impresión de un cambio racional mientras otras fuerzas dominan la dirección del proceso institucional; en otras palabras, nos encontramos con una situación en la cual la protección de los dominios territoriales se sobrepone a los objetivos educacionales como la fuerza que maneja la institución. De esta manera, la riqueza educativa (socializante) de la escuela de medicina se pierde en los tecnicismos propios de cada asignatura.

CONCLUSIÓN

La práctica médica y la educación médica aun cuando forman parte de una misma historia y van en la misma dirección no han evolucionado con el mismo ritmo, ni con los mismos contenidos. A pesar de los cambios radicales en la práctica médica, la educación médica como proceso de socialización de los estudiantes ha cambiado muy poco. Las escuelas de medicina varían de un sitio a otro, pero, para los estudiantes, la experiencia parece ser muy similar. Hasta hoy, la socialización del estudiante de medicina ha sido un proceso institucional mediante el cual aquél asimila, en forma selectiva, valores, actitudes, intereses, habilidades y conocimientos, o sea la "cultura profesional" que lo lleva a encarar cada caso en sus aspectos exclusivamente clínicos. La escuela de medicina, con más énfasis en la misión científica que en la misión humanística, funciona como un sistema cerrado donde los estudiantes y los profesores son elementos independientes que influyen unos en otros. Dependiendo de la propia estructura de las relaciones sociales de la escuela, los estudiantes reciben orientación en uno u otro sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becker HC; Geer B; Hughes EC; Strauss AL. Boys in white: University of Chicago Press, 1961.
2. Bloom SW. Power and dissent in the medical school: Free Press, 1973.
3. Bloom SW. The medical school as a social organization: the sources of resistance to change. Medical Education, 1989, 23: 228-241.
4. Fabricant NA. Why we become doctors?: Grune and Stratton, 1954.
5. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
6. Frenk J. Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina de México. Educación Médica y Salud, 1985, 19: 424-451.

7. García JC. Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica. *Universidades*, 1981, 21: 58-67.
8. Hall O. The stages of a medical career. *American Journal of Sociology*, 1948, 53: 327-331.
9. Illich I. *Medical nemesis: the expropriation of health*: Random House, 1975.
10. Jefferys M; Elston MA. The medical school as a social organization. *Medical Education*, 1989, 23: 242-251.
11. Levinson DJ. Medical education and the theory of adult socialization. *Journal of Health and Social Behavior*, 1967, 8: 253-264.
12. Lief HI; Fox RC. The medical students training for detached concern. En: Lief HI; Lief VF; Lief NR (Eds) *The psychological basis of medical practice*: Harper and Row, 1963.
13. Light DD. Uncertainty and control in professional training. *Journal of Health and Social Behavior*, 1979, 20: 310-322.
14. Lyden FJ; Geiger HJ; Peterson OL. *The training of good physicians*: Harvard University Press, 1968.
15. Merton RK. Some preliminaries to a sociology of medical education. En: Merton RK; Reader G; Kendall PL (Eds) *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education*: Harvard University Press, 1957.
16. Paiva RE; Vu NV; Verhulst SJ. The effect of clinical experiences in medical school of specialty choice decisions. *Journal of Medical Education*, 1982, 57: 666-674.
17. Parsons T. *The social system*: Free Press, 1951.
18. Robin ED; Mccauly C. Cultural lag and Hippocratic oath. *The Lancet*, 1995, 345: 1422-1424.
19. Schraiber LB; Medici AC; Goncalves RBM. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos. *Educación Médica y Salud*, 1994, 28: 20-52.
20. Shuval J. From boy to colleague; processes of role transformation in professional socialization. *Social Science and Medicine*, 1975, 9: 413-420.
21. Sinclair DC. *Medical students and medical sciences*: Oxford University Press, 1955.
22. Skeff KM; Mutha S. Role models-guiding the future of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 1998, 339: 2015-2017.
23. Veath R. Should we study the Hippocratic oath?. *Journal of Clinical Ethics*, 1990, 1: 291-292.
24. Wolf TM; Balson PM; Faucett JM; Randall MM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Medical Education*, 1989, 23: 19-23.
25. Yakir A; Glick SM. Medical students attitudes to the physician oath. *Medical Education*, 1998, 32: 133-137.