

Corrientes actuales en la formación de médicos

I. INTRODUCCION

ROBERTO URIBE-ELIAS*

Deseo partir de aceptar al médico como un profesional, que contiene en sí diversos elementos que lo caracterizan en la actualidad y que lo han delineado en los diversos tiempos desde su surgimiento en la organización humana. Establecer al médico como profesional y no tan sólo como un trabajador, permite, desde su concepción, otorgarle la visión integradora y global de quien no sólo tiene el conocimiento y la técnica sino que, además, se sabe inmerso en diversos sistemas y subsistemas, pero sin dejar de apreciar y reconocer su propio papel en el contexto del devenir humano. Si por el contrario sólo aceptamos al médico como trabajador sería un papel reducido a unas cuantas acciones y desvinculado del quehacer humano como un todo.¹

Este profesional tiene una gran carga social, de hecho surge y se desenvuelve a lo largo de la evolución humana como respuesta a las necesidades del hombre de aliviar el dolor, de restablecer la salud, de conservar la salud o de promoverla, es decir, del deseo inmanente del hombre de vivir y aun de sobrevivir. Esta relación e interacción social ha sido la nota predominante del ser médico, ya que la vida se da como una interrelación de equilibrio dinámico entre los hombres y su ambiente.²

Además, en su devenir, el médico ha recorrido desde el campo mágico-religioso, pasando por el empirismo, hasta llegar con dificultad a la etapa científica que debemos preservar. El saber médico se ha ido integrando, paulatinamente, siempre en relación con la vida del hombre en sociedad, y ha ido desarrollando e incorporando, como ninguna otra profesión o labor, los conocimientos en otras áreas y un sentido crítico que le ha hecho perfeccionarse en el arte científico, que en la actualidad conocemos.

Ese esfuerzo de transformación científica así como las funciones atribuidas en diversas épocas conforman al ser histórico que no es resultado de generación espontánea sino que es producto de los hechos históricos por los que ha transitado el hombre y con él, la figura del médico; es pues, un ser social, científico e histórico.

Debemos conocer quién es el protagonista para después analizar cómo se forma en la actualidad, y con ello vislumbrar su futuro.

Deseo distinguir tres características que nos permiten ubicarlo en nuestro tiempo: su función, su proyección y el poder de él emanado, todo esto dentro de la sociedad que lo forma, sostiene y a la cual se debe.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 24 de febrero de 1988.
*Académico numerario.

La función del médico ha permitido ubicarlo y esta acción le ha otorgado un reconocimiento tácito, que lo diferencia del resto de los hombres; la proyección está ligada directamente a la satisfacción de esas necesidades individuales y sociales que consolidan el reconocimiento y que están en relación directa con la posesión del conocimiento, incluida en éste, la técnica; en todos estos elementos se va dibujando la estructura de poder que el médico tiene, constituye y ejerce, que en la actualidad se ejemplifica con las diversas estructuras de organización y con el conocimiento creciente, que lo adueñan de tecnologías sofisticadas, cada vez más necesarias para la vida del hombre.

Nuestro país, en materia de formación de médicos, ha seguido las orientaciones que a nivel internacional se han establecido y, en la mayoría de los casos, más tarde o más temprano se integra a dichas corrientes.

Si aceptamos que corriente es lo admitido o el curso que llevan algunas cosas, podremos aceptar que las actuales, en la formación de médicos, enfrentan la formación con la función y ambas con el rol o papel actual del médico.

De atender a las circunstancias por las que atraviesa la acción médica actualmente, tendríamos que enfrentar realidades tales como el creciente proceso de burocratización, que como fenómeno social ha impactado al médico en su función no sólo institucional sino aun privada; este devenir en estar más preocupados por los medios que por los fines ha transformado la mística tradicional del médico y le ha hecho, en buena parte, perder su calidad profesional volviéndolo un simple engranaje como trabajador especializado, sin interés ni conciencia del "todo".

Por otra parte y unido al anterior proceso, existe un deterioro del poder y reconocimiento del médico en la sociedad, lo que trae consigo una disminución o pérdida en la capacidad económica del médico, por la que siempre, tradicionalmente, se había distinguido; este proceso de proletarianización, ha hecho al médico menos apreciado, menos cuidadoso y, paradójicamente, a pesar de esa presión social, al acercarlo a las grandes masas, se comporta como un rechazado o marginado que no acepta ni se identifica con las necesidades de esas mayorías, tornándose en un ente social en franco deterioro, es decir, ha perdido la posibilidad de ascender por la vía de su profesión.

Otro enfoque que ha influido es la creciente desmedicalización en los enfoques de atención a la salud y del concepto de ésta, ya que si bien el equipo se ha enriquecido y la salud se ha visto favorecida como resultado del coactuar de muchas áreas, no sólo de la medicina, también es cierto que algunos han malinterpretado la función del médico y lo han relegado.

Es por eso que la burocratización, la proletarianización y la creciente desmedicalización han transformado la función y proyección del médico, con el consecuente deterioro en su reconocimiento social, caída del status,

falta de capacidad económica y merma muy importante en el ejercicio del poder hacia la sociedad, las estructuras formales y el propio individuo.

La caída de los valores, el desprestigio del saber y la ausencia de un cuerpo congruente y sólido del pensamiento médico completan el cuadro en medio del cual se plantea formar a un nuevo profesionalista de la medicina.

Los valores médicos equiparables en todo a los valores humanos que enmarcaban toda acción médica se olvidan y dan paso a acciones materiales, desprovistas de contenido ético, como respuesta mecánica y fría a una necesidad humana y social. El saber médico desmistificado y popular, da paso al empleo empírico sin control de los recursos otrora exclusivos del médico o bien permite su sustitución por recursos no científicos.

En la actualidad tal ha sido el impacto en la población y los medios técnicos que el médico empujado por la avalancha del quehacer ha dejado de reflexionar sobre sí mismo y su ser, relegando el pensamiento médico para ser sólo motivo de especulaciones filosóficas o disertaciones históricas, carentes del impacto de la actualidad y, sobre todo, sin el esfuerzo por prever el mañana.

Inmersos en la fuerza e influjo de las corrientes internacionales hemos ido transformando las escuelas y facultades, modificando los currícula, incorporando nuevas y viejas materias, desarrollando metodologías de avanzada, revolucionando principios pedagógicos, aplicando estrategias para el aprendizaje en adultos; estamos en fin, sometidos a un devenir tan prodigioso que no se ha tomado en cuenta que en medicina no se puede transformar únicamente un polo del proceso de formación del médico; también deberemos transformar los servicios de atención médica que no se transforman tan fácilmente como las estructuras docentes.

Los médicos no son sino el resultado de la acción diaria de los servicios o instituciones dedicadas a la salud, y éstas tienen un devenir propio.

Por más estructuras teóricas que elaboremos la realidad cotidiana debe imponerse al fin, y nuestros médicos serán lo que nuestros servicios de atención médica son en la actualidad.

Los esfuerzos por crear una realidad ideal se han enfrentado con un doloroso despertar, es decir, lo que constituyen los hospitales universitarios que en el mundo han tenido grandes vaivenes, con resultados no favorables. Es por eso que al crear y formar médicos en ámbitos de la realidad actual, no actuamos como teorizadores. No podemos formar lo que no tenemos, es preciso crear interfaces de transformación para lograr el preciado cambio.

No podemos crear profesionalistas para un mercado de trabajo inexistente, así como no podemos formar profesionalistas teóricos en ambientes distintos a la realidad. La teoría no puede enfrentarse a la realidad, debemos apoyarnos en ambos polos para lograr la transforma-

ción, modificar planes de estudio sin modificar servicios es inoperante.³

En la actualidad hay una ausencia constituida por una auténtica búsqueda del médico que el país necesita. Ni podemos condenar a un conocimiento parcializado ni podemos otorgar especialidades desde el principio, ni podemos ni debemos condenar a un joven a conocer sólo parte del conocimiento actual o hacerlo técnico en manejo y aplicación de recetas uniformes.

Nuestra realidad como país es múltiple, plural, multifactoria y siempre demandante, no podemos crear un solo tipo de médico; deberemos formar jóvenes con potencialidades necesarias para incorporarse racionalmente a las instituciones y resolver las necesidades sociales de la población en materia de salud.

Nuestros médicos deben ser creativos, imaginativos, sistematizados, valientes pero esencialmente buenos médicos, conocedores de nuestra realidad y nuestra potencialidad.

Dentro de las corrientes actuales analizaremos los elementos que han predominado en orientación de las diversas escuelas, momentos y decisiones para dicha formación como son los aspectos sociales, la aplicación de la atención médica a nivel primario, la utilización del hospital universitario ya mencionado y la formación de especialistas. Desearía concluir que en buenos servicios se crean buenos médicos.

Referencias

1. URIBE ELIAS, R.: *La formación social del médico*. Rev. Fac. Med. Méx. 1982; 25: 177.
2. URIBE ELIAS, R.: *Formación profesional*. Gac. Méd. Méx. 1985; 121: 279.
3. URIBE ELIAS, R.: *La formación del médico*. Trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de la Educación. Mexico, 1984.

II. NECESIDADES SOCIALES

JOSE LAGUNA*

El profesional médico y las necesidades de salud

En México, el fenómeno más importante que puede incidir en la actuación de los profesionales médicos es la "transición epidemiológica" por la que pasa actualmente nuestro país; en efecto, aunque en las últimas décadas los logros en materia de salud han sido muy importantes, todavía nos enfrentamos a serios problemas de desnutrición, de enfermedades infecciosas y saneamiento básico. Al mismo tiempo, al disminuir la mortalidad infantil hay más individuos que llegan a la

vida adulta y afrontan los riesgos característicos de las últimas etapas de la vida en las que aparecen los problemas patológicos relacionados, erróneamente, con el concepto de "patología del desarrollo"; se trata sólo de la patología de la edad avanzada, no tributaria del desarrollo sino explicable por el simple hecho de vivir más: enfermedades neoplásicas, problemas cardiovasculares y cerebrovasculares, es decir, los clásicos padecimientos crónico-degenerativos. Incluso los accidentes que han emergido como problemas de salud también ocurren por igual, aunque con ciertas variantes ligadas a los diversos ámbitos: accidentes de trabajo, del hogar o de tránsito, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

A estos factores y como parte del propio proceso transicional, se ha sumado la denominada "patología socioambiental" con su cauda de hábitos y adicciones, el tabaquismo, el alcoholismo, la farmacodependencia en general; el ausentismo; la violencia, de serias repercusiones en el medio familiar, el síndrome del niño maltratado, por ejemplo, los trastornos mentales, las alteraciones de la conducta, la depresión, etc. Entre los asuntos ambientales destaca la contaminación biológica, causada por un nivel muy precario de saneamiento básico y la escasa cultura higiénica y sanitaria del grueso de la población, y la química, que afecta la atmósfera, el agua y los suelos, provocada por el desarrollo industrial creciente de nuestros país.

En este panorama, los médicos, a más de su tradicional papel en el diagnóstico, manejo, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, deberán enfocar su práctica profesional de manera específica a las medidas preventivas y a fortalecer unas relaciones más estrechas y positivas entre el individuo y el medio integral, físico y social que lo rodea. Dado su alto poder de penetración en la estructura social, el médico del futuro asumirá la responsabilidad de influir sobre el estilo de vida de los individuos y sus familias, sobre su salud mental, su alimentación, el ejercicio, su actitud ante las preocupaciones y el cuidado del ambiente, la disposición de la basura, el saneamiento básico, la higiene personal y familiar, el cuidado del agua, el manejo de la fauna nociva, etc.

Para el cumplimiento de estas tareas se cuenta con nuevos enfoques y metodologías que ayudarán a los profesionales a ampliar su campo de acción y rebasar las actividades tradicionales de la atención de la enfermedad y el trauma.

1. La epidemiología clínica

El clásico concepto de la epidemiología como el estudio de los factores que determinan la frecuencia y la distribución de las enfermedades en la población humana se ha ampliado al incluir, como factor de la mayor importancia, la influencia de los servicios de salud organizados por la sociedad para atender su propia salud.

*Académico titular.

La epidemiología clínica, en este sentido, tiene muchos puntos de contacto con la "investigación de servicios de salud" y desde el punto de vista operativo se basa en técnicas de evaluación que analizan los diversos componentes, estructuras, funciones y resultados.

2. La capacidad técnica

Otro factor de poderosa influencia a futuro en cuanto a la actitud del profesional médico, y de manera particular de los especialistas y subespecialistas, es el del desarrollo de tecnologías médicas para fines diagnósticos y terapéuticos. Así, el dominio de las técnicas emergentes no podrá obtenerse simplemente a través del estudio de libros y revistas o de la asistencia a cursos y conferencias, pues será necesario adquirir personalmente, de primera mano, por parte de un instructor, maestro o capacitador, la habilidad necesaria para dominar el método; en otras palabras, el énfasis se pondrá en la *competencia* para el uso adecuado de los procedimientos tecnológicos. Como la tecnología seguirá irrumpiendo, y cada vez con mayor fuerza, en la tarea médica, los profesionales deberán aceptar, como un compromiso ineludible, el apegarse a un sistema de adiestramiento permanente a lo largo de toda su vida.

3. La función "samaritana"

A pesar de que ésta ha sido por siglos la función médica por excelencia, en las últimas décadas se ha deteriorado seriamente quizás ante el empuje incontenible del espíritu materialista y consumista de las sociedades contemporáneas. Los médicos dedican menos tiempo y prestan menos interés a los enfermos tan necesitados de su apoyo, como seres humanos, en especial por tratarse de individuos que transitoria o definitivamente están en condiciones de debilidad, incapacidad o angustia. Retomar la antigua tradición médica y recuperar la buena relación médico-paciente requiere grandes esfuerzos y cambios profundos de actitud, pero también debe modificarse la normativa institucional para alejarla de esquemas burocratizados que sólo exigen del médico más consultas por hora y más "productividad", con el consecuente detrimento de la relación humana y de la calidad de la atención.

4. El proceso educacional

La tendencia actual apunta hacia el reforzamiento de una relación más estrecha de los integrantes de la tríada educativa: el *médico-maestro*, indisolublemente responsable del acto educativo y de la acción médica, el *estudiante* y el *paciente* (o la familia en casos de consulta de medicina familiar). Es indispensable la presencia simultánea de los tres componentes; de hecho, sorprende que buena parte de las actividades educativas en nuestro país se desarrollen alrededor de conferencias y clases teóricas, en ausencia de los pacientes. Otro pro-

blema es la falta de compromiso educativo por parte del médico, quien a pesar de tener nombramiento de profesor universitario, pretextando asuntos de cargas de trabajo y horarios, no se responsabiliza directamente de la educación en la consulta o en las visitas a las salas de hospitalización.

Ante esta situación, en el futuro se reforzarán dos tendencias: por un lado, la de preocuparse más por la forma en que el médico utiliza los conocimientos, es decir, en su desempeño y competencia, y por otro, la de promover la actuación del profesor más como un asesor del estudiante que como un simple transmisor de conocimientos o aplicador de exámenes.

Otros aspectos educativos importantes, tanto de la educación formal de pregrado como de la de posgrado (residencias o educación médica continua), constituyen actualmente focos de inquietud, tanto para los educadores como para los encargados de la operación de los servicios, por tratarse de verdaderas "debilidades" de los contenidos educativos que repercuten en la calidad de la atención. Las principales son las siguientes:

- a) El estudio de las ciencias sociales y de las "humanidades", ante el influjo de las nuevas y sorprendentes tecnologías médicas, ha sido relegado y no forma parte significativa de los planes de estudio ni de las actitudes profesionales dentro de la tarea médica; en tal caso están las disciplinas de las ciencias sociales, la sociología, la antropología, la psicología, las ciencias de la conducta y de la educación, etc.
- b) La atención de los enfermos crónicos y especialmente de los enfermos terminales requiere mayor cuidado en lo técnico y en lo humano. Aunque el problema parece pertenecer sólo a los países industrializados con pirámides poblacionales con abundancia de adultos y ancianos, en México ya empieza a ser un asunto de grave preocupación que crecerá a medida que pasen los años; al momento, ni los recursos presupuestales ni las acciones favorecen estas necesidades. Sin embargo, ya se han dado algunos pasos en favor de la atención de senectos, de cancerosos terminales, de enfermos neuropsiquiátricos y otros y se inician investigaciones y trabajos en relación con la hipertensión, la diabetes y la insuficiencia renal, problemas todos pertenecientes a este rubro.
- c) *La salud mental*. La salud mental como consecuencia de un adecuado equilibrio entre los individuos y su ambiente físico y social, no es una responsabilidad directa de la tarea médica. No obstante, los médicos son llamados cada vez más a colaborar en distintos ámbitos para reforzar el nivel de bienestar personal y familiar, percibir más precozmente los problemas y desajustes emocionales y conductuales y prevenir la aparición de patologías más graves. La ansiedad, la angustia, la depresión o los problemas de aprendi-

zaje y de conducta en niños y adolescentes, son sucesos comunes que requieren la mayor atención, sea para su manejo directo o su referencia a los niveles correspondientes.

- d) *La prevención y la rehabilitación.* Tradicionalmente, los médicos han atendido pacientes, uno por uno, con clara orientación a los asuntos del diagnóstico y la terapéutica. En el futuro, la medicina, en función de las necesidades de la sociedad, apunta a una mayor responsabilidad en cuanto a la educación de los individuos en materia de salud, a la protección del medio ambiente y a la mayor preocupación por los minusválidos. Los cambios deben ser profundos tanto en el cuerpo médico como en la misma sociedad. En el caso de estos últimos, por ejemplo, los ciegos de nacimiento y los deficientes mentales, aunque deben ser objeto de rehabilitación, ésta habitualmente se inicia en forma tardía, a partir de la edad de 5 a 7 años; se ha demostrado que la rehabilitación -entrenamiento funcional, estimulación precoz, participación de la familia entera, etc.- establecida a partir de los primeros días después del nacimiento es la única efectiva y permite obtener sorprendentes resultados.

El profesional médico y las políticas nacionales de salud

La tarea médica ocurre en el seno de una sociedad que, en su conjunto, define sus derechos y responsabilidades y favorece mecanismos para enfrentarlos, habitualmente a través de los órganos de gobierno encargados de su definición y ejecución, en el caso de nuestro país, por la Secretaría de Salud, entidad rectora de la salud de la nación.

1. Necesidades vs. demanda

Este es un asunto de política de salud de la máxima prioridad. Hasta ahora, en general, el compromiso de la sociedad y de las entidades aplicativas ha sido el de satisfacer la demanda, sobre todo la emanada de los grupos de presión, trabajadores organizados, empleados sindicalizados, etc. Una corriente actual, muy generalizada, es la de orientar el esfuerzo, sobre todo, a la satisfacción de las necesidades de la población, independientemente de su fuerza de presión social o política o de su capacidad de pago.

Un sistema de salud enfocado a la satisfacción de las necesidades sólo tiene un camino: la participación activa. La atención de la demanda es pasiva; el profesional simplemente espera en su consultorio o servicio a los pacientes que vencen las dificultades y trabas que les impone el sistema. En cambio, la atención de las necesidades es activa: el médico o el equipo de salud a su cargo deberán buscar a los individuos y, a través de la

adecuada relación médico-paciente o médico-familia, promover todo tipo de actividades que preserven, refuercen y fortalezcan la salud de la población.

2. Calidad vs. cantidad

Este importante asunto en materia de política de salud hasta ahora se ha dirigido a ofrecer mayor cobertura (es decir, alcanzar a más personas) aunque no se especifiquen las actividades que conformarán dicha cobertura y no se tome en cuenta el impacto que tengan dichas acciones. Sin embargo, actualmente la tendencia es a la búsqueda y el logro de una mejor calidad para resolver los problemas de salud de los individuos y las familias. Entre estos extremos es posible alcanzar un equilibrio que, dentro de las limitaciones impuestas por la escasez de los recursos, permita obtener resultados que produzcan más satisfacción en la sociedad, traducida en una sensación de mayor seguridad y un aumento de la confianza hacia los servicios prestados.

3. Niveles de atención

En México existe una franca tendencia a adoptar un modelo de atención a la salud por niveles y de ellos el primario está recibiendo el máximo interés; su funcionamiento depende en gran parte de la presencia de los médicos preparados para la tarea, los médicos generales y familiares egresados de los estudios de posgrado respectivos.

El modelo favorecido en la actualidad es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud a raíz de la reunión de Alma Ata, URSS, en 1978. La atención primaria se considera como la estrategia fundamental para elevar el nivel de la salud de la población a un plazo relativamente corto. Sin embargo, de los 9 puntos de apoyo estratégico de dicho programa destacan sólo dos, "atención materno-infantil y planificación familiar" y "tratamiento de enfermedades y lesiones comunes," en los que se requiere indispensablemente la presencia y participación del médico. Muchas actividades pueden ser tributarias de personal auxiliar y administrativo adecuadamente capacitado, como ocurre con la planificación familiar, la salud mental, el control de enfermedades endémicas, la educación para la salud, la nutrición, el agua potable y el saneamiento básico. En este caso el médico debe comprender que aun cuando su participación directa sea limitada, como factor de influencia social y política su responsabilidad es enorme.

Tales son los retos que enfrentará el médico a corto y mediano plazos; estos retos están definidos por el sentido de las corrientes sociales que emergen como propósitos colectivos en favor de la equidad y la justicia social. El médico, por milenios personaje central de las culturas humanas, intermediario, agente tranquilizador, motor de cambio, sin duda alguna en este periodo tran-

sional entre los siglos XX y XXI llenará su cometido en la eterna postura de la medicina, mezcla indisoluble de ciencia y de arte, de técnica y compasión, de avance material y de consolidación de valores humanos.

III. LA FORMACION DE MEDICOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

ERNESTO DIAZ DEL CASTILLO*

VICTOR RUVALCABA-CARVANTES**

Alrededor de la atención a la salud se produce en nuestra época un efecto más de los atribuibles al crecimiento y al desarrollo social pues al aumentar los conocimientos, ampliarse las necesidades, haber mayor conciencia de lo posible y más exigencia por alcanzarlo, se sobrepasan anteriores límites, se expanden los campos, se han desbordado diversos aspectos de la situación.

En efecto, se ha desbordado el concepto de salud que, de acuerdo con la OMS, debe entenderse no sólo como *ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar biológico, psicológico y social*; de donde la salud no puede ser sólo objetivo sectorial y tarea de la medicina sino de la sociedad como un todo.

Se ha desbordado el concepto de "atención para la salud" que ensancha y subraya hoy las acciones preventivas y promocionales, de fomento a la salud, incidentes en la comunidad, en la familia y en el individuo, en preferencia a la acción curativa, individual y episódica de la consulta médica y de la hospitalización.

Consecuentemente, el currículum profesional para la atención de la salud también se ha ensanchado al multiplicarse elementos, funciones y actividades que, al superar la capacidad personal del médico, incluyen otros miembros y extienden sus acciones a través de equipos de salud.

Se han desbordado también los límites del área cognoscitiva para abarcar el amplio panorama desde la antropología social, la sociología, la ecología, la epidemiología, hasta la biología molecular y que se extiende desde la atención básica, comunitaria, primaria, hasta la atención del individuo, el tejido o el órgano mediante la microcirugía, la tomografía computarizada y los trasplantes.

La influencia de las ideas de Flexner en el proceso formativo de los médicos establecidas hace más de 70 años también fueron rebasadas, ya que como señala Carlyle Guerra, a sus resultados, muy positivos e importantes para el desarrollo de la medicina científica, se unen también factores negativos trascendentes responsables de algunos de los despropósitos que hoy deben enfrentarse, como el culto a la enfermedad y no a la

salud y la devoción a la tecnología y a la asistencia compleja.¹

Como reacción a ese movimiento han resurgido la medicina preventiva y social y el movimiento de integración docencia-asistencia, para ajustar el foco de la atención del médico y del equipo de salud en la preocupación concreta y prioritaria de la atención primaria. Se busca que los médicos del futuro tengan una nueva mentalidad profesional y una orientación diferente, marginando su actual disposición hacia las especialidades basadas en una medicina hospitalaria a favor de la práctica de la atención primaria en el seno de la comunidad.²

Los currícula escolares contemplan también hoy extensiones y adecuaciones a las nuevas exigencias profesionales y, sin abandonar la ciencia médica ni su correspondiente tecnología, incorporan ahora las ciencias sociales, las ciencias de la conducta, de la comunicación, la administración y la informática para llevar al médico a desarrollar más su capacidad de líder social dentro de un mejor contexto de la medicina general que le permita proyectar sus acciones en áreas como la medicina social, la medicina comunitaria y la medicina preventiva.

Han sido rebasados también los sistemas de organización de la atención médica para cumplir todas las condiciones anteriores y atender las exigencias de ellas derivadas y, así, hacer posible la atención de la totalidad de la población de un país dentro del contexto de óptimo aprovechamiento de los recursos y de su distribución correcta; a la atención médica por niveles y a la regionalización se agregan sistemas más acordes con la realidad rural y suburbana. Así surge como elemento clave la atención primaria a la salud que encuentra en el área rural, preferentemente, sus posibilidades de desarrollo, de satisfacción a las necesidades urgentes impulsando, a partir de elementos de la salud como el autocuidado y la atención familiar, la participación de la comunidad en tareas de higiene, sanidad, vivienda y nutrición, la identificación y capacitación de promotores comunitarios de salud y el enlace con los profesionales de la medicina a través de personal auxiliar y técnico.

¿Qué es atención primaria?

FEPAFEM señala que en América Latina se ha confundido la atención primaria con el primer nivel de atención, con la promoción y protección de la salud y hay por lo menos 17 interpretaciones distintas,³ como la de que primer nivel de atención son sus variedades: autocuidados, medicina simplificada, medicina realizada por personal no médico, primer contacto con el sistema de salud, participación comunitaria y otras, o la de que se trata de una política de salud, un programa, un plan de acción o un grupo de actividades prioritarias de salud.

*Académico titular. Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Departamento de Estudios de Grado. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Actualmente hay consenso de que la atención primaria es una estrategia para ampliar coberturas, racionalizar los costos, brindar una atención integral y lograr la incorporación de la comunidad, actuando dentro de un sistema o servicio nacional de salud regionalizado y jerarquizado por niveles de atención.

En una adecuada organización de los servicios, un individuo, además del autocuidado que puede proporcionarse por sí, por su familia y por la comunidad, puede ingresar al sistema de salud por cualquiera de las variedades institucionalizadas de atención del primer nivel: medicina simplificada, medicina general rural o urbana o las "emergencias" de los hospitales. Si en alguno de ellos resuelve su problema el individuo regresará a su comunidad, de lo contrario será referido a un nivel de mayor complejidad.

La formación del médico y la atención primaria

La formación de recursos humanos para la salud debe estar en función de políticas de salud y educación debidamente explícitas, de acuerdo con la realidad sanitaria y dentro de un Plan Nacional de Salud, a través del cual se programe de manera equilibrada el número, tipo y calidad de los elementos requeridos, mediante acciones de planificación conjunta y responsabilidad compartida entre el sector formador de recursos, las escuelas, y el sector que las utilizará, las instituciones asistenciales,⁴ que garanticen la implantación, perfeccionamiento o extensión, según sea el caso, de servicios debidamente concebidos y planeados para otorgar atención en salud a toda la población.

De acuerdo con esta premisa, si tomamos en cuenta que la educación médica ha estado siempre vinculada estrechamente con el ejercicio médico y actualmente se reconoce que es un medio para la prestación de servicios de salud, se puede explicar que históricamente la formación del médico haya experimentado diversos cambios estructurales y metodológicos que han pretendido lograr coherencia entre las capacidades de los egresados y las funciones que les demanda la sociedad en la satisfacción de los problemas de salud.

Es así como en México se han creado y aplicado diversos modelos de educación médica que no siempre han sido coincidentes con las características del desarrollo económico vigente en sus etapas de implantación. Hasta la primera mitad del siglo XX el modelo prevalente se sustentó en planes de estudio agrupados por asignaturas divididas en ciencias básicas o clínicas, el uso de centros hospitalarios para el adiestramiento práctico, la tendencia a la especialización y el ejercicio de la práctica privada como medio de ascenso en la escala social.

En el decenio de los cincuenta las escuelas de medicina de América Latina inician una nueva etapa de su desarrollo, cuestionándose los currícula anticuados, los

métodos de enseñanza y las posibilidades reducidas de adiestramiento clínico.⁵

En los años 60, una nueva orientación hizo hincapié en la planificación de la salud y de los recursos humanos, enfocándose las acciones a la cantidad de elementos necesarios, como resultado de la carencia de médicos y su mala distribución. Correspondió a esta fase la amplia expansión de la enseñanza de la medicina preventiva y social en todas las escuelas de América Latina y surgió como consecuencia del desarrollo de la medicina institucional, de los avances de la seguridad social y de los cambios en la interpretación del fenómeno salud-enfermedad, una propuesta de cambio en la estructura curricular de parte de algunas instituciones de enseñanza médica, disminuyendo el énfasis en la enseñanza de las ciencias básicas e insistiendo cada vez más en el desarrollo del "médico de familia", todo ello en un marco de expectativas no totalmente satisfechas en la atención médica que llevaron a poner en duda los fundamentos y resultados de los programas de estudio tradicionales.⁶

Dentro de este contexto, en los últimos 25 años se adoptaron un conjunto de políticas y estrategias para el desarrollo de la educación médica, entre los que sobresalen:

- Organizar las escuelas de medicina por departamentos.
- Propiciar la creación del departamento de medicina preventiva.
- Integrar la enseñanza de las ciencias básicas entre sí y con la enseñanza clínica.
- Coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de diversas asignaturas.
- Integrar la enseñanza de las ciencias básicas entre sí y con la enseñanza clínica.
- Pugnar por acrecentar el número de profesores de tiempo completo.
- Establecer el internado hospitalario de un año.
- Adoptar sistemas de limitación del cupo y selección de alumnos.

Más tarde, el exceso de producción de médicos, generado por el aumento significativo del número de escuelas, provocó la preocupación sobre la utilización de estos profesionales en función de una profunda transformación de su papel social y de sus condiciones de trabajo.

Surge posteriormente la integración docente-asistencial como estrategia alternativa para interrelacionar el sector educativo con el sector responsable de la prestación de los servicios de salud, con el propósito de formar los recursos humanos con base en experiencias del ejercicio real de la profesión, vincular al alumno con la comunidad y el tipo de problemas que atenderá más tarde como profesionalista, ampliar la cobertura de los

servicios que se ofrecen y mejorar la calidad de los mismos, así como el nivel de salud de la comunidad.

Mediante estas transformaciones, se intenta pasar de una situación en la que predominaban el ejercicio libre de la profesión, la atención individual curativa y la franca tendencia a la especialización, a una etapa caracterizada por la expansión del sector salud con absorción de la fuerza de trabajo médica y la reorientación hacia la medicina general.

Por lo anterior, la mayoría de las escuelas y facultades de medicina exponen en los planes de estudio el propósito de formar médicos generales con un enfoque interdisciplinario y preventivo, capaces de desarrollar una actividad inquisitiva que favorezca su evolución profesional. Sin embargo, resulta criticable la diversidad de los currícula y las diferencias entre éstos, que probablemente están ocasionando en algunos casos una baja correlación entre los objetivos educacionales y el ejercicio profesional.

Es importante mencionar que en este proceso formativo del médico, las instituciones de servicio, en concordancia a los planes de estudio, proporcionan el apoyo estructural para satisfacer los requerimientos del campo clínico que las instituciones educativas demandan para adiestrar a los alumnos en la realidad operativa asistencial.

Los alumnos, por lo tanto, están en contacto con los procedimientos para hacer efectivas las políticas de salud, necesidades y propósitos de la atención primaria, así como las características en la organización de los servicios por niveles de atención, lo cual ofrece la oportunidad de que los alumnos en formación aprecien la distribución de los recursos y la modalidad del otorgamiento de la atención integral.

Recientemente, un particular progreso en la educación médica lo constituye la integración de la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos, organismo que tiene la responsabilidad de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud y realizar, entre otras funciones, estudios y propuestas que orienten la enseñanza de pregrado y servicio social de acuerdo a las políticas del sistema nacional de salud y necesidades de la población. A través de ella se han formulado recomendaciones sobre la creación y funcionamiento de las escuelas de medicina, normas de programación de los campos clínicos y guías para la elaboración de los programas académicos del internado de pregrado y del servicio social, que seguramente serán factores determinantes para reorientar la enseñanza e incrementar la calidad de los programas educativos.

El IMSS ha hecho valiosas aportaciones ante la Comisión Interinstitucional de la cual forma parte, como comunicar su experiencia en la aplicación de programas académicos elaborados exprofeso bajo un carácter de integración docente-asistencial en el área de internado y de servicio social que permitieron, por un

lado, uniformar el sistema de enseñanza del internado independientemente de la universidad de procedencia de los alumnos y del tipo de plan de estudios, incorporándolos en consulta externa de medicina familiar y, por otro, dar al servicio social en las disciplinas de medicina, enfermería, odontología, trabajo social, dietología y ciencias químicas, dimensión de etapa educativa y de servicio en la que los alumnos comprenden las necesidades de salud del país, lográndose también la ampliación de la cobertura de los servicios y la instrumentación de la atención primaria.

A este respecto, para que se alcancen las metas de Alma Ata y la estrategia de la atención primaria se necesita de un personal polivalente y multidisciplinario, con participación plena de la comunidad y con la intervención preponderante del médico general, aunque es importante resaltar que lo que se requiere en mayor número para dicho objetivo, son auxiliares de enfermería y de salud rural, personal técnico y en menor medida el profesional.⁷

La preparación y la acción de estos técnicos debe ser coordinada con la del resto de elementos que atienden la salud y responder a un plan general que ofrezca opciones de trabajo al concluir la formación. En lo que respecta al médico es imprescindible analizar los planes de estudio para determinar su concordancia con los cambios que están operándose en el sector salud y, en caso dado, su redefinición.

Dentro de estas corrientes, la nueva orientación curricular, además de preservar el conocimiento biológico, clínico y social, fundamental, debe dar prioridad a los problemas de salud que revela la morbi-mortalidad y enfatizarlos en el proceso formativo enfocando los procedimientos de atención integral inherentes a la atención primaria a la salud, que incluyen la promoción de la salud, prevención específica y detección oportuna, con un especial adiestramiento en acciones no médicas intra y extramuros, sin olvidar las curativas que habitualmente son consideradas.⁸

Es decir, que desde el punto de vista cualitativo, el médico deberá ser formado para desempeñarse en sistemas de salud en los cuales la atención primaria es fundamental incorporándose en el pregrado los estudios necesarios de la salud pública, epidemiología y aquellos aspectos socioculturales de la problemática de salud y enfermedad a nivel nacional y local.

Es necesario continuar los esfuerzos para incrementar el valor social y profesional de la medicina de primer contacto, académica y científicamente pero también económica y políticamente, para desarrollar la masa crítica de profesionales que la ejerzan con absoluta convicción e interés.

Programas específicos

Dentro del marco de las políticas y plan de salud nacional actuales, varios programas de enseñanza médica de

carácter "innovador" se han establecido en nuestro país, y como ejemplo destacan en la Universidad Nacional Autónoma de México el programa de medicina general integral (A-36) y los programas modulares de las ENEPs Iztacala y Zaragoza y la Universidad Autónoma Metropolitana en su plantel Xochimilco, que se caracterizan por integrar la teoría con la práctica, converger los enfoques social, biológico y psicológico del fenómeno salud-enfermedad y capacitar e inducir a la práctica general preventiva y comunitaria. Los egresados de estos planes de estudio se encuentran por lo tanto teóricamente capacitados para desempeñarse en las comunidades apartadas del país, con hábitos de trabajo en equipo, inclinación hacia la medicina de primer nivel y con conocimientos de la situación de salud del país y su origen multifactorial.⁹

Recientemente, la Facultad de Medicina de la UNAM reestructuró el plan de estudios que funcionaba desde 1967, al evidenciarse que su eficacia no era totalmente satisfactoria por no contar con un perfil del egresado, no tener vigencia con los problemas prioritarios de salud en el país y tener deficiencias en la preparación del alumno hacia la medicina comunitaria. En el nuevo plan de estudios que se inició en 1985, resalta la participación activa del alumno en la búsqueda del conocimiento, el desarrollo del pensamiento analítico y crítico, el contacto y exposición tempranas del alumno con el individuo sano y enfermo, así como el establecimiento de prácticas en la comunidad que globalmente permitan integrar conocimientos clínicos, sociales, básicos y psicológicos.¹⁰

Modificaciones curriculares como éstas, demuestran que se ha reflexionado acerca del papel del médico en nuestra actual sociedad y su participación dentro del sistema nacional de salud, pero es necesario que la totalidad de las escuelas y facultades de medicina del país, con sentido de autocrítica, revisen y cuestionen sus planes de estudios y los reorienten a las necesidades actuales.

Modelo de Medicina Comunitaria San Pedro Xalpa

En 1973 se inició este programa de integración docente-asistencial con la participación de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, la Secretaría de Salud y el Departamento del Distrito Federal, con el objeto de proporcionar servicios a esa comunidad y enseñanza a alumnos del internado de pregrado de la Escuela en el sitio donde se generan los problemas.

Programa de Salud Guadalupe

En el año de 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León, los Servicios Coordinados de Salud Pública de ese estado y el Programa para el Desarrollo Integral de la Familia iniciaron un programa de atención primaria a

la población con estudiantes de medicina, de enfermería y de odontología. Con ellos manejan en el seno de la comunidad programas de salud prioritarios en el medio, a saber: planificación familiar, control prenatal, control del niño sano, detección oportuna del cáncer, detección nutricional, detección oportuna de la tuberculosis y detección de hipertensión arterial.

Informan los directivos que se ha aumentado la cobertura total del programa, y que el número de alumnos en él aumentó a más del doble en seis años. Actualmente se ha vinculado al programa de posgrado de atención primaria de la Secretaría de Salud.

Programa IMSS-COPLAMAR

Con el antecedente del Programa de Solidaridad Social establecido por el IMSS en 1973, el Gobierno Federal creó entre COPLAMAR y el IMSS un convenio para atender a la población rural, que se constituyó en una de las experiencias más valiosas, extensas y útiles en la atención primaria, que ha proporcionado atención efectiva a más de 12 millones de campesinos a través de un sistema de salud integrado por más de 3 000 unidades médicas rurales diseminadas en los lugares más aislados de nuestra República, cada una de las cuales da servicio a cuatro comunidades cercanas con no más de 5000 solidariohabitantes. Se apoyan para servicios de segundo nivel de atención en más de 60 hospitales rurales de solidaridad, estratégicamente ubicados. Como respuesta al compromiso de Alma Ata, desde 1979 se enfocó no sólo a la atención médica sino a la atención integral de la salud.

El personal a cargo de las unidades médicas rurales lo constituyen un pasante de medicina en servicio social, o en su defecto un técnico médico, con una auxiliar de área médica que se encarga de la consulta externa y de los primeros auxilios, así como de los programas de fomento a la salud y de protección específica mediante inmunizaciones.

Enlazan con la comunidad por medio de promotores de salud, uno por cada 10 familias, que son personajes de la comunidad que muestran capacidad de comprensión, interés en los problemas de salud y liderazgo.

Residentes de tercer año de la especialidad de medicina familiar, tienen a su cargo supervisar cada uno un promedio de 20 de estas unidades en sus diferentes aspectos de asistencia, enseñanza e investigación que a su vez enlazan con los hospitales rurales de solidaridad, que son instalaciones austeras pero muy eficientes integradas por un área de hospitalización de 40 a 70 camas, salas de expulsión y quirófano, consultorios y servicios de urgencias, odontología, radiología y laboratorio clínico, farmacia y ambulancias.

Así, los períodos de entrenamiento que todos estos trabajadores de la salud tienen en el sistema IMSS-COPLAMAR les permiten una concepción clara de una medicina integral, la comprensión de la utilización de

los recursos y el arraigo de su espíritu de servicio. La ampliación de la cobertura, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, el fomento a la salud mediante la participación en comités comunitarios que realizan programas de higiene, sanidad, vivienda y alimentación y que se encargan de facilitar la penetración y realización de programas como los de planificación familiar, atención materno-infantil, orientación nutricional y demás, permiten el cumplimiento de la atención primaria a la salud.

Acciones directas en el posgrado

Especialización en medicina familiar

Surgió desde 1971 en el IMSS la especialidad de medicina familiar, estableciéndose el curso de especialización respectivo. Obedeció no sólo a la necesidad de mejorar la capacidad científica y técnica de los médicos generales, sino también a:

- a) La necesidad de formar profesionales debidamente capacitados para proporcionar atención integral y continua a núcleos familiares.
- b) La urgencia de elevar la calidad de la atención médica de contacto primario que se ofrecía a la población usuaria de los servicios institucionales de salud.
- c) Favorecer la solución, en el primer nivel de la atención médica, de la mayoría de los problemas de salud que afectan a su sociedad.
- d) Disminuir los costos de la atención médica que se habían elevado de manera importante por el uso excesivo de tecnología y servicios muy sofisticados.

Con la experiencia obtenida en 17 años en los que han egresado más de 8 000 especialistas, se han plasmado en planes y programas de estudio los cambios necesarios que, cada vez con mayor precisión, identifican los currícula profesional y académico del médico familiar del IMSS. De los tres años del curso, el último se realiza en el medio rural dentro del Programa de Solidaridad, constituyendo una experiencia amplia y valiosa y una contribución importante a la atención primaria.

Residencia en atención primaria a la salud (SSA)

Entre los programas de posgrado que son respuesta y forman parte de las corrientes de atención primaria a la salud se encuentra el que la Secretaría de Salud inició en marzo de 1986¹¹ para formar el personal que tome el liderazgo de la capacitación. Está estructurado en tres niveles de preparación que se alcanzan en etapas anuales a través de una residencia y utiliza cinco proyectos establecidos mediante la colaboración de la Fundación Kellogg con el Gobierno Mexicano en siete sedes localizadas en el Distrito Federal y en diversos estados de la República.

El primer año de la residencia contempla la capacitación intensiva de los alumnos en la atención de los 38

motivos de consulta prioritarios que registran los centros de salud en todo el país y al mismo tiempo integrar el equipo de salud conformado por el médico, la enfermera y el técnico.

En el segundo año el programa contiene tres aspectos: atención programada, cirugía ambulatoria y salud mental, y dinámica familiar. La atención programada pretende la acción anticipadora con base en la identificación de factores de riesgo; para ello el equipo de medicina familiar que integran residentes de primero y segundo años y tres técnicos en salud realiza el censo de las familias en un área de influencia e identifica individuos y familias sujetos a riesgos presentes en la comunidad, en el domicilio, en la familia y en los individuos. Con ese diagnóstico se elaboran los programas de atención a la salud de las familias.

En ese segundo año se aprenden procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de bajo riesgo que practicados en el centro de salud buscan evitar los costos de internamiento en un hospital.

La capacitación en la dinámica familiar y la salud mental pretende incorporar al residente en los problemas de salud mental que se originan en ambientes familiares generadores de riesgo.

En el tercer año los residentes más destacados del segundo se capacitarán en la administración de un programa de salud a cargo de varios equipos de medicina familiar. Una parte de estos residentes continuará su formación en un segundo nivel de cirugía simplificada y en la atención primaria a la salud de los ancianos.

Se busca que los egresados de esta residencia sean los instructores de 25 centros de capacitación en el resto de los estados de la República que incrementarán el personal formado para la atención primaria a la salud. Al propio tiempo se intentará desarrollar líneas de investigación con un enfoque de microplaneación en una unidad suburbana de la ciudad de México (Milpa Alta), proyecto conocido como "Atención Primaria en el Sur de la Ciudad de México" (Aprisur), para enfocar el ejercicio de referencia y contrarreferencia entre hospitales y centros de salud hacia la integración de servicios. Asimismo se investigará la asignación de recursos materiales para determinar su influencia sobre la efectividad de los servicios de salud. Se procurará valorar, asimismo, el efecto de programas que han incidido en comunidades urbanas y rurales en cuanto a la participación real de la comunidad.

Existen otros esfuerzos en el seno de estas corrientes de formación de recursos humanos enfocados a la solución del problema ingente de la atención primaria pero creemos que, además, valdría la pena pensar en aprovechar como una forma de orientación vocacional acciones de colaboración social en programas de higiene, sanidad, inmunizaciones, etcétera, incorporando a los millones de estudiantes de preparatoria y acaso del último año de secundaria para que convivan con su comunidad municipal y estatal un día al mes o una etapa

de ocho días cada semestre, por ejemplo, en grupos pequeños, dentro de un programa convenido por sus autoridades educativas y de salud para presenciar las condiciones reales de clima, geografía, organización social, tenencia de la tierra, comercio, industria, artesanía, vivienda, alimentación, instrucción pública, salud y demás, que revelaría a muchos de estos estudiantes áreas en las que pudieran encontrar identificación para sus aspiraciones de desarrollo técnico o profesional, entre ellas la atención primaria a la salud. Un movimiento como éste podría resultar trascendental y con mínimo gasto promover acciones muy importantes que despertarían el interés de quienes están en plena conformación personal, de los jóvenes, a través de vivencias organizadas encabezadas por sus propios profesores o personal capaz de informar y orientar; requeriría sólo la coordinación de las instancias correspondientes en niveles locales y sería un gran apoyo a la atención primaria a la salud.

Referencias

1. GUERRA DE MACEDO, C.: *La universidad y la salud para todos en el año 2000*. Educ. Méd. Salud. 1985; 19: 259.
2. OMS: *Informe Reunión sobre atención primaria a la salud en la educación médica de pregrado*. Foro Mundial de la Salud. 1985; 6:333.
3. FONDO EDIT. FEPAFEM No. 12.: *La atención primaria. Una aproximación a su comprensión*. Caracas, 1986.
4. VIDAL, C.: *El desarrollo de recursos humanos en las Américas*. Educ. Méd. Salud. 1984; 18: 9.
5. FERREIRA, J.: *La cooperación científico-técnica universitaria en América Latina y la respuesta de las organizaciones interinstitucionales*. Educ. Méd. Salud. 1984; 18: 1.
6. ANDRADE, J.: *Marco conceptual de la educación médica en la América Latina*. Educ. Méd. Salud. 1978; 12: 149.
7. FERREIRA, J.: *Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000*. Educ. Méd. Salud. 1984; 17: 54.
8. SOBERON, G.: *El modelo de atención a la salud y la formación de médicos*. XXVII Reunión Nacional de AMFEM. 29 - 31 agosto 1985. Guadalajara, México.
9. LOPEZ, J.M.: *Las políticas de la OPS y la formación de médicos en México. III Seminario Interinstitucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud*. México. UNAM. 1986.
10. FACULTAD DE MEDICINA UNAM: *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano*. 1985.
11. SOBERON, G.; MARTUSCELLI, Q.J. y ALVAREZ MANILLA, J.M.: *La implementación de atención primaria a la salud en México*. SSA. 1987.

IV. CONCEPTO Y PRACTICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

RICARDO QUIBRERA*

El hospital universitario es una institución que depende académica y administrativamente de la universidad,

está integrado al gobierno de las facultades y escuelas de medicina. Un hospital-escuela es el que tiene sus propios programas docentes o de investigación y depende del Sector Salud. Los hospitales-escuela son los más numerosos en nuestro país, la mayoría tiene convenios con las universidades para el uso del campo clínico en la docencia de pregrado y de posgrado. En el posgrado los estudiantes son becarios del Sector Salud y sus programas son reconocidos por las universidades, generalmente respetando las políticas de regionalización.

De acuerdo a la información publicada en 1982 en el "Estado Actual de la Educación Médica en México", existían 52 facultades y escuelas de medicina, de las cuales el 18.75 por ciento tenían hospitales universitarios, el 15 por ciento centros de salud y el 34 por ciento consultorios periféricos.¹ En la actualidad existen 56 facultades y escuelas de medicina, y sólo tienen hospital universitario la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad Autónoma de Chihuahua, la Universidad Autónoma de Coahuila (unidad Torreón), la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Guadalajara, la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla y la Universidad del Noreste (Tampico); los cinco primeros son hospitales completos y los tres restantes son hospitales privados con características especiales cada uno. De las 56 facultades y escuelas de medicina, 50 tienen internado rotatorio de pregrado y 6 tienen plan modular sin internado; estas 56 facultades tienen 58 diferentes planes de estudios.

El Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" de San Luis Potosí desde su creación, en 1946, fue planeado para ser un hospital-escuela; con esto la Facultad de Medicina ha gozado de las facilidades clínicas que el hospital le otorga, así esta institución de salud ha respondido a la necesidad apremiante de atender enfermos eficientemente y formar médicos con el mejor entrenamiento posible. En 1956 se implantó el internado rotatorio de pregrado en el sexto año de la carrera de medicina con alojamiento completo, alimento y uniformes a los practicantes; debo aclarar que fue el primer internado rotatorio de pregrado en México. El común acuerdo de ambas instituciones en aceptar que la jefatura de todos los departamentos clínicos y de servicios auxiliares de diagnóstico sea responsabilidad de una misma persona ha logrado que la función docente-asistencial sea eficaz, modelo que pienso es adecuado.

Los problemas que en México se han visto en relación con la integración docente-asistencial-hospitalaria han sido porque la mayoría de los hospitales del sistema pertenecen al Sector Salud y las facultades y escuelas de medicina al Sector Educativo. Al existir diferencias entre el personal médico encargado de la asistencia y el encargado de la enseñanza, o bien dualidad de funciones o de mando, se originan los desacuerdos que afectan tanto la atención médica como la enseñanza; sin embargo, la Comisión Interinstitucional para la Formación de

* Académico numerario. Director. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Recursos Humanos para la Salud ha logrado coordinar y dar elementos jurídicos, académicos y asistenciales para la instalación de convenios y programas de colaboración firmados entre las autoridades del Sector Salud y las del Sector Educativo, lo cual permite el uso de las áreas clínicas. Los reglamentos generales elaborados por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud observan absoluto respeto a la autonomía universitaria y también respetan las normas hospitalarias del sistema (IMSS, ISSSTE, DIF, Institutos Nacionales de Salud e instituciones privadas).

La Universidad Nacional Autónoma de México no tiene hospital universitario pero firma convenios de docencia y de investigación con dependencias del Sector Salud. Tiene unidades del Instituto de Investigaciones Biomédicas integradas a hospitales; así existen programas universitarios de colaboración para investigación en el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología para la Salud (DIF), el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital General de México.²

En 1987, en el Congreso de Posgrado celebrado en Toluca, se definieron los factores que determinan la formación de especialistas y plantean en un primer intento su cuantificación. Se dijo que en 1980 habían ingresado 5 345 residentes en 70 especialidades y subespecialidades y que hacia 1985, el total de inscritos era de 9 026, se agregó que en la Universidad Nacional Autónoma de México se tienen 47 planes de estudio de especialidades y que otros 12 están en vía de reconocimiento. Las proyecciones sobre formación de especialistas que se han hecho en la Facultad Nacional de Medicina abarcan un período de 13 años hacia adelante y contemplan factores como la demanda de servicios, las necesidades de la población y las estimaciones del crecimiento de los derechohabientes de la seguridad social, entre otros. Por otra parte hay una reorientación de los planes hacia la medicina integral, en que la atención del primer nivel se hace cada día más con especialistas en medicina familiar, restringiéndose la incorporación de los médicos recién formados al mercado laboral. Destaca que la medicina familiar cobrará predominio hacia el año 2000, en que ocupará el 65 por ciento de las especialidades.³

De lo anterior se deduce que no es prioritaria la existencia de hospitales universitarios para que las facultades y escuelas de medicina tengan campo clínico de pregrado, de posgrado y unidades de investigación básica. Por otro lado la especialidad de medicina familiar no requiere de hospitales de tercer nivel para la formación de sus becarios; personalmente pienso que un médico general bien preparado puede resolver los problemas de salud del núcleo familiar y comunitario y que esta especialidad puede no ser necesaria. La investigación clínica es más fácil de efectuar en los diferentes

departamentos o servicios hospitalarios, sobre todo si se cuenta con unidades de epidemiología clínica.⁴

Si la enseñanza clínica se practica en hospitales de especialidades, ésta no se aviene con la necesidad de que los alumnos conozcan mejor la patología prevalente y las circunstancias en las cuales ésta se genera. El estudio de White⁴ mostró que en una población típica de 1000 habitantes, en el intervalo de un año, 720 recibieron atención ambulatoria (clínicas de atención primaria), 100 en algún hospital de segundo nivel y sólo 10 fueron referidos a un hospital de tercer nivel. En los hospitales especializados los alumnos reciben la información clínica del 1 por ciento de los problemas de salud de la comunidad. Los pacientes hospitalizados en instituciones de alta complejidad no reflejan la problemática real de salud de la población ni las condiciones en las que debe desenvolverse el médico general, familiar o integral, por lo tanto, es aconsejable que una parte importante del tiempo dedicado a la formación de médicos se destine a experiencias en nivel ambulatorio, en centros de salud tanto urbanos como rurales.^{5,6}

En 1905 una encuesta auspiciada por la Asociación Médica Norteamericana encontró que la educación médica en Estados Unidos era de inferior calidad a la europea porque sus requisitos de admisión eran bajos, el profesorado poco capaz, las instalaciones físicas inadecuadas y el apoyo financiero insuficiente; existía un exceso de médicos con mala preparación, producto de escuelas de medicina privadas o lucrativas. Para corregir este problema la Asociación Médica Americana recomendó un plan de estudios ideal con duración de 5 años, el último de los cuales correspondía a un internado hospitalario, y un examen final a nivel estatal, para obtener la licencia de ejercicio profesional. La adopción de este plan a corto plazo no fue posible; de aquí se desarrolló un proyecto, en forma cooperativa, de la Asociación Médica Americana y la fundación Carnegie para el Progreso de la Enseñanza Profesional de Estados Unidos de América, y se encargó al licenciado en ciencias de la educación Abraham Flexner la responsabilidad de este estudio que se efectuó de 1908 a 1910 y que culminó con la publicación conocida como el Informe Flexner. Este documento reveló que de 155 escuelas, de la Unión Americana 147 y del Canadá 8, sólo 6 estaban en condiciones de impartir enseñanza adecuada; la mayoría eran escuelas comerciales lucrativas que no estaban relacionadas a universidades ni utilizaban hospitales para la docencia. Una importante reforma sugerida por el estudio fue la siguiente: la utilización, para la docencia, de hospitales y otros establecimientos de atención médica que estuvieran bajo estrecho control universitario;⁷ esta medida fue la base para la organización departamental e integración docencia-asistencia de los hospitales universitarios en los Estados Unidos de Norteamérica, modelo transplantado posteriormente a las universidades mexicanas.

Recientemente, la Asociación de Escuelas de Medicina de Norteamérica creó el grupo de Estudio sobre la Educación General del Médico y la Educación Universitaria Premédica;⁸ este grupo elaboró el documento "Médicos para el siglo XXI", que analiza las características que la enseñanza clínica debe tener en el pregrado, los conocimientos clínicos, destrezas, valores y actitudes que los estudiantes deben adquirir y desarrollar durante su educación profesional general. Si el estudio de los pacientes es predominantemente en internamiento hospitalario, con docentes altamente especializados, la percepción del estudiante sobre la práctica médica puede resultar equívoca. Es evidente que la misión principal de los hospitales docentes, hospital-escuela y hospital-universitario, debe ser la atención del paciente; por lo tanto, la organización científica y administrativa se debe adecuar a este fin, pero en hospitales especializados el estudiante logra un aprendizaje limitado, aunque selecto. Por otro lado los médicos de estos hospitales frecuentemente funcionan más en su compromiso asistencial y descuidan el aspecto docente. En este informe no se especifica la necesidad de hospitales universitarios, sino que por el contrario se hace notar la necesidad de que el alumno tenga más tiempo libre para el autoaprendizaje, y que se oriente hacia donde existen los problemas de salud, para que esté en contacto con el paciente y con la patología común; pero es importante señalar que cada institución y su profesorado tienen la libertad y la responsabilidad final de diseñar, realizar y evaluar el currículum que satisfaga las metas de cada escuela de medicina.

El cuidado y protección de la salud, a escala nacional, está a cargo de grandes organizaciones; esto es particularmente interesante en nuestro país, donde se tienen instituciones (IMSS, ISSSTE, SS, DIF, etc.) que cubren ampliamente los tres niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria). En algunos de los centros más importantes existen laboratorios de investigación básica en donde a futuro podría enseñarse la morfología, la bioquímica, la fisiología y la microbiología; no sería remoto que el Sector Salud, a través del Sistema Nacional de Salud, produjera los médicos que el país necesita de acuerdo a sus propios perfiles y necesidades; ¿pero es la función del Sector Salud formar médicos con aval universitario, o con una licencia gubernamental para ejercer la profesión? Obviamente no: debe ser el justo equilibrio del binomio Sector Salud y Sector Educativo el que pondere y se responsabilice de la formación de médicos de calidad, humanitarios y preparados para atender los problemas sanitarios más frecuentes del país pero con el conocimiento de la medicina altamente tecnificada y que además tengan inquietudes en la investigación básica o clínica. Cada médico en forma personal decidirá, de acuerdo a las necesidades y opciones de trabajo, el área o nivel que le interese o que sea capaz de desarrollar.

En la década de los cuarenta, el Gobierno de México inició una gran obra hospitalaria que dio nacimiento a grandes centros médicos y hospitales, ahora infraestructura de los Institutos Nacionales de Salud (IMSS, SS, ISSSTE, entre otros). Se fomentó el nacimiento de hospitales universitarios-docentes-escuela. Este sistema hospitalario de tercer nivel, de alta tecnología y complejidad, influyó en las facultades y escuelas de medicina para la formación de médicos de tercer nivel. Ahora el país está saturado de especialistas y el Sistema Nacional de Salud requiere médicos expertos en atención primaria; éstos para su formación no requieren de hospitales-docentes-universitarios. Este modelo en la actualidad se critica,⁹ porque: a) ofrece una cobertura parcial de la población, b) satisface las necesidades de salud en forma incompleta, c) los servicios son curativos, la atención es costosa y el impacto limitado sobre la salud y d) las acciones de mejoramiento ambiental, de vivienda y de sanidad, entre otras, son insuficientes.

Los hospitales universitarios son de alto costo; puede abusarse con los estudios de laboratorio y gabinete con fines meramente "académicos" y no por necesidades estrictamente diagnósticas. Es ilógico que la responsabilidad de atención a la salud sea del sector educativo y por otro lado existen antecedentes de que problemas laborales o estudiantiles de la universidad pueden detener un servicio de salud, lo que implica perjuicios a la población derechohabiente. Sin embargo, los profesores universitarios pueden abonar a su favor que los hospitales universitarios o docentes tienen la capacidad y la responsabilidad de formar médicos de excelencia, lo cual tienen un lugar predominante en educación médica pero no resuelve los problemas prioritarios que marca el Programa Nacional de Salud. Se pueden formar los médicos de hospital y en un porcentaje mayor los médicos generales, integrales, familiares o de atención primaria; éstos, con tal cuidado que no se sientan "médicos de segunda clase," porque son la base para lograr que la salud esté al alcance de todos.

Los hospitales universitarios pueden producir médicos generales y especialistas de segundo nivel cuando la propia universidad cuente con clínicas de atención médica ambulatoria. Posiblemente pueden tener programas de subespecialidad, pero es difícil que un solo hospital o complejo de hospitales universitarios cubra todo el sistema que el Sector de Salud tiene en sus Institutos Nacionales. La obligación de producir buenos médicos generales, especialistas e investigadores, que atiendan adecuadamente a la totalidad de la población, debe ser responsabilidad compartida por el Sector Salud y el Sector Educativo, con apoyo de otros Sectores del Estado.

El hospital universitario debe ser un centro adecuado para atender enfermos, para investigar, para enseñar, para educar a evitar enfermedades y sobre todo para contribuir a la resolución de problemas de salud

del país, ya que tanto la universidad como el Estado se deben al propio pueblo. La docencia es responsabilidad escolar predominantemente, la asistencia es responsabilidad sanitaria, pero ambas influyen en el gran laboratorio del médico, que es el enfermo, el cual debe ser objeto de nuestra mayor atención y respeto.

La investigación científica y epidemiológica en la clínica son disciplinas y actitudes mentales, que no implican al enfermo como un sujeto de experimentación, sino que al estudiar su problema de manera inquisitiva para descubrir el origen, facilitan la administración de los medios de curación.¹⁰ Así se cumplen las funciones primordiales del médico: prevenir, curar, rehabilitar y consolar.

Referencias

1. HERNANDEZ, CH. A.: *Estado actual de la educación médica en México*. AMFEM, 1a. edición. 1982.
2. VELAZQUEZ, A.A.: *La investigación clínica y la Universidad Nacional Autónoma de México*. Rev. Invest. Clín. (Méx). 1987; 39: 277.
3. *Notas de Las reuniones del Comité de Posgrado de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Dic. 1987.
4. WHITE, K.L.: *Life and death and medicine*. Sci. 1973; 229: 23.
5. O.S.P. (W.H.O.): *Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe*. Informe final. 1976.
6. O.P.S.: *Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en América Latina*. 1985.
7. FLEXNER, A.: *Medical education in United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin No. 4, Boston. 1910.
8. *Médicos para el siglo XXI. Informe del grupo de estudio de la Asociación Americana de Colegios Médicos (AAMC) sobre la educación profesional general del médico y la preparación universitaria premédica*. Fondo Editorial FEPAFEM. Nov. 1985.
9. SOBERON, G. y ARROYO, P.: *El modelo de atención a la salud y la formación de médicos*. Conferencia sustentada en la Asamblea de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). Guadalajara, 30 de agosto de 1985.
10. DEL POZO, E.C.: *Páginas escogidas*. Cactus (5). Editorial Universitaria Potosina. 1986.

V. CORRIENTES ACTUALES EN LA FORMACION DEL MEDICO ESPECIALISTA

SAMUEL KARCHMER*
JESUS PEREZ-SEGURA
CARLOS MARTINEZ-SANCHEZ

Aun cuando las reflexiones y análisis actuales sobre los cursos de especialización médica han sido motivo de múltiples exposiciones y publicaciones, tanto nacionales como internacionales, se hace necesario insistir y profundizar en el tema dadas las inquietudes generadas por tan importante experiencia en nuestro país.

Continuar los estudios de especialidad, es actualmente la opción más buscada por el médico que termina su carrera. En el año de 1987 se presentaron 11 500 profesionales al examen nacional de selección para aspirantes a las diferentes residencias que ofrece el sector público, lográndose ubicar sólo 2 500 aproximadamente, con la consecuente frustración de los que no lograron su objetivo. (Fig. 1).

Esta situación puede ser analizada desde diversos puntos de vista, del interés particular del médico por lograr su acceso al posgrado al interés de la comunidad por contar con un determinado número de especialistas. Existen grandes diferencias y complejas situaciones que deben ser consideradas; sin embargo, en el presente trabajo nos limitaremos a reflexionar sobre la formación de nuestros educandos a partir del diagnóstico recientemente publicado por esta Academia, resultado de un simposio destinado a analizar el sistema de enseñanza de las especialidades médicas que congregó a distinguidos funcionarios de la educación en nuestro país, inquietos todos por mejorar la situación de este importante grupo de profesionales.

Las conclusiones a que se llegó en el evento mencionado se resumen en cinco puntos básicos de los que parte el presente análisis: 1) carencia de una verdadera vocación para ejercer una especialidad determinada, elegida sólo como un recurso para acceder a mejores posiciones sociales y económicas; 2) diferencias en la denominación y planes de estudios de los diversos cursos; 3) falta de orientación a los mercados de trabajo disponibles al no conocerse a mediano y largo plazo las

Demanda y Distribución de Aspirantes para efectuar Cursos de Especialidad Médica.

México 1987

Especialidades Troncales	
Medicina Interna	576
Cirugía General	467
Pediatría Médica	480
Gineco-Obstetricia	413
Especialidades de Rama (entrada directa)	
Traumatología y Ortopedia	148
Otorrinolaringología	51
Oftalmología	50
Otras	134
Especialidades de Apoyo	
Anestesiología	69
Anatomía Patológica	43
Patología Clínica	8
Radiología	71
Otras	40
Total	2550 (no se incluye medicina familiar)

Fuente: C.I.F.R.H.S. - C.R.P.E.C. - 1987

*Académico Numerario.
Todos los autores. Instituto Nacional de Perinatología.

necesidades institucionales de especialistas; 4) preparación muy disímil de los educandos, que en ocasiones no cuentan con programas específicos, infraestructura mínima para su adiestramiento, u omisiones de aspectos básicos en la enseñanza de la especialidad y 5) diferentes sistemas de evaluación que no permiten asegurar la uniformidad del aprendizaje en este nivel.

Planteamiento del problema

El análisis cuidadoso de todos estos factores permite jerarquizarlos, especialmente con fines pronósticos, ya que varias de las carencias señaladas parecieran depender sólo de decisiones normativas de índole político-administrativa susceptibles de corrección, mientras que otras, en nuestra opinión, tienen la mayor complejidad y relevancia como son la falta de verdadera motivación para aspirar a la especialidad y la preparación inadecuada del alumno, relacionada con aquélla y con la falta de programas adecuados o de recursos para impartirlos.

Al analizar estos dos importantes aspectos, debemos colocarnos en la etapa final del proceso enseñanza-aprendizaje y meditar sobre qué elementos determinan realmente la calidad del producto final que hemos formado, sobre todo si aceptamos que hasta el momento ningún plan de estudios ha mostrado claramente ser mejor que otros, enjuiciados a la luz de los resultados obtenidos. Nadie duda de la importancia que tiene, en la formación del alumno, un currículum bien estructurado, fundado en necesidades reales, con un programa operativo congruente y con un sistema de evaluación que explore realmente el avance del educando en las tres esferas cognoscitiva, psicomotriz y afectiva, pero reconociendo que el verdadero cambio de actitud del especialista médico tiene un cimiento mucho más profundo, enraizado en su íntima ideología, en sus valores y en la conceptualización vital del propio individuo. Esta meta larga y difícil que supone influir en la conducta, única solución a los grandes problemas humanos según Skinner y generalmente dejada de lado en los planes de estudio, no puede ser soslayada. Tal vez la estrategia operativa más segura para lograr el cambio de actitud sea el enfrentamiento con la realidad y la circunstancia misma; cuando McLuhan sostiene el postulado "nadie enseña a nadie, cada uno se enseña a sí mismo", indudablemente hace alusión al acto volitivo de hacer lo que

queremos hacer y aprender lo que queremos aprender. Esto resulta claro dentro de los cursos de las especialidades médicas en los que el alumno aprende cuando siente la necesidad de saber, independientemente de los recursos o el programa de que se trate. (Fig. 2).

Hasta el momento no ha sido posible, a pesar de las buenas intenciones, llevar a cabo una completa evaluación de los diferentes sistemas, estrategias y/o programas educativos que permita visualizar la conjunción teoría-práctica e individuo-colectividad, que compruebe la eficacia o ineficacia del sistema imperante.

Propuestas de solución

Es pues necesario, además de analizar el porqué de esta condición prevalente en el presente de las especialidades médicas del país, arriesgar soluciones para lograr los efectos deseados en los educandos, en la salud colectiva y en la optimización de los recursos disponibles, tanto humanos como tecnológicos, a través de las funciones de asistencia, enseñanza, investigación y administración, dada la definición de especialista como aquél que profundiza en el conocimiento de un área determinada no sólo como educando-educador, sino como un investigador de la solución de los problemas diarios de salud en el individuo y en la comunidad donde se desarrolla o aplica sus servicios.

a) Enseñanza

El residente dedica la mayor parte de su tiempo al aprendizaje y profundización del conocimiento de un campo específico de la medicina, pero también adquiere las habilidades o prácticas relacionadas a la especialidad, llámese cirugía o integración biopsicosocial del proceso salud-enfermedad. Este tiempo de aprendizaje requiere obligadamente la presencia del experto-tutor que controle, supervise y oriente al aspirante para alcanzar la especialidad, tanto en el terreno teórico como en el práctico. Es necesario que el residente vea el caso clínico como fuente de aprendizaje y por tanto esté lo suficientemente motivado para iniciar la búsqueda del conocimiento teórico en profundidad. Al avanzar en estas circunstancias, se verá cada vez más liberado de la tutoría estrecha que se dio al inicio de su formación y, porqué no decirlo, habrá de comportarse como el renovador de los especialistas y difusor de los conocimientos actualizados, lo que de una manera dialéctica lo transforma en el educador de los nuevos recursos. (Fig. 3).

Vista de esta forma la enseñanza en servicio de posgrado, surge la inquietud acerca de la valoración del proceso enseñanza-aprendizaje que debe medir semejante transformación. Salta a la vista que el área de los conocimientos ha sido la más explorada a través de los diferentes diseños e instrumentos puestos en práctica, que van desde el cuestionario de opción múltiple, tan en

ASPECTOS RELEVANTES EN EL SISTEMA DE ENSEÑANZA DE LAS ESPECIALIDADES



boga hoy en día, hasta el complejo preparado de historias clínicas que plantea un caso particular al cual se le aborda en todos sus aspectos. Queda la necesidad de valorar la conducta del residente en el campo práctico, en las circunstancias y condiciones reales en las que el caso está inmerso y en las que está el propio residente en cuanto a sus habilidades para dar una solución y/o un plan de acción. Es este terreno práctico el que poco se ha explorado sistemáticamente y el que es imposible dejar a la subjetividad del supervisor. Se requieren entonces dos elementos conjugados para alcanzar una valoración objetiva: uno es la concientización del especialista, que funciona como profesor en la formación de recursos; el otro es un instrumento que permita llevar la valoración de una manera dinámica, continua y directa del actuar del residente a lo largo de su preparación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el currículum, y además corregir las fallas detectadas. Aun cuando parezca ocioso mencionarlo, toda institución académica requiere de la motivación del personal que ahí labora, reforzando las políticas, los programas y los apoyos disponibles en todo el personal, por más ajeno que se vea al proceso educativo, puesto que esta es la manera en que se les involucra en el cambio de actitud de las nuevas generaciones y para consolidar las instituciones donde prestan sus servicios.

b) Investigación

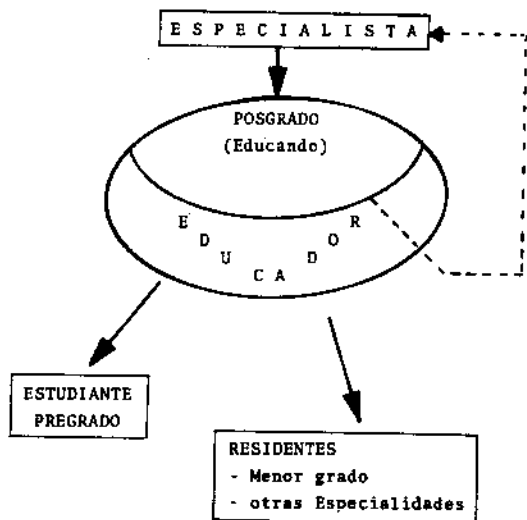
La investigación es el recurso que el especialista tiene para aproximarse a la verdad. Su adquisición durante el

período de formación hará un hábito y facilitará la selección de conocimientos valederos y sólidos. En este campo, también existen el aspecto cognoscitivo y el práctico o aplicativo. El residente apenas logra un acercamiento, en el mejor de los casos, al hacer algunas revisiones bibliográficas que lo llevan a conocer posiciones opuestas de los autores consultados o a confirmar los conocimientos tradicionales descritos en libros de texto. Sin embargo, en la mayoría de los casos no ha tenido una preparación para el análisis de la literatura consultada, principalmente trabajos de investigación, que le permita discriminar las investigaciones posibles de ser replicadas y confirmar sus resultados, de aquellas carentes de una metodología de calidad, que no aportan nada nuevo o que inclusive confunden. Este proceso engloba el aprendizaje práctico, al aplicar todos aquellos elementos analizados en la lectura de los trabajos consultados, en un protocolo de investigación surgido de una o varias preguntas a las que se les busca respuesta. Esta situación debería ser repetida varias veces durante la residencia, y no sólo consistir en un paso administrativo que "salva", como es la elaboración de una tesis, que de ninguna manera le proporciona ese hábito y esa habilidad que se mencionó anteriormente. Surge así la necesidad de proponer un cambio importante en el aprendizaje de la investigación para determinar un camino más largo pero más seguro en el logro del conocimiento de su metodología. La forma de adquirir y valorar ese conocimiento podrá ser participando en investigaciones concretas, no necesariamente complejas, de rápido alcance y aplicables a la práctica diaria. Muy estimulante será el ver su esfuerzo plasmado en una publicación y/o en la práctica clínica. (Fig. 4).

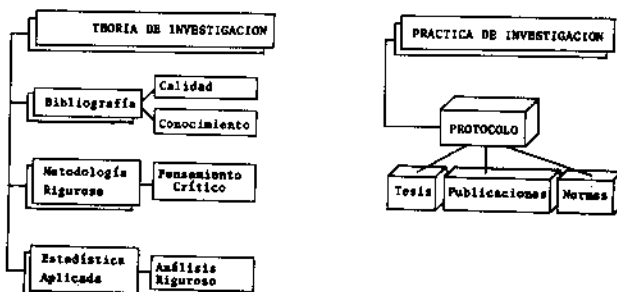
c) Asistencia

La asistencia médica es la razón de la demanda de los servicios de salud en la mayor parte de la población: por lo tanto, la calidad de aquella redundará en la satisfacción del paciente al ver solucionado su problema y como consecuencia impactará sobre el bienestar de la familia. El residente tenderá hacia la máxima calidad en su atención, conforme se aproxima al grado de especialista. Para lograrlo, es necesario hacer confluír, por un

PROCESO DE ENSEÑANZA



PROCESO DE INVESTIGACION (4)



lado, la iniciativa del educando de profundizar en el conocimiento que el caso clínico despertó, generándose así la "necesidad de saber", acto volitivo que facilita la adquisición de la teoría y promueve la habilidad práctica y, por otro lado, el apoyo de la experiencia que el profesor proporciona al momento de aproximarse y dar solución al problema del paciente no sólo en el campo biológico sino también en el psicosocial, consolidándose la actitud humanística que caracteriza a la medicina y evitando la mecanización que tiene el riesgo de visualizar al paciente fraccionado y enfriar la relación médico-enfermo con pretexto del avance tecnológico. (Fig. 5).

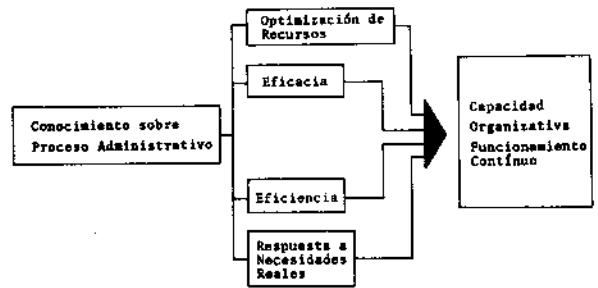
La valoración de esa atención de calidad tiene sus obstáculos al definirse operativamente, sobre todo en la aplicación de procedimientos altamente especializados; sin embargo, la participación directa del profesor seguirá siendo sobresaliente como estrategia para calificar el avance del residente al dar solución integral y de calidad a los problemas de salud a los que se enfrenta a lo largo de su formación.

d) Administración

Un aspecto que tiene poca atención es el relativo a la adquisición de conocimientos elementales en administración. El residente se ve involucrado en el proceso administrativo que rige en la unidad educativa como una necesidad para optimizar recursos y aumentar su eficacia y su eficiencia respondiendo a necesidades reales. Así, se le exige un ajuste a las normas administrativas que generalmente no conoce y con las que no está familiarizado. Será necesario contemplar en el posgrado, el conocimiento de la temática administrativa y su aplicación en diferentes grados de complejidad en cuanto progresa en su formación. Es indudable que esta experiencia vivida en el hospital, será replicada en el terreno donde se desempeñe el especialista y, en el caso de continuar en una actividad académica, esta inquietud será transmitida a las nuevas generaciones. (Fig. 6).

La tutoría del profesor a lo largo de la formación integral del residente, es considerada cardinal en las

PROCESO ADMINISTRATIVO



áreas descritas anteriormente. Le toca al tutor la gran responsabilidad de modelar la actitud del alumno buscando la calidad de la atención médica que debe prevalecer en todo especialista, ante el proceso de salud-enfermedad. También le corresponde la decisión de promoverlo o no, de acuerdo a su desempeño, y es aquí donde se le debe brindar todo el apoyo técnico disponible, para elaborar los instrumentos necesarios y sensibles que detecten la realidad del impacto educativo. Es una tarea difícil pero muy valiosa que debe ser realizada, con apoyo de las instituciones de investigación, lo más pronto posible para tener bases sólidas que fundamenten la posibilidad de continuar o modificar los programas vigentes de las especialidades médicas en nuestro país.

VI. PROYECCION PLURIPOTENCIAL

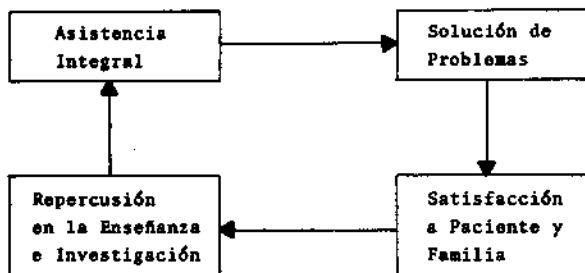
ROBERTO URIBE-ELIAS

Analizar la formación de médicos en nuestro tiempo, no es sólo hablar de educación médica, sino fundamentalmente del conocimiento médico, de la práctica médica imperante, de la conceptualización de la propia medicina y de la función que la medicina y los hombres que la ejercen proyectan y realizan en una comunidad y tiempo determinados.

Unir a los diversos tipos de médicos, la sociedad como ente cambiante y el concepto dinámico de la medicina, permite encontrar las bases para la presente reflexión.

No hay recetas únicas o absolutas en la manera de formar médicos; la formación de recursos humanos en medicina no es un problema resuelto, debiéndose esclarecer algunos elementos claves para la toma de decisiones, como son las políticas de atención a la salud y cómo la atención médica se inscribe en ellas, el modelo o los modelos de atención que se vayan a emplear a toda la población, a sus diversos segmentos, y la mecánica operativa de cada modelo para su aplicación y desarrollo.

PROCESO DE ASISTENCIA



A lo anterior deben aunarse las funciones del médico, la tecnología aceptada para su empleo cotidiano, los recursos o infraestructura para la salud y la atención médicos, la organización de los servicios de atención a la salud y médica, todo lo cual conforma un complejo que influye directamente en la base estructural para la formación académica del médico, ya que constituye el ámbito de los servicios y que es razón de ser del mercado de trabajo, influencia magna en la planeación, desarrollo y consolidación de la profesión.^{1,2,3}

La contraparte académica la constituye el esfuerzo de las universidades para apoyar el desarrollo intelectual mediante planes de estudio novedosos, modificaciones curriculares continuas, aplicación de metodologías de enseñanza tecnificadas, capacitación de profesores, reorganización estructural de sus cuadros operativos y en fin, del cambio educativo que se vive. Ambas circunstancias intentan por un lado definir el tipo de profesionista y por el otro armonizar entre sí las necesidades cambiantes, múltiples y demandantes de una población en crecimiento e insatisfecha.^{4,5,6}

Para empezar, debemos aceptar que si bien hay necesidades mayoritarias no deja de haber otro tipo de necesidades, y que tratándose de atención médica la primaria es prioritaria pero no dejan de existir otros niveles de complejidad creciente y que al existir tales, se requiere un esfuerzo plural en la formación; esas necesidades prioritarias, pero no únicas, favorecen la formación plural.

Pluralidad en el conocimiento puede ser la norma. Por otra parte, el desarrollo increíble que ha tenido la ciencia médica en el último siglo ha permitido avances prodigiosos así como la aplicación de una tecnología más compleja y aun sofisticada que hace del cuerpo de conocimientos en medicina un acervo sólido, respetable y creciente, por lo que es difícil, en el momento de decidir qué enseñar, realizar una selección adecuada.

Basarse en la patología regional más frecuente, los grandes síndromes, los elementos terapéuticos de mayor repercusión o más usados, los diagnósticos de patología que ponen en peligro la vida o el órgano, las situaciones de crisis o urgencias, en fin, un criterio u otro que sirva para hacer dicha selección, sólo nos conducirá a cercenar conocimiento. Cercenar antes de empezar parecería una cruel e ingrata paradoja.

Si seleccionamos por principio y por necesidad, por lo complejo y múltiple del conocimiento, debemos entender de principio que la medicina de hoy no será la medicina de mañana y que nuestra obligación está en otorgar a los jóvenes en formación las herramientas para su desarrollo; más que atiborrarlos de cifras, datos o elementos nos importará desarrollar en ellos los mecanismos para pensar; de esa manera no cercenaremos ni les otorgaremos lo sencillo o superficial o sólo lo frecuente, y tendremos la tranquilidad de despertar en ellos la disciplina que hará en ellos desarrollar un profesionista y en la medicina continuar su avance científico.

Es por lo anterior que no es posible pensar en escuelas que formen un solo tipo de profesional, médicos de primer contacto o médicos de primer nivel o de una institución; tenemos que, congruentes con nuestro concepto de profesional, darles los conocimientos según su propia capacidad y esfuerzo, permitirles a través de su sistematización, organización y técnica desarrollar su pensar, para que lo apliquen en las variadas condiciones que la vida les imponga. No podemos crear un solo tipo de profesional, en otros ámbitos, en leyes; por ejemplo, sólo formaríamos agentes de ministerio público: deberemos darles la potencialidad para ejercer y proyectarse en los diversos caminos de los distintos derechos y no predestinarlos antes de iniciar el vuelo.

La formación del médico es bien distinta al concepto de fábrica de médicos en donde el manejo cognoscitivo es poco importante y sólo se basa en el manejo de ciertos esquemas o recetas, técnicas de aplicación simplificada que logran formar técnicos, cuando más eficientes, pero nunca un profesional digno y responsable. El desarrollo profesional estriba en conocer el todo, de acuerdo a nuestra propia capacidad o interés y analizando las diversas áreas que lo integran. No es a través sólo de manejar una parte, como se podrá integrar el todo. Enseñar a pensar será y es el reto.

Ni la simplificación ni lo general de un conocimiento o de una área podrán establecer la pauta a seguir; se requiere conocer y reconocer, no hay cirugía simplificada, la cirugía es la cirugía.

No podemos rechazar la teoría o la tecnología; ambas se complementan y otorgan al sujeto en formación la visión contemporánea del hombre y su relación con la salud.

Podemos crear otro tipo de profesional que se encargue de otras funciones relacionadas con la prevención, promoción u organización de la salud, pero de ninguna manera transformar al médico en algo simplificado.

Deberemos otorgarle y facilitarle el acceso al conocimiento contemporáneo, usando mecanismos formales para su incorporación al trabajo institucional, pero formándolo integralmente. No podemos hacer medios médicos, nuestro país no puede darse el lujo de desperdiciar la época de la formación profesional para obtener como resultado exclusivamente un medio médico que deberá completar su formación en las especialidades.

El país es un mosaico que deberá completar su formación en las especialidades que requiere un profesional médico, con diversas potencialidades para enfrentarlas y darles una adecuada respuesta acorde con su tiempo, el avance de la ciencia y las posibilidades del propio país. Tenemos múltiples necesidades y requerimos de profesionistas pluripotenciales para resolverlas. Los profesionistas acartonados, inflexibles, de corte muy específico por su exclusividad en las áreas, no son una verdadera alternativa, pero aun este tipo de profesional lo necesitamos en el momento de desarrollo que vivimos.

Con lo anterior no niego el principio de educación continua, pero eso no debe ser pretexto para formar profesionistas incabados.

El trabajo diario en los servicios de salud es la mejor escuela para la formación del médico que requerimos: ahí se le otorga el conocimiento y de ahí tiene que extraerse la disciplina.

La realidad como vivencia cotidiana permitirá la formación de profesionistas realistas, concedores y, deseáramos, motivados para la evolución consciente y comprometida de la medicina y de sus servicios, teniendo como meta la salud del hombre y de su comunidad así como la expansión del conocimiento; que ejerzan un compromiso de acción docente inherente a su ejercicio profesional y que satisfagan sus inquietudes mediante la investigación científica para responder a las múltiples interrogantes de su quehacer clínico.^{7,8,9,10}

Si realizamos cambios teóricos para la formación del médico sin tomar en cuenta el mercado de trabajo ni la estructura y función de los servicios médicos, crearemos profesionales inadecuados y más temprano que tarde frustrados.

Formar a nuestros jóvenes en la realidad no quiere decir alejarlos de los centros de excelencia o de concentración, ya que se me argumentará que no todos podrán estar en esos sitios, y serán aquellos centros de complejidad básica o media los que más frecuentemente los albergarán; sin embargo, debemos recordar que a pesar de que el ambiente es un factor importante también deberemos tomar en cuenta la organización, estructura, normas y sobre todos recursos humanos y materiales así como nivel de trabajo cotidiano. Es necesario utilizar los centros de concentración para acercar a nuestros alumnos las posibilidades de confrontarlos con una variedad de casos suficientes como para formarles un criterio y una experiencia inicial pero suficiente para irles creando un criterio y una habilidad que les permitan enfrentar los problemas cotidianos con seguridad y racionalidad.

Sobre este mismo orden de ideas deseo expresar que la parcelación del conocimiento no ha demostrado ser la alternativa que asegure la mejor calidad y el óptimo desempeño del educando, por lo que establecido el conocimiento actual deberá ser el propio interesado, a través de los mecanismos por él aprendidos, el que decida qué tanto avanzará para la resolución adecuada de su necesidad de conocimiento, favoreciendo un aprendizaje de acuerdo a sus propias posibilidades. Los aprendizajes comparables se darán en el ejercicio clínico cotidiano en donde se podrá aplicar y ejercer lo aprendido y en donde se uniformará el criterio.¹¹

Deberemos enseñar lo que el hombre ha avanzado en la ciencia médica aplicado a la realidad operativa. En eso estriba la realidad y el vínculo de la teoría con la práctica, la acción docente y la asistencial.

Se ha propuesto también que el formar médicos en determinados ambientes los orienta a un desarrollo ulte-

rior parecido; es decir, si formamos a estudiantes en hospitales de especialidad, serán éstos más tarde los médicos que deseen ser especialistas.

Esto es una verdad a medias, ya que el desarrollo de estudiantes en centros de atención primaria no asegura su orientación para el ejercicio de la medicina de primer nivel, lo cual puede apoyar la afirmación de que el ámbito de desarrollo no es definitivo para su orientación última y que lo es más el mercado de trabajo imperante.

El ofrecimiento de un mayor número de plazas para la formación de médicos familiares ha redundado en una mayor demanda, sin conseguir revertir la posición de demanda creciente de especialistas, lo que no se conseguirá hasta establecer dentro del sistema nacional de salud a la atención médica de nivel primario como un sólido pilar de la acción médica. Para revertir tal circunstancia hemos planteado desde hace algunos años desde este mismo foro la necesidad de implantar mecanismos de incorporación del recién egresado en medicina, que le posibiliten adoptar las directrices y normas que le hagan cumplir de manera eficiencia con los postulados institucionales.^{9,10} Y no debe confundirse una capacitación de incorporación con la realización de una especialidad, que posee una forma y estructura muy distintas.⁸

Sólo con una política en donde se conjugue ofrecimiento de un mayor número de plazas, mejor remuneración, trabajo digno y satisfactorio, un sistema de educación continua que asegure la vigencia y la calidad del conocimiento del médico y por lo tanto de los servicios, una estructura y organización en que las unidades de atención primaria sean copaprables en cuanto a actividad académica a las de complejidad mayor y establecimiento de premios y recompensas que hagan del ejercicio profesional una actividad social reconocida y que establezcan un vínculo con la tecnología vigente, que asegure un conocimiento no lejano de las acciones médicas que se realizan en los otros ámbitos, se conseguiría que todo lo anterior comprometiera formalmente al interesado en un sistema más congruente, pero dentro de su ejercicio y no dentro de la formación.¹

Estoy convencido de que la profesión médica es una oportunidad de desarrollo en múltiples vertientes, y tan sólo para señalar las tradicionales mencionaré el ejercicio clínico, el médico y el quirúrgico, la labor docente, la investigación básica, clínica o tecnológica, los aspectos epidemiológicos y de salud pública, los de la administración y planeación en el área médica, en fin, todas aquellas variantes que se desprenden de un médico, un profesional médico que sin dejar de serlo pueda dedicarse a esas diversas alternativas, para lo cual requiere pluripotencial.^{12,13,14}

Esa característica de pluripotencial deriva de la esencia misma de la medicina, que no es unívoca sino por el contrario permite y obliga a enfoques diversos que requieren hombres imaginativos, creativos, sistemati-

zados, pensantes, que sepan derivar del cuerpo de conocimiento conocido y aceptado las soluciones para los problemas que enfrenten, y tengan la visión necesaria para establecer las estrategias de investigación para ampliar el panorama y acrecentar el conocimiento real.

Se requiere un médico ideológicamente comprometido, no un sujeto indefinido que por derivación natural ofrezca sólo una continuidad de lo que es su extracción social y todo el cúmulo de conocimientos no influyan de manera trascendente en su actitud, conducta y orientación, no sólo en lo científico y técnico sino en lo social y lo político.

No debemos ofrecer falsos límites amparados con la ciencia; el médico tiene un compromiso de origen con el hombre mismo y su sociedad.

Las características de los servicios, las funciones que realiza, el ámbito donde se desenvuelve y el reconocimiento social establecen el perfil del profesional que nos ocupa. Este se complementaría con el conocimiento del mercado de trabajo, las acciones comunes con otros profesionales, el nivel de complejidad de las funciones que realiza, el empleo de tecnologías y recursos disponibles, la relación costo-beneficio en su quehacer cotidiano, el estado actual de las necesidades de la población y de manera muy importante la correlación y la discrepancia entre el ser y el debe ser.

Sin embargo, todo este esfuerzo debe ser complementado con las características de las políticas en materia de salud vigentes, los modelos de atención empleados, los requerimientos de las instituciones al trabajo médico, las decisiones en materia de formación de recursos humanos, las prioridades nacionales para la formación de médicos, los mecanismos de incorporación a los sistemas operativos, los esquemas de capacitación y actualización, el sistema de evaluación y control para su desarrollo, es decir, un esfuerzo conjunto entre los dos polos multimencionados, los niveles académicos y los asistenciales.

Debemos tratar de obtener un sólido médico a nivel de licenciatura con los conocimientos generales que le permitan incorporarse desde el ejercicio clínico inmediato hasta la búsqueda de nuevos caminos para formar especialistas, investigadores o seguir la ruta de la excelencia en las maestrías y doctorados.

No todos pueden tener acceso al posgrado, no todos pueden lograr la excelencia académica, pero nos deberá preocupar que todos tengan las bases metodológicas y la disciplina para desempeñarse adecuadamente en los diversos ámbitos y ante las múltiples necesidades.

Consolidemos nuestros servicios, démosles la categoría para su desarrollo y mientras mejoramos la calidad asistencial favoreceremos su correcta integración al Sistema Nacional de Salud.

El Estado y la comunidad deberán asegurar los mecanismos y las bases legales para el adecuado ejercicio profesional y su desarrollo permanente.

Dependerá del hombre, y siempre del hombre, su propia y particular superación.

Tener la oportunidad para otorgar una enseñanza comparable sería la premisa sobre la que consolidaríamos la formación mediante la existencia de servicios de atención médica comparables.

El ejercicio de un análisis profundo para conocer qué estamos realizando en cuanto a la formación de médicos, es una tarea permanente que requiere la actualización en la conceptualización de la atención a la salud, la reubicación de las funciones de médicos, la elevación permanente del nivel de conocimientos y educación para la salud de la población, la búsqueda permanente de la elevación y desarrollo del saber médico, porque sólo mediante la consolidación de ese conocimiento compartido es como se podrá lograr la meta de una mejor calidad de vida para todos.

El conocimiento es lo que otorga la posibilidad de ser responsable.¹²

Desearía terminar recordando los esfuerzos del maestro doctor Raoul Fournier quien, como uno de los más grandes innovadores e imaginativos educadores médicos, ha dejado plasmado su pensamiento y acción alrededor de este tópico, señalando "que debemos formar médicos que sepan sobre todo pensar racionalmente, con métodos científicos, que adquieran conocimientos básicos no sólo de las ciencias médicas sino del hombre, su sociedad y sus leyes, así como de las condiciones particulares del país".¹⁵

Referencias

1. URIBE ELIAS, R. y col.: *La formación del médico*. Trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de la Educación, México, 1984.
2. COUNCIL ON MEDICAL EDUCATION: *Future directions for medical education*: Junio 15, 1982.
3. ANYLAN, W.G. y AUSTEN, W.G.: *The future of medical education*. Duke University Press 1983.
4. KANIFEL, R.: *The making of a Hopkins Doctor*. John's Hopkins Magazine. 1983; 34: 10.
5. SCHOFIELD, J.R.: *New and expanded medical schools, mid century to the 1980s*. San Francisco. Jossey Bass Publ. 1984.
6. McLACHLAN, G.: *A question of quality? Roads to assurance in medical care*. Londres. Oxford Univ. Press. 1976.
7. URIBE ELIAS, R.: *Preparación real del recién egresado en Medicina. I parte*. Gac. Méd. Méx. 1986; 122: 299.
8. URIBE ELIAS, R. y col.: *El servicio médico social y los programas de salud*. Gac. Méd. Méx. 1984; 120: 19.
9. URIBE ELIAS, R. y col.: *Características y problemática del recién egresado en medicina*. Gac. Méd. Méx. 1982; 26: 53.
10. URIBE ELIAS, R. y col.: *El examen profesional objetivo en medicina*. Rev. Fac. Med. Méx. 1982; 25: 585.
11. URIBE ELIAS, R. y col.: *Preparación real del recién egresado en medicina. II parte*. Gac. Méd. Méx. 1986; 122: 299.
12. URIBE ELIAS, R. y col.: *La función social del médico*. Rev. Fac. Med. Méx. 1982; 25: 177.
13. COLOMBATOS, J. y KIRCHNER, C.: *Physicians and social change*. Londres. Oxford. Univ. Press, 1986.
14. MaGAGHIE, W.C. y FREY, J.: *Handbook form the academic physician*. Nueva York, Springer Verlag. 1985.
15. ORTIZ MONASTERIO, F.: *Semblanza de Raoul Fournier*. Gac. Méd. Méx. 1984; 120: 251.