

El perfil del médico mexicano

GUILLERMO SOBERON* y
JOSE R. NARRO

No es sencillo, quizá ni siquiera apropiado, hablar del perfil del médico mexicano. De hecho, no existe un perfil característico en este sentido. Más bien, pudiera hablarse de cómo encaja la labor profesional del médico, en función de las modificaciones en las tendencias para cuidar de la salud de los mexicanos. Por otro lado, es posible en nuestro medio identificar una transición bien definida del médico en el ejercicio liberal de la profesión, al médico que se dedica crecientemente a las labores institucionales.

Abordar este tópico requiere, así mismo, considerar aspectos relacionados a un proceso que incluye la formación, el ejercicio y la educación continua del médico. Es probable que en lo que se refiere al perfil profesional, fuera más adecuado hablar en términos de la función social: la medicina; y no tanto del personaje: el médico. Sin embargo, para los fines del presente trabajo, el análisis se hará indistintamente.

Si bien es cierto que todo momento es adecuado para plantear críticamente lo que sucede en un campo determinado del quehacer humano, debe aceptarse que las épocas de crisis obligan a la reflexión, al cambio y al ajuste en las formas organizacionales y en el fondo ideológico o doctrinario que sustentan la concepción y el ejercicio de toda práctica profesional.

Este es el caso de lo que sucede con la medicina en nuestro país que, después de transitar por un proceso histórico paralelo al de la conformación de la sociedad mexicana, se enfrenta ahora al reto de adecuarse a las demandas y necesidades sociales de la actualidad. Para que esto suceda, será necesario encontrar conductos que estimulen la participación organizada de grupos y de individuos y romper con moldes tradicionales.

La Evolución de la Medicina Mexicana

La medicina en nuestro país ha sufrido profundas transformaciones a través del tiempo; tiene sus raíces en las culturas precortesianas y evoluciona, como todas las instituciones sociales, en consonancia a la transformación de nuestra vida nacional.

En la época precortesiana, los conocimientos de los grupos indígenas no eran despreciables; distinguían muchos padecimientos a los que identificaban por sus características clínicas, contaban con un variado armamentario de recursos terapéuticos constituidos por la magia, la herbolaria, la curación por la palabra, el uso del temazcal dentro de las prácticas higiénicas, e incluso la práctica de algunos procedimientos quirúrgicos del tipo de las trepanaciones, las incrustaciones dentarias de oro, jade o de turquesa, o el tratamiento de heridas, abscesos, luxaciones y fracturas.

*Académico titular. Miembro del El Colegio Nacional. Secretario de Salubridad y Asistencia

José R. Narro. Director General. Servicios Médicos. Departamento del Distrito Federal.

Sin embargo, justo es reconocerlo, en la medicina indígena dominaban el empirismo plagado de supersticiones y de errores derivados de "creencias ingenuas y de prácticas absurdas", en palabras de Ignacio Chávez.

Es la época colonial, etapa de choque y de síntesis. El campo de la medicina no escapa a esta situación. La confrontación de la medicina indígena, cargada de empirismo y de la medicina española que traía consigo una teoría médica gestada y madurada a lo largo de varios siglos, dejó como sinopsis una serie de aportaciones a la vida social de entonces.

El siglo XVI es fundamental en la historia de la medicina mexicana. El perfil epidemiológico de los habitantes de Nueva España sufrió una transformación importante. Así la aparición de las "nuevas" enfermedades diezmo implacablemente a la población indígena. Las epidemias de viruela, sarampión y tabardillo fueron determinantes en el arreglo de las fuerzas sociales después de la conquista.

En parte como resultado de la tradición prevalente en la medicina española del siglo XVI; pero también para contender con las plagas que azotaban a la población indígena a raíz de la conquista, una de las primeras acciones que emprendieron los españoles fue la construcción de hospitales. El de Jesús, el de la Tlaxpana, el Real de las Bubas, el de San Hipólito y muchos otros fueron edificados tanto en la capital del país como en otras ciudades.

Las apremiantes necesidades de salud de la población merecieron como respuesta un esfuerzo monumental, pues en poco menos de ochenta años después de la caída de Tenochtitlán, la nación ya contaba con más de diez hospitales en la capital y más de veinte en la provincia.

Este desarrollo obligó también a preparar los recursos humanos que pudieran laborar en los hospitales recién establecidos. Así es como en 1579, veintiseis años después de que la Real y Pontificia Universidad inició sus actividades, da principio la cátedra "Prima de Medicina" que por vez primera estuvo bajo la responsabilidad del eminente Doctor Juan de la Fuente.

A lo largo de las primeras décadas del siglo XVII, la medicina alcanza, en Nueva España, algunas de sus manifestaciones más brillantes y obtiene un nivel superior. No obstante, pronto se iba a detener su progreso e incluso la situación habría de deteriorarse a partir de que, entre otras cosas, el proceso educativo disminuye en la calidad al abandonarse la práctica de la disección en el cadáver, así como el alejamiento de la clínica y el exceso de enseñanza verbalista.

Los médicos dejan de practicar la cirugía y la obstetricia en virtud de que las consideran "artes inferiores y denigrantes". Algunos años habrían de transcurrir hasta que a fines del mismo siglo y en el principio del siguiente, se reordenan los fundamentos que permitieron la superación de la medicina mexicana, influida en esa época a través de España por la ilustración francesa. Esta influencia se acentuaría con el paso del tiempo y adquiriría en el siglo XIX sus momentos más importantes.

Ha sido señalado que si bien el fin del periodo colonial se debe identificar con la conclusión del proceso de independencia nacional, en el campo de la medicina existe una prolongación del mismo hasta el año de 1833 cuando se dan por terminadas muchas de las estructuras médicas coloniales y se sientan bases para el inicio de una nueva época.

En el siglo pasado, la proyección académica en la medicina mexicana es fundamental. La reestructuración del proceso de formación de los médicos, se inicia con la creación en 1833, del Establecimiento de Ciencias Médicas, antecedente directo de nuestra Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A pesar de los problemas suscitados por los frecuentes cambios en la dirección del joven gobierno mexicano, así como de la profunda influencia del mismo sobre la educación superior, las nuevas ideas científicas de la medicina europea fueron paulatinamente incorporadas en los programas de estudio.

En la segunda mitad del siglo, París se convirtió en la metrópoli del conocimiento médico y un número importante de médicos mexicanos acudieron a recibir, en la fuente misma, los conocimientos de los sabios profesores franceses, situación que, en alguna medida, se prolongó hasta el presente siglo.

La medicina mexicana del siglo XIX vive años de sorpresas y avances; aún más, en esta época y mediante las aportaciones de algunos médicos entre los que, con mucho, destaca Miguel Jiménez, se dan al mundo contribuciones importantes en la clínica y en la terapéutica.

Esta etapa incluye entre sus desarrollos la incorporación en el plan de estudios del laboratorio y de la enseñanza objetiva de la clínica. Así mismo, en sus postrimerías vio nacer, bajo el empuje de Liceaga, al Hospital General, cuna de la medicina contemporánea y sitio en el que se formaron algunos de los médicos más destacados de nuestros tiempos.

En la década de los años veinte del presente siglo periodo fértil para la renovación. La sociedad demandaba del trabajo y la superación después de la gesta revolucionaria; el desarrollo de las comunicaciones favorecían el intercambio de las ideas; la medicina se sacudía con avances importantes de todos sus campos; en los Estados Unidos se vivían las consecuencias iniciales de la "revolución flexneriana" en el campo de la educación médica. En nuestro medio se encontraban los hombres necesarios para hacer avanzar la ruta para el cambio y la renovación.

Es en este ambiente en el que se inicia el establecimiento de las especialidades médicas. La sede: el Hospital General, los hombres: Chávez, Ayala González, Villanueva y Zubirán, entre otros. Tal vez por primera ocasión confluyen en buena parte del proceso los intereses y necesidades de los servicios con los de las instancias educacionales.

La segunda guerra mundial marca el ocaso de la influencia francesa en la medicina mexicana y el surgimiento de la influencia anglosajona, particularmente de la medicina norteamericana. Se acentuó el carácter de

las especialidades médicas cuyo auge todavía se deja sentir.

Es indiscutible que el advenimiento de las especialidades ha traído aparejada una situación dual, la calidad de la atención se ha superado y es posible suponer que a esta situación le ha correspondido un impacto positivo en las condiciones de salud de la población. Sin embargo, también ha traído consigo situaciones que no son del todo favorables. El incremento en los costos, la despersonalización de la atención médica y la fragmentación en el cuidado de la salud son, entre otros, argumentos que podrían justificar esta reserva.

La medicina mexicana contemporánea comienza a gestarse en la década de los cuarenta y resulta de la síntesis de las experiencias previas, así como de las necesidades y las demandas vigentes entre nuestra población. En esta década se inscriben la creación de varias instituciones: la Secretaría de Salubridad y Asistencia mediante la fusión del Departamento de Salubridad y de la Secretaría de Asistencia; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Hospital Infantil de México; el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" y el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

Todo este proceso nos prepara ahora para una nueva transición; el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, instrumento indispensable para dar efectividad a la garantía social del derecho a la protección de la salud, elevada a rango constitucional en el periodo legislativo de 1982.

Si bien se ha dado una gestación en cierta forma prolongada de casi tres décadas, la trayectoria seguida nos coloca en un momento verdaderamente crucial: la posibilidad de perfilar una personalidad característica de la medicina mexicana para consolidar un sistema social. Una medicina fundada en aspectos técnicos y científicos universales pero que, en su organización y modos peculiares respondan a las características y necesidades de nuestra sociedad.

No se trata de ignorar lo que sucede en otras latitudes, ni tampoco de inventar lo que ya ha sido creado. Simplemente, se trata de encontrar los mecanismos para utilizar en forma óptima los recursos disponibles y para organizar la prestación de los servicios de manera que el precepto el "derecho a la protección de la salud" sea, por ser una garantía constitucional, una realidad operativa para todos los mexicanos.

En el camino recorrido hemos transitado por los conceptos de caridad, beneficencia, asistencia pública, seguridad social y ahora iniciamos la senda del derecho a la protección de la salud como fórmula para superar la desigualdad social.

Instituciones y recursos quedan como ejemplo vivo de lo que hemos alcanzado. El sistema de seguridad social cubre en la actualidad a cerca del 45 por ciento de los mexicanos, y las instituciones que atienden a la población abierta dan servicio a otro 32 por ciento de los habitantes.

No debemos, por otro lado, olvidar a la medicina privada que forma parte de nuestro sistema y que cubre un porcentaje importante de la sociedad estimado en aproximadamente 5 por ciento de la población, sin

contar con aquellos núcleos que a pesar de tener derecho a los servicios institucionales, acuden a los recursos del sector privado para resolver su problemática de salud. Lamentablemente cerca de 14 millones de mexicanos aún no cuentan con acceso fácil a los servicios de salud.

El Derecho a la Protección de la Salud

En la actualidad es ampliamente aceptado que la salud constituye uno de los valores fundamentales de cualquier sociedad. Por esto, el desarrollo económico debe perseguir, como objetivo fundamental, la mejoría en el bienestar de una población.

La salud en este sentido, no puede ser concebida como un lujo o como algo superfluo. Debe interpretarse como un elemento básico que todo individuo debe disfrutar; es una necesidad a la cual la sociedad debe responder.

El incremento en los niveles de salud de una comunidad y la mejoría en la calidad de vida de sus miembros, constituyen entonces los componentes más altamente considerados en el desarrollo de un conglomerado. Por esta razón, disgregar los conceptos de salud y de desarrollo social no es sólo artificial sino inconveniente.

La respuesta a los requerimientos básicos de salud de la población debe considerarse pues, como un objetivo social de trascendencia política. No es extraño que algunos estudios consideren a los servicios básicos de salud "como un instrumento de política y de desarrollo social; como una consecuencia del desarrollo económico y un factor para alcanzarlo".

Pocas naciones han asegurado niveles adecuados de salud para toda su población. En nuestro país, a pesar de las notables mejorías que presentan los indicadores de salud a lo largo de las últimas cinco décadas, aún se observan grandes distancias entre los que disfrutan y padecen en la abundancia, y los que enferman por carencia de lo fundamental. Ante este enfrentamiento diferencial en los daños a la salud para todos. La Ley General de Salud y el Programa Nacional de Salud 1984-1988 recogen este compromiso.

Que aún persiste la necesidad y que hay un amplio espacio en la posibilidad de mejorar es evidente; así por ejemplo, en el Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de las Américas, para alcanzar el propósito de lograr "Salud para Todos en el año 2000", se señalan algunas metas mínimas para las naciones de la región.

Entre ellas, se distingue el objetivo de que ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a los 70 años. En nuestro país las últimas cifras disponibles nos señalan que el promedio de este indicador se acerca apenas a los 65 años; se propone que la mortalidad infantil no será mayor de 30 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos y que la mortalidad pre-escolar será menos de 2.4 defunciones por cada 1,000 habitantes de 1 a 4 años de edad. Las tasas nacionales al respecto indican que, en lo que se refiere a la mortalidad infantil la cifra es de 35.7 por 1,000, en tanto que la mortalidad pre-escolar es de 4.2 por 1,000. De la mis-

ma manera, se propone que en 16 años más, el 100 por ciento de la población cuente con acceso a los servicios de salud. Como puede observarse, aún cuando la brecha que nos separa de las expectativas es importante, es factible que nuestro país alcance las metas propuestas.

Las Funciones de la Educación Médica

En este esfuerzo de configuración de la medicina mexicana en un Sistema Nacional de Salud, el capítulo de la formación de recursos humanos tiene un destacadísimo papel.

Las experiencias que se han tenido en México en materia de educación médica en particular y en general en el adiestramiento y capacitación de personal de salud a lo largo de los últimos años, son inapreciables. Sin embargo, se hace necesario que las Escuelas y Facultades del área de la salud capten la trascendencia del momento que se vive y que, conjuntamente con las instituciones prestadoras de los servicios, superen aislamientos e indiferencias y participen coordinadamente en la empresa.

La educación debe verse como una inversión y como condición indispensable para que cualquier sociedad alcance un nivel adecuado de desarrollo. Prácticamente la totalidad de las naciones la consideran como un "problema de excepcional dificultad y como tarea de la más alta importancia."

La función social de la educación consiste en dotar al individuo de una gama de conocimientos, habilidades y actitudes que lo capaciten para vivir en su contexto social.

En un seminario sobre educación superior organizado en 1979 por miembros de El Colegio Nacional, el Dr. Bernardo Sepúlveda definió una serie de funciones de la educación superior que, llevadas al caso de la medicina, podrían enunciarse como sigue:

1. Aquellas funciones que están en relación con el individuo: la adquisición de conocimientos, destrezas y actitudes propios de la ciencia médica; el desarrollo de las facultades intelectuales y en particular el juicio clínico; la preparación para el desempeño de su papel como médico en la sociedad.
2. Aquellas funciones que están en relación con la sociedad: la conservación y la difusión del conocimiento médico; la contribución al avance del conocimiento médico por medio de la investigación en todas sus modalidades; la contribución a la independencia científica y tecnológica y el estudio de los defectos de la organización y la administración de los servicios de salud para corregir las deficiencias en la prestación de los mismos.
3. Aquellas de índole general: la ampliación del horizonte cultural y la formación de hábitos de estudio sistemático; el refuerzo de la identidad cultural a nivel regional y nacional y la formación de individuos y grupos de alto rango cultural que influyan en el progreso del país.

Cabe señalar que el momento actual reclama acentuar las características de proyección social de nuestros médicos.

En términos generales, se hace necesario identificar mecanismos a través de los cuales sea fácil y expedito incorporar a los programas de estudio, las innovaciones de la ciencia y la tecnología, las cambiantes necesidades de salud de la población y las nuevas modalidades en la organización de los servicios de salud.

Hay que formar los recursos humanos que requiere el Sistema Nacional de Salud y con el propósito de que el Sistema mismo se estructure y funcione en la forma deseada y que pueda de esta manera contribuir a mejorar la salud de nuestra población. Se hace indispensable:

- a). definir el tipo y cantidad de los recursos humanos que el sistema precisa.
- b). superar los problemas actuales que aquejan a los mecanismos formadores,
- c). convertir las "fuentes de producción" de recursos humanos en mecanismos que garanticen la adecuada integración de éstos al Sistema Nacional de Salud, y
- d). estimular el desarrollo de fórmulas novedosas e imaginativas que rompan con moldes tradicionales y esquemas conservadores.

Nada sería más equivocado que analizar el proceso de formación de recursos humanos fuera del contexto de la prestación de los servicios de salud. De hecho, debemos aceptar como punto de partida del análisis, que la formación de recursos humanos para la salud es tarea compartida por las instituciones educativas y las de salud. Es así, que hay problemas que nos aquejan que son del resorte de unas o de otras, pero también las hay que afectan a ambas. En cualquier caso, de manera conjunta tienen que formularse las soluciones y ejecutarse las acciones consecuentes.

Hace poco menos de una década, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, al hablar sobre "la medicina y los medios del mañana" en la conmemoración del centenario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, llamó críticamente la atención sobre la situación prevalente en las poco más de un millar de instituciones que, en todas partes del orbe, se dedican a la formación de los cuadros de profesionales de la medicina que se requiere en la sociedad.

En su disertación, Mahler identificó una serie de deficiencias que ejemplifican claramente una ruptura en la ecuación: necesidades de salud/ formación de recursos humanos y que pueden resumirse en sus propias palabras al aludir a la pasmosa "regularidad con que todo el sistema educacional de estas escuelas está aislado con respecto a los servicios de salud de sus países".

Si bien en México siempre ha existido una simbiosis entre las instituciones educativas y las de salud, que ha permitido en buena medida de acercamiento mayor del que ocurre en otras latitudes, la interfase no siempre ha sido fácil y hay decisiones apremiantes que tomar por ambas. Los últimos años han presenciado esfuerzos fructíferos en el sentido de una mayor cola-

boración; siento que nos encontramos en el umbral de un entendimiento más definitivo.

Veamos algunos factores que atañen al proceso de formación de recursos humanos en los que se hace necesaria la acción sinérgica de las instituciones educativas y las de salud:

a). *Factores ideológicos.* Poca duda cabe de que los antecedentes y la evolución histórica que someramente ha sido revisada, influyen en la situación actual. Son producto y marcan nuestra propia idiosincrasia. Por otra parte, no es posible ignorar las novedades que se han presentado en la concepción del proceso salud-enfermedad y en la interpretación del papel del médico frente a la salud de la comunidad; la justificación de estrategias cambiantes en la organización de los servicios y programas de salud y la idea de la responsabilidad del Estado frente a la salud de la población.

Todos estos elementos condicionan que en la actualidad exista una disociación notable entre lo que teóricamente conocemos y lo que, en la realidad cotidiana, se vive en las aulas y en los servicios.

b). *Factores Sociales* En este capítulo sobresale la incapacidad que se ha tenido para adecuar los aspectos cuantitativos y cualitativos en la formación de médicos, a las necesidades sociales. En efecto, durante la última década han egresado de las escuelas de medicina de nuestro país entre tres y cuatro veces más médicos de los que las instituciones de salud pueden captar.

Aún cuando de 1978 a la fecha ha habido un descenso en el número de estudiantes que han ingresado a los establecimientos de educación médica, la población total de estudiantes de medicina en el país durante 1983 fue cercana a los 80,000.

En México existe libertad para elegir profesión. No obstante, es el privilegio de las instituciones educativas y las de salud, como hemos afirmado, el que a ambas les compete la responsabilidad, de limitar el ingreso de los aspirantes a un número que no exceda las posibilidades de los recursos educativos. Además, es un acto de honestidad insoslayable informar abiertamente a quienes se interesan en hacerse médicos las perspectivas que se visualizan en el futuro inmediato para su ejercicio profesional. El hecho de que haya un número de mexicanos que no tienen, todavía, acceso fácil a los servicios de salud, no invalida este proceder, pues la cobertura plena es un proceso en marcha, dependiente de nuestro desarrollo socio-económico que será resuelto solamente con la participación de los médicos.

Ya desde el 16 de julio de 1973 en ocasión de la ceremonia inaugural de la I Convención Nacional de Salud, expresamos lo siguiente:

“Otra cuestión trascendente: El número de médicos requeridos y la distribución de los mismos. Un exceso en la demanda presiona a las instituciones educativas, si se consideran tanto los recursos clínicos para lograr un eficaz adiestramiento, como la capacidad que el sistema nacional de salud tiene para captar a los profesionales egresados.

Por ello, para alcanzar una verdadera proyección social se precisa no olvidar que la extensión de la infraestructura de la salud al área rural y el aumento de personal paramédico, son condicionantes para una efectiva implantación del médico en los lugares precisos. En otras palabras, es indispensable un crecimiento armonioso que contemple un equilibrio adecuado de los componentes del sistema y un sentido de dirección para señalar, tanto los rincones del país que deberán cubrirse, como las características de los servicios por prestar. En consecuencia, las instituciones del sistema de salud y las instituciones educativas necesitan estudiar y especificar el o los tipos de médicos y de personal paramédico requeridos para los próximos años, así como la capacidad real de su empleo. De no hacerlo, año con año aumentará el número de estudiantes que golpean las puertas de las universidades en busca de admisión, y el número de médicos faltos de empleo o que, en su desesperación, aceptan ocupaciones subprofesionales.

De una parte, las instituciones educativas, vulnerables y de hecho indefensas reciben embates cada vez más difíciles de resistir y, de otra, se perfila ya un proletariado médico, surtidor de graves consecuencias sociales.”

Hay que reconocer que más de diez años después, la situación persiste y tenemos encima las consecuencias del problema.

No sólo esto es importante, también lo es, que en la mayoría de los programas existentes se dá una pobre orientación a los estudiantes para ocuparse de la salud de los individuos y de la colectividad a cambio de un predominio en el interés por la enfermedad, la tecnología para contrarrestar el daño y la exagerada especialización en campos concretos del conocimiento.

Es posible identificar además, una magra participación de la comunidad en el modelo de atención a la salud y, en consecuencia, una endeble relación de los programas educacionales con las organizaciones formales de la comunidad.

c). *Factores económicos* No es posible pasar por alto los costos crecientes en la atención médica y sus necesarias repercusiones en el proceso de formación de recursos humanos. Estamos frente al grave compromiso de simplificar los procedimientos sin demérito de la calidad y de hacer un uso óptimo de las facilidades disponibles.

d). *Factores estructurales de los servicios de salud.* Los servicios asistenciales son faltos de unidad y en buena medida duplicados, con normas técnicas y administrativas inexistentes y en muchos casos contradictorias. En pocas palabras, hemos sufrido los resultados derivados de la ausencia de un verdadero sistema de salud, lo cual repercute, necesariamente, en el proceso educativo.

Habida cuenta de que no es posible inducir los elementos formados en un sentido concreto, por ejemplo, la medicina familiar, si los servicios no tienen un desarrollo acorde y se dan los incentivos indispensables, se entiende que cualquier esfuerzo educativo tendiente a conformar el Sistema Nacional de Salud en la dirección

deseada, tiene que ir compaginada de un esfuerzo por impulsar los servicios concomitantemente y viceversa.

e). *Factores educacionales.* La preparación de nuestros estudiantes presenta severas irregularidades en cuanto a la calidad del proceso formativo. Carecemos de normas mínimas que deben cumplirse para garantizar un nivel adecuado.

Al revisar los planes de estudio de la mayoría de las escuelas, se ponen de manifiesto los pocos cambios de trascendencia habidos con respecto al programa de estudios vigente en 1906 en nuestro país.

Las actividades docentes se imparten de manera fragmentada, por la parcelación del conocimiento han sido insuficientes las estrategias para favorecer la integración del mismo. La tajante división de las ciencias básicas, las clínicas y las psico-sociales, favorecen esta situación.

Es posible observar también, en ciertos casos, contradicciones entre el planteamiento teórico de los programas y la selección de las estrategias educacionales, es decir la falta de flexibilidad para abordar la problemática regional de salud y la desactualización de los conocimientos científicos que se transmiten a los educandos. Esto último, se relaciona primordialmente con la carencia de personal docente técnica, científica y pedagógicamente apto para participar en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Algunas experiencias innovadoras han mostrado que es posible resolver varios de los problemas antes citados. Sin embargo, se continúan como: "programas experimentales" que día a día se rigidizan y anquilosan, sin que se hagan esfuerzos por transminar sus ventajas a la mayoría de los programas tradicionales.

Es preciso que una correcta planeación lleve a formular planes educacionales para que los médicos y en general, el personal de la salud, se forme con las actitudes y los conocimientos que requieren los puestos del Sistema Nacional de Salud. Para ésto es indispensable, la referencia de lo que el Sistema requiere, la cual no se ha definido todavía. De aquí, otra vez, la necesidad impostergable de un esfuerzo conjunto.

f). *Factores derivados de la aplicación de una tecnología inapropiada.* Existe una situación paradójica: de una parte, hay una dependencia tecnológica exagerada en múltiples áreas del proceso médico-asistencial y con frecuencia se invierte en recursos que nos merman en muchos sentidos, ya que benefician a unos cuantos y de manera pasajera, pues se hace obsoleta unos años después.

Por otro lado, frecuentemente por desgracia, no se cuenta con los recursos mínimos y elementales para garantizar la calidad del acto asistencial y del proceso educativo.

g). *Factores derivados de la falta de evaluación del proceso educativo.* Es indispensable superar las graves carencias que tenemos en materia de información y de control del proceso de formación de recursos médicos. Sólo superficialmente conocemos el contorno del aspirante, del estudiante o del egresado de la carrera de médico cirujano de nuestro país. Menos aún sabemos de las caracterís-

ticas del empleo y el subempleo de nuestros colegas o de los resultados e impacto de los programas educacionales.

Desentendernos de los avances de nuestro país en la materia, sería injusto e irresponsable. Frente a la firme determinación del gobierno de la República en los últimos dos años en materia de salud, se hace necesaria una respuesta de la misma magnitud por parte de las instituciones de educación superior.

Afortunadamente, las circunstancias indican que ya es posible dar un paso definitivo en el sentido propuesto. En efecto, en octubre de 1983, el Presidente de la República decretó la creación de las comisiones inter-institucionales de formación de recursos humanos y de investigación en salud, que constituyen el mecanismo apropiado para que las instituciones educativas y las de salud revisen juntas los problemas existentes y, de consuno, propongan soluciones y ejecuten las acciones conducentes y las necesarias para avanzar en la dirección deseada. En el pasado hemos tenido buenos ejemplos que muestran las virtudes de la vinculación entre los dos sectores.

Para finalizar, cabe señalar que si ya es clara la estrategia fundamental para lograr la plena cobertura; uno de los fines del Sistema Nacional de Salud como es la implantación de un modelo de atención regionalizada y escalonada por niveles en el que es primordial las estrategias de la atención primaria a la salud, así se hace indispensable ya iniciar acciones para impulsar al personal de Salud en concordancia a este objetivo.

Para ello, de entrada, podrían impulsarse cuatro mecanismos:

a). *La ampliación de las experiencias innovadoras en la enseñanza de la medicina.*

El inicio de la década de los sesentas fue testigo del nacimiento de varios planteamientos educativos a nivel del pregrado en la carrera de Medicina. Entre ellos, destacan el caso del plan de Medicina General Integral, Plan A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; los planes modulares de la Unidad Xochimilco, dependiente de la Universidad Autónoma Metropolitana; de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Iztacala y Zaragoza; del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional; de las Universidades de Nayarit, de Campeche, de Yucatán, de Guadalajara y Autónomas de Chiapas y de Nuevo León, entre otras.

Se han recogido experiencias positivas que es preciso ampliar para que se apliquen a un mayor número de estudiantes. El plan A-36 ha sido recientemente evaluado y no deja duda de sus ventajas. Se hace ahora necesario que éste y otros programas innovadores, puedan extenderse dentro de las instituciones educativas.

b). *La consolidación de las acciones derivadas del Servicio Social de Pasantes.*

Por su filosofía e impacto en la organización de los servicios, se hace indispensable revalorar las posibilidades del servicio social que, próximo a cumplir 50 años, ha

sido ejemplo a seguir para otras profesiones. Son decenas de miles los médicos que han transitado por esta práctica, aumentando su experiencia y enriqueciendo su bagaje de conocimientos y actitudes, pero sobre todo, son millones los mexicanos que se han visto beneficiados con esta praxis.

No obstante, será posible obtener mayor provecho de esta práctica si el servicio social retoma sus características de trascendencia social y de contacto con la comunidad rural y si el ejercicio es mejor normado y supervisado.

c). El impulso a los programas de posgrado de medicina general familiar.

El desarrollo de los programas para la formación de médicos familiares ha constituido un ejemplo para otros países de América Latina; basta señalar que, de 1972 a 1983, se han formado en las dependencias y entidades del Sector Salud 15 190 especialistas, de los que el 26.4 por ciento, o poco más de 4 000, corresponden a la más "nueva" de las disciplinas: la medicina familiar.

Puesto que los médicos familiares son protagonistas importantísimos del estrato profesional de la atención primaria a la salud y dado que se acentúa en el país con un número crítico de estos profesionales, se hace necesario emprender un esfuerzo cualitativo en las áreas asistenciales para contribuir a la mejoría de los servicios.

d) La configuración de verdaderas redes de educación continua.

No debe dejar de señalarse el caso de las acciones de educación médica continua que en los últimos años se

han reforzado y sistematizado en torno a programas o unidades de educación continua. Estas actividades instrumentadas mediante medios tradicionales, así como a través de los desarrollos tecnológicos, han permitido hacer llegar, aún a distancia, el desarrollo del conocimiento, lo que ha permitido la actualización de nuestros colegas en múltiples campos del saber médico. Este recurso puede aplicarse, pues, al aumento en el número y a la mayor excelencia de los médicos generales.

Conclusiones

Hay que registrar que el futuro estudiante de medicina del año 2000 ya nació; que el educando que ingrese en la próxima promoción a las escuelas de medicina, se incorporará al ejercicio profesional en la segunda mitad de la última década de esta centuria. Es indispensable pues, planear nuestro desarrollo y no dejar actuar a las fuerzas del azar y a las contingencias de la improvisación.

Las instituciones de educación superior son parte de la conciencia crítica de nuestra sociedad. Estimulemos que su voz juiciosa se exprese en materia de salud. Tenemos, Ley, Plan y Programa; hemos hecho explícitos los propósitos, los objetivos, las políticas, las estrategias y las metas que pretendemos en el campo de la salud y habrán de producirse ulteriores definiciones.

Es pertinente que en forma conjunta, las dependencias asistenciales y las formativas, tomen como base esos fundamentos y preparen en todo sentido los escenarios propicios para la nueva transformación.