

Experiencia práctica temprana en la comunidad en la formación del médico en pregrado

Littlewood S y Col. BMJ 2005;331:387-91

Objetivo

Identificar las fortalezas y las limitaciones de la evidencia disponible de cómo el aprendizaje clínico temprano en la comunidad (ACTOC) contribuye a la educación médica. Se definió como temprano a los dos primeros años de la carrera, normalmente llamado período preclínico y, como experiencia se definió al contacto humano en su contexto social o clínico, es decir a lo auténtico (opuesto a lo simulado).

Fuentes de datos y selección de estudios

Revisión sistemática de trabajos publicados entre 1992 y 2001. La búsqueda se realizó en bases bibliográficas y revistas de educación médica. Fueron incluidos trabajos empíricos, observacionales y comparativos, sin restricción de idiomas y de otras profesiones relacionadas a la salud.

Resultados principales

De 116 estudios, 38 fueron considerados en la revisión sistemática, 79% de América del Norte, 23% de Europa y 8% de otras partes del mundo. Salvo 6% de trabajos que provenían de farmacia y 1% de nutrición, el resto fueron del ámbito médico. 72% fueron intervenciones en prevención en la comunidad y 28%, intervenciones hospitalarias y de escuelas de medicinas. El número de alumnos incluidos osciló entre 6 y 1081. La mayoría de los estudios fueron descriptivos (72% descriptivos vs. 28% comparativos). El 91% de los primeros arrojó resultados positivos así como el 70% de los comparativos.

La experiencia de ACTOC aumentó la popularidad de las residen-

cias de atención primaria como así también la satisfacción de los estudiantes seleccionados, también estimuló la generación de conocimiento y de una actitud empática hacia las personas enfermas, les dio confianza a los estudiantes, los motivó, les dio satisfacción y les ayudó a desarrollar la identidad profesional de manera significativa; ayudó a los estudiantes a aprender sobre los sistemas de cuidados de salud, sobre las responsabilidades del profesional de la salud y acerca de la salud que necesita una población. Esto hizo que tanto las conductas biomédicas (habilidades y competencias) y sociológicas fueran más pertinentes y más fáciles de aprender. El estudio muestra también que el ACTOC motivó a profesores y a pacientes, además de enriquecer los currículos de los alumnos. En algunos países, los estudiantes menores fueron los encargados de proporcionarles a la población a cargo, los cuidados de salud preventivos.

Conclusiones

La experiencia de ACTOC ayuda a los estudiantes de medicina a aprender, a desarrollar las actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica futura, y orienta el currículum médico hacia las necesidades de la sociedad. Es poco probable que surja evidencia proveniente de ensayos controlados comparativos, pero el esfuerzo podría concentrarse en evaluar los métodos y resultados de experiencias tempranas proporcionados dentro de los planes de la investigación no experimentales, usando dicha evaluación para mejorar la calidad de los currículos.

Fuente de financiamiento: ninguna.

Comentario

Es interesante que se comiencen a realizar y publicar este tipo de trabajos que están marcando un cambio en la currícula de las facultades de medicina a nivel internacional, debido a que, como los autores expresan en la introducción de este estudio, en el último siglo la formación médica ha sido de puertas para dentro, donde la norma era que los estudiantes debían aprender la teoría durante dos a tres años antes de verlo aplicado en terreno, basado en general en el modelo flexneriano^{1,2}. Muchas escuelas, como el Concejo Médico General del Reino Unido, están integrando verticalmente y/o horizontalmente diferentes tipos de experiencia práctica en los tres primeros años, pero también plantean que aun no hay evidencia disponible ni a favor ni en contra sobre estos modelos de aprendizaje. Quizás, porque en algunos casos las experiencias son recientes y en otros casos, porque no se han realizados los estudios pertinentes^{3,4}.

Recientemente se publicó un estudio de cohorte histórico que comparó dos grupos de profesionales médicos (en total 751). En una rama el aprendizaje de los estudiantes fue basado en el problema y orientado a la comunidad, y en la otra, los médicos fueron formados bajo la currícula tradicional. El estudio muestra que a los profesionales médicos que basaron su aprendizaje en el problema ori-

entado a la comunidad les fue significativamente mejor a la hora de proveer cuidados preventivos a la población y también respecto a la indicación de pruebas diagnósticas⁵.

Conclusiones del comentador

El aprendizaje basado en el problema y orientado a la comunidad o la educación basada en la comunidad es un cambio de paradigma que implica una práctica reflexiva y un cambio de la cultura tradicional educativa, que debe estar enfocado en el aprender a aprender. Este desafío implica escuchar atentamente, respetar el punto de vista del otro, aceptar la conciencia crítica, aceptar las propias incertidumbres relacionadas con el saber y la práctica, entender las reivindicaciones de los alumnos e iniciar una nueva práctica educativa basada en la pregunta, en la participación del alumno y de la comunidad, donde ellos realizarán su práctica. Implica un proceso de reflexión permanente sobre la práctica realizada en la acción y sobre la acción, para que permitan entre otras cosas, reforzar las oportunidades de aprendizaje significativo para los alumnos.

Nanci Giraudo [Médica de Familia. Unidad de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Giraudo N. Experiencia práctica temprana en la comunidad en la formación del médico en pregrado. Evid. act. pract. ambul. 9(2): 46. Mar-Abr.2006. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis S, Scherpbie A et al. **Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review.** BMJ 2005; 331: 387-391.

Referencias:

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canadá. A report of the Carnegie Foundations on the Advancement of Teaching. Boston: The Merrymount Press; 1910.
2. Flexner A. Medical education: comparative study. New York: The Macmillan Company; 1925.
3. Magzoub ME. The Impact of Community-based Programme on the Community. Studies in Community-based Education. Uniprint / Universitaire Drukkerij, Maastricht 1994.
4. Southgate LJ et al. Implementing Community Oriented Community-Based Medical Education. Report of de seventh Cambridge Conference on Medical Education. Ann Arbor. Michigan USA 1995.
5. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. BMJ 2005; 331: 1002.