



## **1. DE FLEXNER A LA EDUCACIÓN ORIENTADA A RESULTADOS**

A. Oriol Bosch  
Fundación Educación Médica

### **RESUMEN**

- Introducción
- La situación a comienzos del siglo XX: Abraham Flexner
- La primera mitad del siglo XX que nos han contado
- La segunda mitad que hemos vivido:
  - Los 50: WRU
  - Los 60: G. Miller
  - Los 70: Ciencias cognoscitivas y Facultades innovadoras
  - Los 80: Las Competencias Profesionales y su evaluación
  - Los 90: La EOR y las simulaciones
- ¿Cómo afrontar el futuro?

#### *LA SITUACIÓN A COMIENZOS DEL SIGLO XX*

Políticamente, el siglo XIX viene dominado por las potencias coloniales europeas, encabezadas por el Imperio Británico. En educación médica dominan los modelos de las culturas hegemónicas ingles, francesa y alemana con prestigiosas escuelas de medicina. La situación en España era bastante lamentable con un mundo académico retórico y anticientífico con la excepción de Ramón y Cajal.

La situación en los Estados Unidos era desigual y como poco decepcionante. Pocas Escuelas buenas y casi 400 tipo “academia privada” independiente, de bajo nivel y descontroladas.

¿Por qué hablamos de Abraham Flexner? Si Europa estaba a la cabeza de la educación médica a finales del siglo XIX y Flexner, que así lo reconoció, siguió los modelos europeos para hacer sus propuestas de reforma de las escuelas de medicina americanas, ¿porqué Flexner ha de ser un referente para los europeos interesados en la historia de la educación médica? La respuesta a esta pregunta puede ser muy compleja pero yo se la simplificaré: porque Flexner consiguió en su entorno, los Estados Unidos, promover la única reforma sistémica exitosa que conozco. Podríamos añadir que el impacto de su reforma ha perdurado a lo largo de todo el siglo XX, y, además, el pos-flexnerismo no niega los postulados originales, los adapta a los nuevos tiempos y les incorpora los avances de las ciencias cognoscitivas, sociales y pedagógicas.

#### *ABRAHAM FLEXNER (1866-1959)*

Abraham Flexner, innovador del sistema de educación médica, fue educador pero no médico y llegó sólo en su madurez, a los 42 años, a ocuparse, por encargo de la Fundación Carnegie, del estado de la situación de las facultades de medicina americanas. Antes (1908) había producido un demoledor documento crítico sobre la educación superior en su primer nivel (“College”).



Lo que Flexner hace en su famoso informe es codificar las esencias de la educación médica definiendo sus estándares y con ello produce un movimiento que rápidamente reordena el sistema expulsando aquellas organizaciones que no son capaces de cumplir los mínimos.. Se exige de la escuelas de medicina que posean una filiación universitaria y con ello cumplan los mínimos académicos exigibles para con el profesorado, los recursos educativos (laboratorios y prácticas clínicas) y naturalmente también para el acceso del alumnado y su graduación.

La lucha por la dedicación exclusiva del profesorado clínico le llevó durante años a un enfrentamiento desde la Fundación Rockefeller con la prestigiosa Universidad de Harvard que por no querer aceptar éste requisito renunció a los fondos que de otra forma podría haber recibido de dicha institución. Hay que decir a favor de Harvard que si bien no se doblegó a la voluntad de Flexner. Quien favoreció descaradamente a la Johns Hopkins de Baltimore, concibió y aplicó un concepto similar pero distinto, el del “geographical full time”, que lamentablemente no ha llegado todavía hasta nosotros si no es en formas adulteradas como la compatibilización de dos nóminas: la docente y la asistencial.

Al margen de su famoso informe, Flexner, quien habiendo llegado tarde al mundo de la educación médica, ejerció una prolongada influencia de más de dos décadas, que le llevó a ayudar a escuelas para formar médicos negros en los estados del sur y a crear nuevas Facultades innovadoras como la de Rochester aunando la filantropía de Eastman con la de Rockefeller.

Su última contribución relevante estuvo fuera del ámbito de la medicina y consistió en la creación del Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Princeton y la incorporación al mismo de Albert Einstein.

La figura de Flexner no se empequeñece con el paso del tiempo y su estudio constituye una apasionante lección humana y sobre las estrategias, los condicionantes y la perseverancia necesarios para la consecución del éxito.

#### *LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX QUE NOS CONTARON*

Lo que puedo decirles de la primera mitad del siglo XX es fruto de lo que me constaron mis maestros y mi padre o ido leyendo a lo largo de mi vida. El siglo XX ha sido un siglo extraño. Para alguno no comenzó en realidad hasta 1918 al finalizar la gran guerra europea. Para otros no comienza hasta 1945 cuando se acaba la Guerra mundial consecuencia de haber cerrado mal la anterior contienda. Para el tercer mundo en desarrollo no comienza hasta 1948 con la independencia de la India o en 1956 con el fiasco de Suez que señalan los inicios de la descolonización. Para los jóvenes estudiantes revolucionarios de mayo de 68, el siglo XIX no acaba hasta que ellos entierran sus últimos vestigios de hipocresía social.

Sea como fuere, el siglo XX ha sido un siglo de acelerado progreso científico y tecnológico, que ha ido cambiando todo el entorno más rápidamente de lo que hemos sido capaces de internalizarlos. La progresiva aceleración de dicho progreso ha empequeñecido el del siglo anterior pero lleva camino de parecernos un progreso de caracol a comienzos del siglo XXI. Conviene pues que nos abrochemos los cinturones de seguridad mental para que no perdamos el norte en medio de esta vorágine.



De éste primer medio siglo XX, sólo quisiera hacer mención de dos elementos, el Rappleye Report de 1932 encargado por la AAMC y el ensayo sobre la educación médica en España de Teófilo Hernando (1935) Y lo único que deseo expresar al respecto es que ambos documentos críticos con el estado de la situación de la educación médica son plenamente vigentes en casi todo el mundo setenta años más tarde. Algo ocurre pues en la educación médica que a pesar de haber estado en un proceso de reforma permanente no haya cambiado radicalmente en nada después de los logros conseguidos gracias a Flexner,

#### *LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX QUE HEMOS VIVIDO*

Este año se han cumplido 50 desde se licenció en Medicina la promoción que ingresó en la Facultad en 1950. Lo sé muy bien porque es mi promoción, por tanto, durante la segunda mitad del siglo XX he sido estudiante, médico en formación investigador, docente, administrador de la docencia antes de llegar a mi actual estado que oficialmente se denomina de “jubilación forzosa” (sin comentarios sobre nuestra burocracia administrativa). Permítanme que me sienta autorizado para hablarles de forma resumida de mi visión de los últimos 50 años de la educación médica, campo del conocimiento especializado que no existía como tal hasta aproximadamente la mitad de dicho periodo. Permítanme además que lo esquematice por décadas y desde una perspectiva global.

#### *La década de los 50: Western Reserve University*

En 1948 la Facultad de Medicina de la entonces denominada Western Reserve University de Cleveland, Ohio, nombró nuevo decano a T. Dale Ham quien dispuso de dos elementos básicos para realizar una gran reforma educativa: idea del que había que hacer y capacidad para nombrar nuevos profesores clínicos (hasta 8 catedráticos-Jefes de Servicio). Ello le permitió poner en funcionamiento el sistema educativo as innovador durante más de 20 años hasta que aparecieron mcmaster y Maastricht a principios de los 70's. Nosotros lo intentamos aplicar en 1968 en la Universidad Autónoma de Barcelona desde el Hospital de San Pau con el Dr. Carles Soler Durall pero no tuvimos la capacidad para lograrlo y tuvimos que desaparecer del mapa `pues no hay sitio para el fracasado en la innovación en el contexto de su fracaso.

#### *La década de los 60: George Miller*

En 1959 aparece un libro seminal de George Miller ( “Teaching and Learning in Medical School”) que causó un gran impacto a los que lo leímos. George Miller puede considerársele como el padre de la Educación Médica como campo específico de conocimiento y actuación profesional Profesor de Medicina Interna en Rochester, se interesó por la complejidad del proceso enseñar-aprender y detectó cuán lejos podían encontrarse a menudo ambos procesos. En Chicago creó el primer departamentote educación médica a principio de los años sesenta : Hoy en día no existen Facultades de Medicina en Estados Unidos y Canada que no se hayan dotado de tales unidades académico-administrativas, regidas en su gran mayoría actualmente por discípulos de la primera generación de profesionales formados con George Miller.



*LA DÉCADA DE LOS 70: LAS CIENCIAS COGNOSCITIVAS Y LAS NUEVAS FACULTADES INNOVADORAS*

A comienzos de la década, el impacto de la escuela de Miller se hace evidente y surge un sinnúmero de publicaciones del ámbito de la psicología educativa que nutren las ciencias cognoscitivas. De destacar alguna entre ellas, debemos referirnos a la de Elstein y cols (1973) que tuvo suficiente impacto sobre las Facultades innovadoras como para que modificaran la formulación con que presentaban en público sus aproximaciones educativas.

A tres décadas de distancia, con la perspectiva del tiempo transcurrido destacan principalmente tres Facultades de entre las que iniciaron un proceso de innovación profunda: la de macmaster en Hamilton, Notario, la de Maastricht en los Países Bajos y la Ben Gurion en Bersheeba, Israel. No son ciertamente las únicas pero sí las más significativas. Curiosamente todas ellas fueron Facultades de nueva creación. Lo que nos proporciona las primeras lecciones:

A) es más fácil innovar desde el inicio que cambiar una estructura de poder y hábitos consolidados y B) en donde que han creado nuevas facultades y no han innovado han desperdiciado su oportunidad y tendrán que hacer los cambios inevitables tarde y de la forma más onerosa.

*La década de los 80: las competencias profesionales y su evaluación*

La definición de las profesiones reconoce en ellas tres características básicas (conocimiento específico, espíritu de servicio y autoexigencia ética) que podemos integrar en el concepto de competencia profesional. Ser competente profesionalmente implica saber hacer lo que debe hacerse y hacerlo bien en cada momento. La competencia exige conocimiento específico de carácter operativo además del necesario para tomar la decisión adecuada sobre lo que debe hacerse, es decir, habilidad para hacer y saber (conocimiento) lo que debe hacerse. Pero además es necesario ser la persona idónea para hacerlo, tener la actitud adecuada. Para entendernos pongamos un ejemplo que no nos irrite. El pirómano y el bombero tienen conocimientos sobre el fuego, cómo se produce y como se extingue. Lo que les diferencia es su actitud. El segundo está al servicio de la sociedad mientras el primero no sabemos que lo mueve, pero en cualquier caso no contrataríamos a un pirómano como bombero.

Aunque el movimiento de las competencias se inicia a mediados de la década de los setenta, no es hasta los ochenta en que la profesión médica inicia la deliberación y reformulación actualizada de las peculiaridades del “hacer de médico” entre las que encuentra inexcusable el “ser médico”, es decir, haber internalizado las actitudes que basadas en los valores de la profesión dan lugar a las conductas profesionales técnica y éticamente competentes.

Es un avance significativo que exige conceptualizar y definir lo que se entiende por competencias, consensuar los estándares exigibles y desarrollar mecanismos evaluativos. Aun estamos en ello veinte años tras más de cuatro lustros, pero habiendo avanzado considerablemente.



### La década de los 90: La educación orientada a resultados

Y llegó el momento de cambiar la manera de ver la educación médica, hasta aquel momento centrada en la mejora de los procedimientos educativos, estrategias y metodologías, para cuestionar el núcleo duro, su “para qué”. Comenzando en la Brown University School of Medicine la “*outcome oriented education*” (educación orientada a resultados: EOR), se inicia un proceso vertiginoso que incluso llega a la tradicional Europa antes de que finalice el milenio. La conferencia de Rectores celebrada en Bolonia en 1999 lo recoge y así el emergente EEES (espacio europeo de educación superior) formalmente lo incorpora como un principio rector del mismo. La definición por los decanos de medicina escoceses del producto que debían conseguir expresado en términos competenciales, así como el acuerdo respecto a las competencias que debe exhibir un licenciado en medicina de las facultades catalanas, son logros ya de éste milenio y consecuencia de la revolución conceptual de la década anterior.

### *EL FUTURO*

El discurso conmemorativo no es un acto nostálgico, aunque así pudiera sonar. Pretende enfocar lo que sabemos hoy que nos permita mejorar mañana. Pretende evitar quedarnos encallados en los mismos problemas y seguir sin avanzar. Pretende evitar la pretensión de reinventar la rueda, o en castizo: la sopa de ajo. Debieran acabarse las luchas curriculares sin objetivos definidos de lo que debe conseguirse. Debe acabarse con la autocomplacencia de creer que se ha conseguido lo que no se ha evaluado. Debe aceptarse que el rol docente no es única ni principalmente el de transmisor de información y conocimiento explícito, ni que el modelo educativo se basa en enseñar y no en aprender. Las instituciones educativas deben reconocer que su rol social les pone en deuda con su entorno al que deben servir y darle explicaciones dejándose de contemplarse el ombligo para lamentarse de que sus ambiciones no se ven satisfechas. Es hora de comenzar a rendir cuentas antes de pedir lo que sea justo.

Y justo es que las Facultades de Medicina puedan producir unos licenciados, embriones profesionales de la medicina, que tengan todos los esbozos del profesional que la sociedad necesita y merece recibir. Lo que exige un proceso de adaptación institucional que pasa en primer lugar por explicitar las características de su producto educativo, que no pueden ser otras que las del médico competente, y el grado de desarrollo mínimo exigible (estándares) para poder licenciarse. No puede olvidarse el componente actitudinal de la triada competencial. Por ello será necesario disponer de los elementos evaluativos no tan sólo de los conocimientos y habilidades sino también de las actitudes para poder saber que el producto del proceso educativo cumple los requisitos.

Y deberá hacerse de forma que todo ello sea creíble por la sociedad que de alguna forma deberá poder intervenir para superar sospechas.

Finalmente habrá que mejorar eficiencias, para el protagonista (el que aprende) y para el que paga (la sociedad). La eficiencia de aprendizaje orientada a resultados objetivos, explícitos y evaluables, aumenta si el proceso de aprender se contextualiza en el de uso. Para facilitar dicha contextualización no hay bastante con la abundancia de recursos asistenciales para la docencia, se necesita y es posible hoy en día echas



II CONGRESO de la  
Sociedad de Educación Médica de Euskadi. SEMDE  
Euskadiko Medikuntza-Hezkuntzaren Erakundea.  
EHME -ren; II. Kongresua  
Hotel Nervión. Bilbao, 26-27 Octubre de 2006  
<http://www.ehu.es/SEMDE>

---

mano de las **simulaciones**. Este es un tema técnico que debería merecer toda nuestra atención, capacidad crítica y deliberación para una toma de posición radical.

Habiendo discurrido de la evocación, a la reflexión compartida pero abstracta, les quiero dejar aquí, con una realidad técnica y concreta como el reto tangible a resolver esta década.