



Edgar Morin y la educación médica del futuro

Edgar Morin and the medical education of the future.

Alberto Lifshitz

Me aventuro a pensar que todos hacemos reflexiones pedagógicas con base en nuestra propia experiencia, los menos como educadores, los más como educandos, pero todos convencidos del valor social, irremplazable, de la educación.

La educación médica pretende no sólo preservar y perfeccionar en los estudiantes y los profesionales el arte de mantener o recuperar la salud sino, sobre todo, encontrar nuevas alternativas a través de la profundización del conocimiento y, en última instancia, aspirar a la utopía de acabar con la enfermedad.

Aprender-enseñar como acto deliberado se ha rodeado de una parafernalia técnica y tecnológica que más parece una carrera por la más reciente novedad aunque muchas veces no corresponda a una auténtica innovación, ni verdaderamente traduzca mayor eficacia. En educación médica los resultados tienen que reflejarse en el paciente (en su más extensa acepción) porque de otro modo carecen de legitimidad, como ocurre cuando se pretende aprender para aprobar exámenes o para ostentar el conocimiento.

Edgar Morin ha propuesto siete saberes para la educación del futuro, los cuales no se pueden enunciar cada uno en una palabra, ni siquiera en pocas de ellas, pero ofrece material para muchos comentarios y reflexiones; aquí sólo algunos aplicables a la educación médica y con el sesgo personal de quien escribe.

La pertinencia

El conocimiento médico es basto y nada es inútil, pero no siempre tiene la propiedad de la pertinencia. El saber mucho no necesariamente nos convierte en mejores médicos pues de lo que se trata es de nuestra capacidad para usar el conocimiento en beneficio del paciente y, si se quiere,

Secretario. Secretaría de Educación
Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia

Alberto Lifshitz
alifshitzg@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Lifshitz A. Edgar Morin y la educación
médica del futuro. Med Int Méx. 2019
marzo-abril;35(2):187-189.

del género humano. El paradigma exhaustivo tendría que ceder su lugar al enfoque orientado, nuclear, pero hay que reconocer la gran resistencia que existe entre los educadores (y a veces también entre los alumnos). La necesidad de abarcar el todo se inscribe tempranamente en la formación de los futuros médicos y la búsqueda de la especialización no necesariamente se opone a la tendencia exhaustiva porque se visualiza la necesidad de abarcar toda la especialidad. Entre los juicios críticos que se suelen hacer a los documentos o exposiciones se encuentra el de si está o no completo, a pesar de que *a priori* tiene que reconocerse que eso no existe; en todo caso, conviene juzgar si el contenido es o no pertinente. Una tendencia educativa orienta hacia un currículum restringido (*Cor curriculum*) que aspira a depurar los contenidos educativos liberándolos de lo superfluo y concentrando los esfuerzos en lo que se considera más importante y pertinente.

La subjetividad

Bajo la perspectiva positivista, a la que ha hecho la medicina esforzados intentos por pertenecer, sólo tiene valor lo demostrable empíricamente, lo que proviene de la ciencia, mensurable y objetiva, de tal modo que hasta se han diseñado estrategias para neutralizar la visión del observador y la participación del azar (por ejemplo, estudios doblemente ciegos). Lo subjetivo se ha desdeñado como un intruso que supuestamente impide el pensamiento correcto. Pero los fundamentos de la medicina (y de su aprendizaje) no incluyen sólo a la ciencia positiva sino a las humanidades, las percepciones, las sensaciones, las esperanzas, expectativas, temores, aprensiones, ilusiones y deseos. Más aún, en el acto médico participan al menos dos subjetividades: la del médico y la del paciente (también la de la familia, del resto del equipo de salud, etc.). Ciertamente se procede por medio de acuerdos y convenciones, pero no están exentos de la

participación subjetiva. Morin dice que “el desarrollo de la inteligencia es inseparable del de la afectividad”, que “la afectividad puede asfixiar el conocimiento pero también fortalecerlo” y que “la facultad de razonamiento puede ser disminuida y hasta destruida por un déficit de emoción”.

En el nuevo paradigma de la ciencia lo subjetivo adquiere nueva jerarquía, el modelo mecanicista es reemplazado por uno probabilístico, las relaciones causales no son directas ni únicas, cada efecto es resultado de muchas causas entre las que se incluyen deseos, temores, aprensiones, anhelos, miedos; la relación entre causa y efecto es relativa, proporcional; ya no se aceptan enunciados categóricos; y ya no se duda de que la visión del observador influye en el fenómeno.

Por ello, en la educación médica no sólo hay que aceptar la participación subjetiva y reconocerla, sino darle la bienvenida y entenderla como parte de la realidad y como una aportación al mejor desempeño clínico. En última instancia se lucha por el bienestar de los pacientes, concepto que no puede ser más subjetivo.

Por otro lado, los logros de aprendizaje sólo pueden tener significado y perdurar si alcanzan el sustrato afectivo. En la medida en que el estudiante se enamora del objeto de aprendizaje, lo hace propio y lo incorpora en sus valores, adquiere permanencia, mientras que la antipatía, el rechazo, el desdén o el desprecio indudablemente obstaculizan el aprendizaje de ese contenido.

La incertidumbre

El médico es un tomador de decisiones (diagnósticas, terapéuticas, de pronóstico) y suele hacerlo en condiciones de incertidumbre. Muy pocas veces se logra una decisión en condiciones de certeza, por lo que el médico no es buen procesador de algoritmos. En el mejor de los



casos, las decisiones se toman en condiciones de riesgo, cuando los resultados de la investigación clínica permiten hacer una estimación probabilística de desenlaces. Aquí también se vive una diferencia con representantes de las ciencias duras que no pueden entender ni aceptar que decisiones tan trascendentes para la vida personal se asuman sin la certeza de que son las mejores. Pero el médico debe saber contender con la incertidumbre y la educación médica debe propiciarlo en sus estudiantes.

La comprensión

En la educación médica tradicional se tiende a confundir términos pedagógicos que tienen un significado distinto. Informar, por ejemplo, no es lo mismo que comunicar ni propiciar aprendizajes o educar. Hay maestros que se limitan a informar y dan por sentado que con ello los alumnos ya aprendieron, y si así no fuera los sancionan con una mala calificación o con castigos más severos. En la medicina el aprendizaje implica sobre todo vivencias, pues está cargado de afectividad. Las experiencias significativas, las que tienen significado en la vida del que aprende, son la esencia del aprendizaje clínico, desde luego que con el auxilio de la metodología, los modelos y ejemplos, el fomento de la curiosidad, la responsabilidad, etc. Y un elemento fundamental es la comprensión, entendida en las acepciones que propone Morin: la comprensión intelectual u objetiva y la comprensión humana intersubjetiva. La explicación –dice Morin– es suficiente para la primera pero

insuficiente para la segunda. En medicina –y seguramente en todas las demás actividades humanas– ambas son indispensables. Comprender sólo las cosas anónimas o materiales no equivale evidentemente a comprender al paciente y su familia. “Comprender incluye necesariamente un proceso de empatía, de identificación y de proyección. Siempre intersubjetiva, la comprensión necesita apertura, simpatía, generosidad” y hasta comprender la incomprensión.

Homo complexus

El hombre es un universo complejo que difícilmente se puede fragmentar en sus partes y cualquier reduccionismo excluye una enorme cantidad de características. La educación médica tradicional tiende, por razones operativas y supuestamente didácticas, a fragmentarlo e intentar posteriormente reconstruirlo. Pero la visión del todo exige no sólo pegar los pedazos como mejor quepan sino una perspectiva verdaderamente distanciada y amplia. Y si el hombre es un ser complejo, el enfermo lo es más (*¿Infirmitas complexus?*) con lo que la separación por especialidades sacrifica mucho de la esencia del médico. El gran reto de la educación médica contemporánea es reconocer la complejidad y actuar en consecuencia. La morbilidad múltiple, la polifarmacia, la expresión diferenciada de una misma lesión, la respuesta terapéutica, el apego, la interacción con los procesos de envejecimiento y de desarrollo, son ejemplos de la complejidad en la práctica clínica, no se diga de las variables que participan en la salud pública.