

La Atención a la Salud Centrada en la Persona Comienza con una Educación Médica Centrada en la Comunidad: La educación médica debe responder al llamado de la diversidad

James D. Katz, Emily Rose, Katlin Poladian, Karina D. Torralba

Los disturbios sociales son un llamado a replantear los valores fundamentales a todos los aspectos de dicha sociedad, incluyendo la educación médica. Cambios sistemáticos en el tratamiento de distintos grupos de individuos en relación con los planes de estudios educativos se han hecho manifiestos ya en Sudáfrica durante las campañas dirigidas por los estudiantes para descolonizar y diversificar los planes de estudios médicos¹. La resistencia institucional se traduce en fracasos a la hora de no tener en cuenta la dimensión política de la identidad o el pensamiento pluralista¹, lo cual implica que el "cerco del conocimiento inequívoco" académico no sólo se erige como torre de marfil, sino que simultáneamente puede apartarse de la aportación a y de ser accesible para la comunidad. Confrontar la tensión entre el la significación comunitaria (que sanciona un plan de

estudios culturalmente relevante) y la significación privilegiada (derivada de una mentalidad monolítica) exige que los educadores reconozcan que el método científico es solamente una "manera de conocer". En este manuscrito nos preguntamos: ¿Quién posee la atribución de la significación de lo médico? ¿Quién confiere autoridad al mundo académico?

Nuestra tesis es que es posible y preferible alejarse de la ortodoxia didáctica de la educación para incorporar un modelo de aprendizaje comunitario colaborativo.² A través de un mayor acceso para la comunidad, la educación médica puede enfatizar la justicia (equidad en la salud) al tiempo que se resignifican las relaciones que coadyuvan a la opresión, tipificadas por la falta de transparencia del poder médico, (dominación prejuiciosa).^{3,4}

En la literatura médica y laica se pide una reforma curricular.^{5,6} Se denuncia un producto académico que carece de justicia, valor y veracidad.⁵ Además, el aprendizaje didáctico canónico se ha visto desafiado (literalmente "trastornado") con la llegada de la "metodología del aula invertida".⁶ En conjunto, es evidente que la educación tradicional no garantiza necesariamente la consecución de niveles confiables de conocimientos, habilidades y actitudes independientes.⁷ La palabra clave aquí es "confiables", ya que los educadores están limitados por la demanda pública de pruebas de calidad, la respuesta reflexiva a esta limitación ha sido abrazar la hegemonía. En pocas palabras, los educadores médicos tienen la tarea de evaluar las habilidades de razonamiento de orden superior. Para lograrlo, los profesores de medicina se basan

James D. Katz1, MD. Director Clínico, Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS), Instituto Nacional de Salud (NIH), EE.UU.

E-correo james.katz@nih.gov

Emily Rose1, BS. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS), Instituto Nacional de Salud (NIH), EE.UU.

Katlin Poladian2, MD. Escuela de Medicina de Wake Forest, Centro Médico Bautista de Wake Forest, Medical Center Boulevard, Winston-Salem, Carolina del Norte

Karina D. Torralba, MD. Jefe y Director del Programa de Becas, División de Reumatología, Departamento de Medicina, Loma Linda University Health, Departamento de Medicina, Loma Linda, California, EE.UU.

E-correo: KTorralba@llu.edu

en medidas sustitutivas de la competencia, es decir, en la evaluación de los conocimientos brutos junto con la determinación del grado de supervisión que requiere un aprendiz determinado en una etapa de desarrollo concreta. Lamentablemente, no existe ni una nomenclatura ni un modelo mental compartido entre los educadores para trasladar dichos marcos de competencia a la práctica médica del mundo real.⁸ A pesar de los llamados a evaluar atributos más complejos y abstractos, la adquisición de conocimientos, y no la aportación a la comunidad en general, sigue siendo la vara de medir para competencia y confiabilidad.^{9,10,11}

Las Actividades Profesionales Confiables (APC) abarcan declaraciones de valor (por ejemplo, la profesionalidad) pero sin proporcionar medidas cuantificables. Por ejemplo: ¿Cómo se cuantifica la empatía?¹² Por otro lado, no hay consenso entre el profesorado en cuanto al nivel de confianza necesario para certificar una determinada APC.¹³ Pero quizás lo más importante es que rara vez se pregunta cómo se alinean estas APC con las prioridades de las comunidades a las que sirven.¹⁴ Un enfoque posmoderno de la educación médica exige este cuestionamiento del pensamiento hegemónico.¹⁵

La formación médica es el proceso de transición de los alumnos desde el dominio de las competencias hacia la atención centrada en la persona. La encomienda es un respaldo a la capacidad de proporcionar una atención segura según las normas de la comunidad. Pero la aprobación de los APC es un proceso que se ve obstaculizado por medidas inadecuadas de los resultados de la calidad.¹⁶ Además, no tiene en cuenta la importancia de la tutoría y de la formación específica para cada función.¹⁷ Asimismo, no consigue que la comunidad participe en la evaluación de la sensibilidad de los alumnos en relación a sus intereses culturales y socioeconómicos¹⁸. Dado que se trata de una actividad que descansa en valores humanos, sin la participación de la comunidad, la concesión del derecho a la práctica no supervisada no cumple la promesa implícita en las EPC de ofrecer una atención segura según las normas locales. Esta es otra forma de decir que la designación de las EPC

sin la aportación de la comunidad es vulnerable a sesgos de privilegio social (desigualdad de clase).

La yuxtaposición específica de ciencia y compromiso significativo a nivel del individuo exige una "educación médica socialmente responsable".¹⁹ Por un lado, la atención longitudinal es un pilar del compromiso con la comunidad ante la necesidad de obtener resultados.²⁰ Por otro lado, la atención clínica representa a menudo una comprensión del paciente basada en sus necesidades (en contraposición a la inspirada en el aprendizaje memorístico).²¹ Con este fin, las estrategias de aprendizaje adecuadamente diseñadas y que impliquen a la comunidad pueden informar el aprendizaje basado en la práctica y proporcionar la base para la mejora de sistemas completos. Esto se ha conseguido, por ejemplo, implicando administrativamente a las comunidades indígenas en la educación médica.²² Otra estrategia novedosa hace hincapié en la evaluación de las habilidades médicas de diagnóstico. En este caso, los métodos estadísticos avanzados son capaces de captar la fuerza de la alineación del pensamiento entre los aprendices y el profesorado, y de esta manera iluminar las habilidades de pensamiento crítico.²³ El proceso de identificar las discrepancias en la producción de significado médico que haya entre el aprendiz y el profesorado sirve para dos objetivos. En primer lugar, funciona como una medida del aprendizaje, ya que sirve para discriminar entre dos grupos. En segundo lugar, es un mecanismo para captar los errores sistémicos que deben abordarse con el fin de mejorar la calidad la instrucción. A nivel del alumno, esto refleja el aprendizaje basado en sistemas, ya que requiere ver las interrelaciones, reconocer la complejidad dinámica y, en última instancia, un refinamiento en la creación de significado médico. A nivel de la institución, refleja el aprovechamiento y la mejora basados en la práctica porque funciona como una auditoría de rendimiento del sistema. Pero a nivel de la comunidad, la sinergia de pensamiento entre el aprendiz y (en este caso) la población local, aporta "poder ciudadano" a la educación médica al prestar atención a las cuestiones de marginación y diferencia.²⁴ Una tercera estrategia se refiere a la implementación de la reflexión en las actividades

de aprendizaje curricular que examina específicamente los abusos de los derechos humanos, y luego, a su vez, utiliza esta estrategia como un mecanismo para exponer la desigualdad de la clase.²⁵

Una implicación de esta propuesta es que se necesita un nuevo formato para las conferencias educativas. Los nuevos modos de colaboración podrían incluir testimonios de la comunidad junto con comentarios de expertos.²⁶ De esta manera, el altruismo, la compasión y la integridad pueden ser captados como objetivos de aprendizaje significativos. Estas características, de otro modo mal definidas, se prestan a ser operacionalizadas en este nuevo formato porque los comportamientos, *per se*, son compatibles con un efecto de "formación en compasión".²⁷

La salud de la comunidad y de la población son resultados educativos de alto nivel que pretenden específicamente corregir las injusticias de nuestros sistemas sociales y médicos. Por ejemplo, los procesos de revisión basados en la comunidad que se emplean actualmente en el ámbito de la investigación deberían poder aplicarse también en el ámbito del desarrollo de los planes de estudio de medicina.²⁹

Esta estructura de aprendizaje-comunidad incluye el valor de la diversidad cultural y el reconocimiento de que los alumnos deben tener en cuenta la interfaz de la ciencia y la política, así como ser capaces de comunicarse de forma clara y concisa a diversos públicos en una variedad de formatos.³⁰ Considérese, por ejemplo, que la participación de los ciudadanos en el aprendizaje se presta especialmente bien a los esfuerzos educativos simplemente en virtud de la aceptación de la comunicación bidireccional (en contraposición a la comunicación descendente o hegemónica).³¹

En resumen, el malestar social es un recordatorio de que la educación médica también tiene un papel en dismantlar las divisiones raciales y étnicas. Esta perspectiva puede servir para replantear y reorientar la cosmovisión curricular tradicional. Las experiencias interdisciplinarias de resolución de problemas con aportaciones multiculturales sirven para animar a los alumnos a pensar de

forma crítica y creativa, a comunicarse con los demás y a ser intelectualmente flexibles.³² La implementación de un modelo de comunidad de aprendizaje para la educación médica requiere de una nueva visión de cómo funciona el sistema de educación médica tanto como comunidad (la academia) como dentro de una comunidad (el público). Y en todo momento nos corresponde preguntarnos: ¿Permitirá el nuevo plan de estudios aplicar indicadores de calidad asistencial y superará el problema de las disparidades raciales y étnicas?³³ Paralelamente a esta agenda, debemos ser conscientes de que cualquier ajuste curricular que se promulgue capte las auténticas necesidades de la comunidad a la que sirve la educación médica.³⁴

Declaraciones

Financiamiento/Reconocimiento: Este esfuerzo fue apoyado por el Programa de Investigación Intramuros del Instituto Nacional para la Artritis y las Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel del Instituto Nacional de Salud. Este esfuerzo fue posible, en parte, gracias al Programa de Becas de Investigación Médica de los NIH, una asociación público-privada apoyada conjuntamente por los NIH y las contribuciones a la Fundación para los NIH de la Fundación Caritativa Doris Duke, Genentech, la Asociación Americana para la Investigación Dental, la Compañía Colgate-Palmolive y otros donantes privados. El presente manuscrito no es una declaración oficial de los NIH o de los NIAMS. Los autores agradecen los atentos comentarios de los doctores Laura Lewandowski y Robert Lembo, que revisaron previamente el manuscrito.

Referencias

1. Ngunyulu RN, Sepeng N, Moeta M, Gambu S, Mulaudzi FM, Peu MD. The perspectives of nursing students regarding the incorporation of African traditional indigenous knowledge in the curriculum. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2020;12:e1-e8.
2. Carlson ER, McGowan E. A Foundational Framework for Andragogy in Oral and Maxillofacial Surgery I: General Considerations. *J Oral Maxillofac Surg* 2019;77:891-3.

3. Braveman PA. Swimming Against the Tide: Challenges in Pursuing Health Equity Today. *Acad Med* 2019;94:170-1.
4. Matwick AL, Woodgate RL. Social Justice: A Concept Analysis. *Public Health Nurs* 2017;34:176-84.
5. Karches KE, Sulmasy DP. Justice, Courage, and Truthfulness: Virtues That Medical Trainees Can and Must Learn. *Fam Med* 2016;48:511-6.
6. French H, Arias-Shah A, Gisondo C, Gray MM. Perspectives: The Flipped Classroom in Graduate Medical Education. *Neoreviews* 2020;21:e150-e6.
7. Osborne ML, Fields SA. Training physicians for the future US Health Care System. *Future Hosp J* 2014;1:56-61.
8. Meyer EG, Chen HC, Uijtdehaage S, Durning SJ, Maggio LA. Scoping Review of Entrustable Professional Activities in Undergraduate Medical Education. *Acad Med* 2019;94:1040-9.
9. Linganna RE, Goldhammer JE. OMG! Andragogy for Millennials. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2020;34:1250-1.
10. Shenkman E, Hurt M, Hogan W, et al. OneFlorida Clinical Research Consortium: Linking a Clinical and Translational Science Institute With a Community-Based Distributive Medical Education Model. *Acad Med* 2018;93:451-5.
11. Bailey RJ, Baingana RK, Couper ID, et al. Evaluating community-based medical education programmes in Africa: A workshop report. *Afr J Health Prof Educ* 2015;7:140-4.
12. Pedersen R. Empathy development in medical education--a critical review. *Med Teach* 2010;32:593-600.
13. VanLangen KM, Meny L, Bright D, Seiferlein M. Faculty Perceptions of Entrustable Professional Activities to Determine Pharmacy Student Readiness for Advanced Practice Experiences. *Am J Pharm Educ* 2019;83:7501.
14. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Med Teach* 2017;39:67-73.
15. Ellaway RH. Postmodernism and Medical Education. *Acad Med* 2020;95:856-9.
16. Garofalo M, Aggarwal R. Obstetrics and Gynecology Modified Delphi Survey for Entrustable Professional Activities: Quantification of Importance, Benchmark Levels, and Roles in Simulation-based Training and Assessment. *Cureus* 2018;10:e3051.
17. Burrows GL, Calleja P, Cooke M. What are the support needs of nurses providing emergency care in rural settings as reported in the literature? A scoping review. *Rural Remote Health* 2019;19:4805.
18. Strasser R, Worley P, Cristobal F, et al. Putting communities in the driver's seat: the realities of community-engaged medical education. *Acad Med* 2015;90:1466-70.
19. Siega-Sur JL, Woolley T, Ross SJ, Reeve C, Neusy AJ. The impact of socially-accountable, community-engaged medical education on graduates in the Central Philippines: Implications for the global rural medical workforce. *Med Teach* 2017;39:1084-91.
20. Radonjic A, Yarkhani E. Balancing health disparities through socially accountable medical education. *Educ Health (Abingdon)* 2019;32:133-4.
21. Ventres W, Dharamsi S. Socially Accountable Medical Education-The REVOLUTIONS Framework. *Acad Med* 2015;90:1728.
22. Strasser R, Hogenbirk J, Jacklin K, et al. Community engagement: A central feature of NOSM's socially accountable distributed medical education. *Can Med Educ J* 2018;9:e33-e43.
23. Katz JD, Mamyrova G, Guzhva O, Furmark L. Random forests classification analysis for the assessment of diagnostic skill. *Am J Med Qual* 2010;25:149-53.
24. Pratt B. Constructing citizen engagement in health research priority-setting to attend to dynamics of power and difference. *Dev World Bioeth* 2019;19:45-60.

25. Salhi BA, Brown PJ. Teaching Health as a Human Right in the Undergraduate Context: Challenges and Opportunities. *Health Hum Rights* 2019;21:191-202.
26. Katz JD, Haile-Mariam TW, Roth K, Moskovitz P, Niemtsoff M, Fried A. Teaching suffering: the testimonial-commentary method. *Psychol Health Med* 2012;17:629-35.
27. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Med Educ* 2019;19:139.
28. Bromley E, Jones L, Rosenthal MS, et al. The National Clinician Scholars Program: Teaching Transformational Leadership and Promoting Health Justice Through Community-Engaged Research Ethics. *AMA J Ethics* 2015:1127-35.
29. Shore N, Ford A, Wat E, et al. Community-Based Review of Research Across Diverse Community Contexts: Key Characteristics, Critical Issues, and Future Directions. *Am J Public Health* 2015;105:1294-301.
30. Betsch C, Bohm R. Cultural Diversity Calls for Culture-Sensitive Health Communication. *Med Decis Making* 2016;36:795-7.
31. Moore AC, Anderson AA, Long M, McKernan LT, Volckens J. The power of the crowd: Prospects and pitfalls for citizen science in occupational health. *J Occup Environ Hyg* 2019;16:191-8.
32. McBride BB, Brewer CA, Bricker M, Machura M. Training the Next Generation of Renaissance Scientists: The GK-12 Ecologists, Educators, and Schools Program at The University of Montana. *BioScience* 2011;61:466-76.
33. McBurney CA, Vina ER. Racial and ethnic disparities in rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2012;14:463-71.
34. Hebert-Beirne J, Hernandez SG, Felner J, et al. Using Community-Driven, Participatory Qualitative Inquiry to Discern Nuanced Community Health Needs and Assets of Chicago's La Villita, a Mexican Immigrant Neighborhood. *J Community Health* 2018;43:775-86.

Recibido: 23 de noviembre de 2020.

Aceptado: 15 de junio de 2021.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos