

Sanitarismo y medicina

I. PLURALIDAD Y LIDERAZGO

HUMBERTO ROMERO-ALVAREZ*

Muy oportuno resulta, en este momento de cambios importantes en la administración de la salud pública, revisar la situación en que se encuentra la que es o debiera ser estrecha relación entre el sanitarismo y la medicina. Ambas disciplinas se identifican en su objeto común: la salud humana; y, si bien las ciencias sanitarias por su pluralismo y proyección global se apartan un poco de la medicina, el hecho es que se sustentan en los mismos principios y que tienen, también en común, al médico como líder indiscutible de todas sus acciones.

El sanitarismo es producto de la práctica conjunta de un gran número de disciplinas. El equipo tradicional de su salud que en su origen estuvo constituido, fundamentalmente, por el médico y el ingeniero sanitario, aquél, enfocado su actuación al imperativo de la higiene y éste al saneamiento del ambiente ha evolucionado considerablemente y se ha enriquecido con el concurso de biólogos, químicos, nutricionistas, educadores, sociólogos, administradores, etc.¹ El agente sanitario o técnico en saneamiento, el laboratorista y en especial la enfermera, siguen siendo, en México, auxiliares competentes básicos del equipo de salud.

Aún los profesionales que encuadran su actividad dentro del ámbito estricto de la medicina curativa, se ven involucrados, como colaboradores y beneficiarios a la vez, de las labores de salud pública. Un ejemplo concreto que ilustra esta vinculación lo ofrece el médico clínico como coadyuvante en la vigilancia epidemiológica. En el presente simposio se expondrán en detalle algunos aspectos de la epidemiología, piedra angular de

toda acción sanitaria, y de cómo se puede valer de esta ciencia el médico general para reorientar eventualmente su práctica profesional.

Las ciencias sanitarias y su evolución a las formas actuales de salud pública son relativamente recientes. Datan de hace un poco más de cien años, cuando surgen en apoyo de una medicina conservadorea ante los grandes problemas de salud que caracterizaban una época en la que las epidemias de enfermedades transmisibles se sucedían frecuentemente. Eran los tiempos en que Pasteur se esforzaba por comunicar sus ideas y descubrimientos a los médicos. "En aquellos tiempos -dice Martínez Báez, biógrafo del sabio genial- el médico clínico era la más alta expresión del hombre de ciencia y los clínicos nada admitían que no fuere lo que estimaban como la única e inmovible base de la medicina, la clínica. Se negaba abiertamente el valor de la fisiología en los estudios médicos y, con sinrazón mayor, el de la química. Así, era necesario luchar no sólo para hacer patente una nueva verdad, sino para derribar montañas de prejuicios".²

Con el tiempo, estos escrúpulos no sólo fueron superados sino que los progresos incesantes de la medicina, consagrada como una de las ciencias más antiguas y evolucionadas de la humanidad, han revelado, sistemáticamente, nuevos y más complejos factores de relajación en el binomio medicina salud pública.

Sin embargo, hay quienes piensan que el progreso de la medicina no se traduce necesariamente en mejoría de las condiciones de salud del pueblo.³ Esta aseveración de Jesús Kumate es compartida por otros presidentes de la Academia Nacional de Medicina y por los médicos sanitaristas quienes confieren a la medicina una posición preponderante pero no exclusiva en la consecución de la salud colectiva. Aunque hay una

*Académico numerico.

tendencia favorablemente positiva, todavía hace falta mayor comprensión de los orígenes de la salud. Soberón Acevedo y Rivero Serrano lo plantean en estos términos: "Cada vez -dicen- se está más de acuerdo con que la salud, elemento indispensable para el desarrollo, la justicia y la igualdad social, no es resultado directo de la intervención médica, sino que en sus causas intervienen múltiples factores, y que sólo una acción coordinada entre ellos tiene como consecuencia un mejor nivel de salud en la población."⁴

Por su parte, Quijano Narezo, en un análisis crítico de la medicina del último tercio de siglo, destaca la persistencia de criterios conservadores que demandaban cambios. "Esta medicina -dice-, tan científicamente basada, con una super tecnología en constante desarrollo y una actitud, por parte de los profesionales, de audiencia y curiosidad nunca satisfechas, se ocupó casi exclusivamente de la terapéutica; se llegó a extremos de interesarse en forma exagerada o casi únicamente en los casos raros, y se subestimaron las actividades de prevención, de mejoramiento del ambiente y de la comprensión de la enfermedad en su contexto social o comunitario."⁵

A todo esto, el sanitarismo se presenta a la vez como necesidad y proceso. Necesidad de protección social, proceso en la evolución del concepto enfermedad salud. La necesidad surge en el momento en que el hombre, viviendo en sociedad, ve amenazada su salud, por la misma situación de convivencia humana y por factores ambientales que le obligan a protegerse. Como proceso, el sanitarismo representa una etapa de esa corriente que le ha dado a la medicina, especialmente curativa en su origen, una orientación preventiva y una moralidad que tiende a convertirla en medicina social.

La necesidad exige cambios, y el proceso, celeridad y dinamismo. Así lo recomendaba en la Academia, hace 10 años, Soberón Acevedo: "Deben invertirse drásticamente los esfuerzos actuales aplicados, en mayor proporción, a la terapéutica que a las medidas profilácticas. Deberá necesitarse médicos avezados en el ejercicio de prácticas que preserven el estado de salud."⁶ En este sentido, Quijano Narezo también se muestra radical. "El cambio que estamos viviendo desde hace unos cuarenta años -dice- consiste precisamente en conceder prioridad a esos problemas (sanitarios). Se ha destacado la importancia del trabajo mediante equipos de salud, formados por profesionales, técnicos y auxiliares; la de compartir la atención en niveles progresivos de complejidad, la de extender la cobertura de la atención médica y abatir sus costos. Pero la implantación de esta política exige cambios drásticos no sólo en la estructura de los servicios médicos sino en el concepto que se tiene de la medicina, en la filosofía de su enseñanza y el papel que la profesión y los profesionistas deben desempeñar. El cambio es tan radical que se está enterando una época, la que se inició en 1940, para dar paso a una nueva era."⁵

Carlos R. Pacheco se pronuncia porque "la medicina en salud pública, debe predominar de manera decisiva sobre la medicina curativa y ejercer su acción con la ayuda de otras disciplinas científicas que sean capaces de transformar favorablemente el medio ambiente donde el hombre se desarrolla."⁷

Como puede observarse, hay uniformidad de juicio, pero esta actitud debe ser interpretada con amplia visión. No se trata de perder el viejo y firme camino de la relación médico paciente, sino de seguir un sendero más ancho y de mayores alcances en el que prevalezca tal relación, pero siendo el paciente toda la comunidad, inmersa en las complejidades de su ambiente físico, mental y social.

Como quiera que sea, la acción combinada de la medicina y de la salud pública han producido cambios positivos notables en la salud del mexicano. El dominio de padecimientos prevalentes, como sucedió con las enfermedades transmisibles, trajo como consecuencia una reducción sustancial en la mortalidad general y en la infantil, el incremento de la esperanza de vida, y la manifestación aparente de nuevas formas de enfermedades crónicas degenerativas, así como las debidas a la violencia: accidentes, homicidios, etc.

Es de hacerse notar que la carga de trabajo que tiene la medicina en su función curativa no se agota con el tiempo. Como lo señala Corvera Bernardelli, las medidas de salud pública "no terminan con la labor de la medicina. A partir de este momento, el costo de la atención médica aumenta tremendamente, ya que no desaparece la enfermedad sino que cambia su naturaleza. La atención médica se enfrenta al problema de una población envejecida progresivamente, con alta frecuencia de trastornos metabólicos, neoplásicos y cardiovasculares..."⁸

Cosa similar sucede en la salud pública. Esta se enfrenta a los retos de la desnutrición y al manejo de los artículos alimenticios; a la urbanización hipertrofica e incontrolada; a los nuevos factores de riesgo del ambiente físico, incluyendo el de las sustancias químico tóxico; a la complejidad creciente de los problemas psicosociales, y tantos otros más. En materia de servicios, baste recordar que 30 millones de personas carecen de sistemas apropiados de agua potable y de alcantarillado, y 14 millones no tienen, todavía, acceso a la atención médica y forman parte de esa gran mayoría que, como dice Silvestre Frenk, "padece un patrón de morbimortalidad similar al de la era pretecnológica y se encuentra marginada de prácticamente todos los servicios."⁹

Es pertinente hacer una digresión para encuadrar este análisis del sanitarismo dentro de la dimensión y perspectiva internacional, teniendo presente los acuerdos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En la historia de este organismo hay dos hechos significativos, verdaderamente revolucionarios; uno, en el instante mismo de su creación, en 1948, cuando postuló el principio de que la salud no es sólo ausencia de enfermedad, lo que equivalía a revalorar un concepto tradicional de la medicina; el segundo, en 1978, cuando recomendó extender la cobertura de servicios de salud a toda la población, a base de otorgarlos progresivamente. El sistema de gradación propuesto se iniciará con la atención primaria, es decir, con la aplicación de métodos expeditos y viables que incluyesen, cuando menos, las siguientes actividades.¹⁰

1. Educación para la salud con referencia a los métodos de prevención y de lucha;

2. Promoción del suministro de alimentos para una nutrición apropiada;
3. Abastecimiento de agua potable y otras medidas de saneamiento básico;
4. Asistencia materno-infantil, incluyendo la planificación familiar.
5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
6. Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes;
8. Suministro de medicamentos esenciales.

Como puede observarse, en estas acciones que integran la atención primaria de la salud, priva un criterio polivalente de selección, pero hay un orden de prelación en favor de las medidas de carácter sanitario. Se recomienda la atención médico-terapéutica, pero también se incluyen las concomitantes a la nutrición y al saneamiento ambiental.

Volviendo al análisis del sanitarismo en México, cabe mencionar las importantes reformas institucionales que en materia de salud pública ha realizado el Estado.

Tomando como base los planteamientos de política sanitaria del Plan Nacional de Desarrollo, la presente administración federal ha logrado, en el breve lapso de dos años, acreditar el derecho constitucional de todos los mexicanos a recibir servicios de salud; promulgar la Ley General de Salud en sustitución del Código Sanitario; programar e iniciar la integración del Sistema Nacional de Salud, y reestructurar la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entidad normativa y coordinadora del sector, para dar cumplimiento cabal a lo dispuesto.

Estratégicamente, se han emprendido dos acciones concretas: la integración de servicios médicos y la extensión de la cobertura de dichos servicios a la población que carece de atención primaria. Este enfoque, fundamentalmente médico, tiene su justificación. Como señala Rivero Serrano, es menester "que coexistan instituciones absolutamente necesarias para la vida nacional, donde la investigación y la enseñanza de posgrado logren la superación nacional, en adecuada proporción con las ocupadas en atender problemas de salud que deben resolverse a nivel de medicina de primer contacto, en el sitio en que el problema se origina y a un costo muy inferior".¹¹

Ahora bien, queda por asegurar que las acciones de salud pública reciban el debido apoyo en todos los órdenes: administrativo, financiero, profesional y popular, evitando que sean relegadas a un segundo plano en la escala de prioridades. Recuérdese que la urgencia en la atención a los enfermos tiende a dominar sobre el cuidado y promoción de la salud del individuo, y que en México la salud no es bien cultural debidamente apreciado, como se infiere por el poco empeño que la población pone en el cumplimiento de las reglas más elementales de higiene. En algunos casos por simple ignorancia, pero en otros por franca subestimación.

En el terreno profesional se reconoce la importancia de la prevención, pero en la realidad, salvo excepciones como la de la pediatría, no hay evidencias claras de que los médicos en general, y los clínicos en particu-

lar, ajusten su práctica profesional a este criterio. Y sin unidad de criterio, es difícil que el cuerpo médico nacional pueda aconsejar a las autoridades federales en materia de salud pública, y orientar adecuadamente a la población. Se requiere mayor comprensión del sanitarismo y más firme decisión en el obrar.

Todo ésto obliga a una reflexión final, acerca de la formación profesional que se requiere para que tanto el médico general como el sanitarista, tengan una comprensión más completa del carácter plural, multidisciplinario, del sanitarismo; de los factores determinantes de su relación tan estrecha con la medicina, y de la posición rectora, de gran responsabilidad, que el médico tiene asignada dentro del equipo de salud.

En resumen, esta exposición tiene el propósito de recordar que el sanitarismo, es decir, la salud pública, es toda una corriente filosófica y de acción en torno a la obligación que el Estado mantiene de cuidar la salud colectiva, procurando su protección. Con ella, la medicina traspone sus propios límites históricos que la hacían, casi exclusivamente, el medio eficaz para curar enfermos.

Para responder cabalmente y con éxito a los requerimientos de salud de toda la población en su conjunto, no han sido suficientes por sí solos los progresos de la ciencia médica, no obstante que la clínica, la medicina preventiva y la medicina social han registrado avances de consideración.¹²

En la actualidad, la política de compartimientos estancos, la exclusividad profesional, no se sostiene frente a la realidad científica y técnica, ni ante las necesidades persistentemente insatisfechas de grandes sectores de la población. Tampoco se sostiene ni se justifica, el conferir al Estado toda la reponsabilidad por la salud pública;¹³ igual obligación tiene, y en algunos casos más el sector privado y los propios beneficiarios. En cambio, se reafirma la función coordinadora del Estado, ante la cual, es responsabilidad primaria de la medicina, situarse en su posición técnico rectora.

La Academia Nacional de Medicina, como es costumbre, toma esa responsabilidad, porque las puertas le están abiertas, para aconsejar con propiedad y decisión, y ejercer mayor influencia en un campo que es de su competencia. Tiene voz y es oída por las autoridades de salud pública, tiene talentos y tiene, como lo prueban las circunstancias, elementos capaces para ejercer el liderazgo sanitario.

REFERENCIAS

- 1 BUSTAMANTE, M.E.: *El proceso de integración de los servicios de salud*. Comentarios Gac. Med. Méx. 119:219, 1983.
- 2 MARTINEZ B., M.: *Vida y obra de Pasteur*. México, Fondo de Cultura Económica, 1972, p. 52.
- 3 KUMATE, J.: *Discurso pronunciado al asumir la presidencia de la Academia Nacional de Medicina*. Gac. Med. Méx. 109:249, 1975.
- 4 SABERON A., G. y RIVERO S., O.: *Un reto y una oportunidad*. Salud Mundial, Abril 1984, p. 4
- 5 QUIJANO N., M.: *Discurso pronunciado al asumir la presidencia de la Academia Nacional de Medicina*. Gac. Med. Méx. 114:254, 1978.

- 6 SOBERON A., G.: *Discurso pronunciado al asumir la presidencia de la Academia Nacional de Medicina*. Gac. Med. Méx. 109:321, 1973.
- 7 PACHECO, C. R.: *Las enfermedades del aparato respiratorio y la salud*. Gac. Med. Méx. 116:53, 1980.
- 8 CORVERA B., J.: *Discurso pronunciado al asumir la presidencia de la Academia Nacional de Medicina*. Gac. Med. Méx. 118:206, 1982.
- 9 FRENK, S.: *De la educación para la salud a la calidad de vida*. Gac. Med. Méx. 116:384, 1980.
- 10 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud*. Ginebra, OMS, 1978 (Serie "Salud para Todos", No. 1) p. 4.
- 11 RIVERO S., O.: *Discurso pronunciado al asumir la presidencia de la Academia Nacional de Medicina*. Gac. Med. Méx. 114:200, 1977.
- 12 SEPULVEDA, B.: *Medicina social y salud de la comunidad*. Gac. Med. Méx. 116:9, 1980.
- 13 LAGUNA J.: *La medicina social en áreas rurales*. Gac. Med. Méx., 116:18, 1980.

II. EL VINCULO EPIDEMIOLOGO

BLANCA RAQUEL ORDONEZ*

El sólo hecho de poder reunirse para hacer un análisis de las características que más conviene desarrollar al profesionista de la medicina en México y deslindar sus responsabilidades frente al paciente, así como las que corresponden al investigador y a quienes tienen a su cargo funciones administrativas y de coordinación, justifica plenamente estas Jornadas.

Para nosotros, los epidemiólogos, representa una buena oportunidad que nos permite plantear algunos aspectos de disciplina de la salud, que profesamos. Una de nuestras preocupaciones es la interpretación unilateral que con frecuencia le dan otros profesionales de la medicina, por una parte; y la frecuente falta de comunicación del epidemiólogo con sus colegas de otras especialidades y con los médicos generales, por otra.

El esquema al que sujeta esta exposición es el siguiente: haremos, primero, una breve síntesis de la evolución que ha tenido la epidemiología a través del tiempo y el aspecto conceptual que tiene en el presente; después, intentaremos sistematizar el uso de los instrumentos epidemiológicos y su perspectiva a corto plazo. Finalmente, plantearémos las posibilidades que ofrece la epidemiología como vínculo entre la medicina y la salud pública.

*Académico titular. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Hace 20 siglos, en la era hipocrática, se planteaban hipótesis que relacionaban la presencia de las enfermedades con factores del medio ambiente, y de ahí en adelante diversos estudiosos, quizá sin proponérselo conscientemente, fueron marcando su huella en el establecimiento y perfeccionamiento del método epidemiológico. Las grandes epidemias de peste, cólera, viruela, fiebre amarilla y otras dieron la oportunidad a los médicos de aquellas épocas de desarrollar sus ideas respecto a la forma en que se presentaban y extendían geográficamente las epidemias, hasta que se extinguía su potencia y agresividad.

No está por demás recordar los estudios clásicos que sobre la cólera de la ciudad de Londres realizara el célebre Dr. Snow. Su notable análisis de la distribución de los casos le permitió determinar que el agua, utilizada para beber y preparar los alimentos, y su directa relación con los desechos humanos, constituía el vehículo más importante en la cadena de transmisión. Snow logró así establecer las medidas útiles para controlar la epidemia aún antes de haberse descubierto el vibrión colérico.

Otros investigadores notables continuaron sus estudios, lográndose establecer la epidemiología de enfermedades específicas como la rabia y la tuberculosis. Más recientemente, la resolución a graves padecimientos y problemas de salud es atribuible directamente a la investigación epidemiológica.

Problemas como el cáncer, trastornos cardiovasculares y cerebro vasculares, accidentes, etc., han recibido atención especial de los epidemiólogos, quienes han logrado identificar los mecanismos que favorecen su prevalencia así como las medidas adecuadas para prevenirlos.

Es pertinente recordar, siguiendo los criterios generalmente aceptados, que la epidemiología descriptiva se encarga de establecer las condiciones de salud y enfermedad de una población determinada, y señalar como el ámbito geográfico, el tiempo, etc. de su diseminación.

Corresponde a la epidemiología analítica facilitar la reflexión y dilucidar las causas que influyen como predisponentes, determinantes, desencadenantes, coadyuvantes o simplemente coincidentes en la presentación de la enfermedad.

Mediante aquélla, nos es posible establecer el panorama epidemiológico y la formulación de hipótesis de causalidad. Con apoyo en la epidemiología analítica o en una de sus modalidades, la epidemiología experimental, puede lograr la comprobación de hipótesis. Los estudios de cohortes y los prospectivos o longitudinales otorgan bases científicas para la investigación que reúne grupos testigo-estudio. La introducción de una causalidad manejable a voluntad de los investigadores permite el desarrollo de la epidemiología experimental.

En síntesis, la epidemiología, con los recursos de que dispone, ofrece el fundamento científico para la optimización de los servicios médicos, ya sean preventivos o curativos, pues permite detectar y corregir errores en la realización de los programas. Permite, igualmente, medir los cambios que se pueden producir en los factores de riesgo y, de esta manera, facilita la determinación del impacto que producen los programas en ejecución sobre la salud de la comunidad.

No obstante que existe prácticamente consenso sobre la utilidad de la epidemiología, en sus múltiples modalidades y manifestaciones, ocurre que en los servicios de salud de nuestro país y bien pudiera decirse lo mismo de la mayoría de los países latinoamericanos, el aprovechamiento de sus posibilidades es únicamente parcial y, por lo tanto, los beneficios que reciben la medicina y la salud pública son muy reducidos.

Tres funciones generales de la salud pública se basan en gran medida en la aplicación de las técnicas desarrolladas dentro de la epidemiología. Estas funciones son: la evaluación del estado de salud, la planificación en salud y, el control de las enfermedades.

En efecto, gracias a la información epidemiológica es posible realizar una correcta evaluación de los servicios de salud, como base para lograr una mayor eficiencia, una mayor cobertura y consecuentemente menores costos unitarios en los resultados. Se puede hacer, también, un seguimiento apropiado de los programas y realimentar a las entidades ejecutoras con datos acerca del avance y cumplimiento, así como la oportunidad y la eficacia con la cual se ejecutan las acciones programadas.

En igual forma, la epidemiología facilita la evaluación de las acciones encaminadas a la formación del personal, así como de la investigación aplicada y la investigación básica.

El mayor énfasis de la epidemiología se ha puesto en la vigilancia y el control de las enfermedades, dada su utilidad en la ejecución de programas de carácter aplicativo. Estas tareas de control de las enfermedades son ingredientes curriculares importantes en la formación del personal y tal vez constituyan los objetivos de mayor prioridad en la investigación.

La otra opción que plantea la óptima utilización de las potencialidades de la epidemiología nos lleva a las siguientes consideraciones: hay una amplia gama de actividades que pueden ejecutarse en los niveles primarios de la acción epidemiológica y consisten principalmente en los diagnósticos de los padecimientos, su registro y, previo un análisis, su notificación a otros niveles de concentración y de forma de decisiones.

Es con este propósito de atención primaria epidemiológica con el que se ha dirigido con más frecuencia la formación del personal, tanto médico, como auxiliar y paramédico.

El personal capacitado realiza tareas sencillas de recolección de datos, sin que tengan acceso a la elaboración de los planes y a su evaluación, ni a la toma de decisiones técnicas o administrativas. En ocasiones, ni siquiera se les otorga el beneficio de una retroalimentación informativa que le permita conocer los resultados obtenidos. Tampoco se benefician con los resultados de la investigación científica.

Hay un segundo escalón de operaciones que es compartido por los técnicos estatales o regionales y los de nivel central. En este se utiliza la epidemiología analítica y se procura el conocimiento con amplias perspectivas geográficas y de tiempo, a fin de sustentar las decisiones, la planificación y sobre todo el diseño de la metodología, tanto de programas como de la formación del personal y de la investigación.

En la mayoría de nuestros países latinoamericanos se experimentan cambios en los perfiles de salud y ha correspondido a este segundo nivel el desafío metodo-

lógico de las nuevas situaciones. La incorporación a la patología dominante, en forma cada vez más frecuente, de los accidentes, las enfermedades no transmisibles y las directamente relacionadas con el trabajo y la problemática de la tercera edad, debe detectarse en este segundo nivel de acción. Sobre todo le corresponde la responsabilidad de desarrollar y proponer las medidas específicas para identificar los problemas de salud, diseñar los mecanismos de control, proponer las modalidades administrativas de su aplicación y, finalmente, evaluar la eficacia y la eficiencia de las acciones adoptadas.

Recientemente se ha recomendado que para fortalecer este segundo nivel, a fin de que sus tareas alcancen grados razonables de factibilidad y tengan mayor aprovechamiento, debería contemplarse la creación de unidades funcionales dedicadas a las actividades analíticas de la epidemiología, las que trabajarían en estrecha colaboración y permanente comunicación con los médicos sanitarios que dirigen programas aplicativos de salud pública, incluyendo los de docencia y de investigación. En igual forma, deberán mantener contacto con los médicos generales a quienes se les daría una información valiosa para reorientar su práctica profesional.

Este esfuerzo de vinculación de las tareas que caen dentro del área de la epidemiología, tiene que enriquecerse en los sucesivos con una nueva perspectiva que corresponda al más alto nivel técnico administrativo de la especialidad. Con este criterio en mente, habría que otorgar responsabilidades cada vez más amplias a los técnicos de la epidemiología y a los epidemiólogos administradores, para que reflexivamente y con pleno conocimiento de las necesidades y de sus consecuencias, atiendan nuevas funciones que el tiempo les vienen confiriendo a medida que se producen cambios trascendentales en el panorama de la medicina y de la salud pública.

Es imprescindible que cada vez, con mayor regularidad, los funcionarios, técnicos y administradores, que tienen a su cargo programas relacionados con la epidemiología, asuman funciones de planificación; tomen decisiones administrativas en el área de su competencia; participen en la elaboración de las políticas nacionales en materia de epidemiología y salud; y, reorienten sus prioridades. La colaboración con los grupos interdisciplinarios e intersectoriales es cada vez más necesaria y al asumir esta tarea se estará conformado el tercero y más importante nivel de la acción epidemiológica.

Para todo esto, hay que superar obstáculos. Salvar los problemas de la incomunicación, y de incomprensión entre los técnicos que captan los problemas, y los encargados de apoyar financiera y administrativamente sus propuestas. Con ello se evitarían situaciones de frustración, por los esfuerzos desarrollados en asuntos que no tuvieron la culminación ni el resultado esperado o por el desfase y la ineficiencia de algunos planes que se intenta llevar a la práctica.

En todo caso lo importante es que se satisfagan necesidades y se cumpla con los propósitos de beneficio a la población.

Si la salud es resultado del desarrollo económico, de los niveles educativos y de la mejoría de las condicio-

nes de vida en general, parece lógico que la epidemiología, instrumento principal de las disciplinas de la salud pública, tenga voz y sea escuchada por quienes participan directamente en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y sus programas sectoriales de salud.

Pero, en primera instancia, es de esperar que sea el cuerpo médico nacional, el médico clínico y, por supuesto, los médicos sanitarios, y todos los que profesan disciplinas afines, quienes den su apoyo directo a la epidemiología. En esta forma, colaboradores y beneficiarios, vinculados por la epidemiología, estaríamos contribuyendo al logro del objetivo común: la salud del individuo en su conjunto.

III. ¿HIGIA Y ESCULAPIO?

RAMON VILLARREAL*

El debate Higia-Esculapio se ha venido realizando desde los tiempos de la antigua Grecia. Higia, la diosa griega que "a pesar de estar identificada con la salud no tenía nada que ver con el tratamiento de las enfermedades. Antes bien era la guardiana de la salud, y simboliza la creencia de que los hombres podían mantenerse sanos si vivían de acuerdo con la razón".¹

Esculapio, el dios curador, fué tomando gradualmente el culto que se hacía a Higia. "Los hombres para evitar las enfermedades o para recobrar la salud, generalmente encontraban más fácil depender de curanderos que intentar la difícil tarea de vivir sanamente".¹ Veinticinco siglos después la situación persiste.

"Los mitos de Higia y Esculapio simbolizan la oscilación permanente entre dos puntos de vista diferentes en medicina. Para los adoradores de Higia la salud es el orden natural de las cosas, un atributo positivo al cual pueden aspirar los hombres si gobiernan sus vidas sabiamente. De acuerdo con ello, la función más importante de la medicina es descubrir y enseñar las leyes naturales que le aseguren al hombre una mente sana en un cuerpo sano".

"Más escépticos o sabios en las costumbres del mundo, los partidarios de Esculapio creen que la función principal del médico es tratar las enfermedades, restaurar la salud corrigiendo cualquier imperfección causada por los accidentes del nacimiento o de la vida."¹

Esto a mi entender constituye el meollo del tema de este Simposio de la Academia, y lo cual tiene proyecciones en las acciones internacionales de salud y de colaboración entre países.

De ser prácticamente la ciencia de la prevención de las infecciones, la Higiene ha pasado a ser la ciencia de la salud humana, llámase Medicina Preventiva, Medicina Comunitaria, Salud Pública o Medicina Social, cada una de estas denominaciones con sus matices peculiares.

*Académico numerario

La salud pública se ha definido como el esfuerzo organizado de la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de la población. Los programas e instituciones involucradas para estos fines, acentúan los conceptos de prevención de las enfermedades y las necesidades de salud de la población en su conjunto. Las actividades de salud pública varían con los cambios en tecnología y valores sociales, pero las metas continúan siendo las mismas: reducir el volúmen de enfermedad, de muertes prematuras y los daños e incapacidad producidos por la enfermedad.

Con este marco de referencia y esta conceptualización de salud pública, revisemos en forma rápida el desarrollo de esfuerzos de carácter internacional que se han llevado a cabo en este campo.

Alrededor de 1830, el cólera se había transmitido a Europa a través de personas infectadas que viajaban en embarcaciones que regresaban de la India.

Varios países europeos decidieron reunirse para discutir y uniformar políticas de inspección y cuarentena de barcos que llegaban de la India y así se llevó a cabo la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, que se realizó en París, Francia, en 1851, conferencias que continuaron llevándose a cabo periódicamente hasta que, en 1907, en la conferencia que tuvo lugar en Roma, se decidió establecer un organismo permanente, la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en París.

Pocos años antes, en 1902 se había establecido la Oficina Sanitaria Panamericana, con sede en Washington, en una conferencia realizada en la Ciudad de México; sus trabajos inicialmente se orientaron a reducir la frecuencia de las enfermedades transmisibles y su diseminación a través de las fronteras nacionales, a la promoción del saneamiento en el medio ambiente y control de vectores relacionados con padecimientos tales como la fiebre amarilla y el paludismo.

Una tercera organización de salud internacional se estableció cuando se formó la Liga de las Naciones, al término de la primera guerra mundial, con sede en Ginebra, Suiza.

El campo de actividad de este organismo era más amplio que el sólo control epidemiológico. Las actividades de este organismo terminaron al desaparecer la Liga de Naciones, al inicio de la segunda guerra mundial.

En 1945, al establecer la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se expresó el interés de los países por establecer un organismo internacional dedicado a la salud, lo que dio por consecuencia la formación de la organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948. Una de las principales diferencias de la OMS con sus predecesores, con los amplios objetivos y funciones no limitados a controlar la diseminación de las enfermedades transmisibles a través de las fronteras de los países, sino a "obtener para todos los pueblos el más alto nivel de salud". A su vez estableció una definición de salud que aunque cuestionable en algunos aspectos, incorpora la noción de factores físicos, psíquicos y sociales y el concepto de que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, ambos conceptos de extracción hipocrática que reflejan una fusión de los cultos a Higia y Esculapio.

Los programas de la OMS y de la Oficina Sanitaria Panamericana, que ha continuado como un organismo internacional independiente y a su vez como parte de la OMS, cubren un amplio rango de actividades en salud, desde el tradicional apoyo al control de enfermedades transmisibles, la organización de servicios de salud, la formación de personal profesional y técnico, la generación de nuevos conocimientos a través de la investigación y la promoción de la idea de que la salud es una responsabilidad social.

Esta y otras disposiciones de carácter internacional, de organismos a los cuales México pertenece, vienen a reafirmar y respaldar las acciones, que la actual administración de salud lleva a cabo, de los cuales destacan, en lo jurídico, el haber elevado a rango Constitucional el derecho a la protección de la salud y en lo administrativo el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud para cumplir con este mandato.

El derecho a la protección tiene como finalidades:

- 1 El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- 2 La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- 3 La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- 4 La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- 5 El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente a las necesidades de la población;
- 6 El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;
- 7 El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.³

El Sistema Nacional de Salud, no como fin, en sí mismo, sino como instrumento para cumplir con los objetivos del derecho a la protección a la salud, se fundamenta también en claras bases hipocráticas. Al expresarse dentro de sus propósitos no sólo de proporcionar servicios de salud, sino apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida, así como coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud,³ nos está mostrando que tanto a nivel nacional como a nivel internacional, la brecha entre los conceptos de Higiene y Esculapio, se ha estrechado para un entendimiento más integral de la noción salud.

REFERENCIAS

- 1) DUBOS, R.: *El espejismo de la Salud*. México Fondo de Cultura Económica, México, 1975
- 2) *A Higher Education For Public Health*: A Report of the Milbank Memorial Fund Commission, 1976.
- 3) SISTEMA NACIONAL DE SALUD.: *Avances y Perspectivas*. Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, No. 7, pag. 35-36, junio de 1984

IV. FORMACION PROFESIONAL

Roberto Uribe-Elfas*

Se ha dicho que la responsabilidad es inherente al conocimiento, la formación de profesionales encargados de la atención a la salud es por tanto el medio de otorgar de manera directa el conocimiento necesario para el cumplimiento de esa difícil meta y de manera indirecta de otorgar las bases de responsabilidad profesional en el ejercicio cotidiano. La formación profesional de esta área estuvo circunscrita durante siglos a la preparación de médicos exclusivamente, habiéndose diversificado en múltiples técnicos y profesionales en el momento actual.¹

La formación profesional es paralela al concepto de salud, ya que a lo largo de la evolución histórica ha ido variando y transformándose de acuerdo al conocimiento, tecnología y sobre todo concepto que prevalece en una sociedad determinada.

Si partimos de un punto de vista histórico, podremos separar con facilidad la etapa de formación empírica y la formal u oficial, esta última caracterizada por el reconocimiento explícito por parte de la sociedad, en contraparte con lo primero. En cualquier caso se trata de una etapa de la vida del hombre, favorecida por las estructuras sociales o de gobierno que le aseguran a un núcleo humano determinado la obtención de recursos humanos aptos e idóneos para la conservación y estabilidad de su salud; en esta etapa se otorgan conocimientos, favorece el manejo de herramientas y la obtención de destrezas compatibles con las funciones otorgadas, se establecen los parámetros para la adquisición de una escala de valores y en una actitud así, la salud, la enfermedad, la condición humana y la propia sociedad, sin dejar de establecer un concepto sobre la propia profesión, todo esto conlleva y proyecta una orientación ideológica que impactará la manera indeleble al recién formado. Este conjunto tan variado de circunstancias que van desde las puramente técnicas a las propiamente filosóficas deberán estar siempre presentes en nuestro análisis para poder tener una adecuada perspectiva de la realidad operante y su relación con el pasado y sus posibles implicaciones hacia el futuro.

Si hemos afirmado que la formación profesional ha variado de acuerdo con el concepto de la salud, es obligado recordar de manera sucinta cuáles son las bases que se han empleado como ejes de interpretación del fenómeno enfermedad y atender por contraparte a la salud; durante mucho tiempo la presencia y el origen de la enfermedad otorgó el punto de partida primordial de la diferenciación entre los sanos y los enfermos,

*Académico numerico.

a medida que se inició el conocimiento de los diversos estados patológicos fue la lesión, su tipo y ubicación lo que caracterizó primordialmente el concepto de enfermedad; en ese mismo sentido la incapacidad o mal funcionamiento resultante del proceso mórbido o del daño evidente mostró un camino más para calificar al estado de salud enfermedad, continuado con el desarrollo de la ciencia médica al conocer la naturaleza de las diversas enfermedades y esto nos permitió, además de clasificarlas, ubicar mejor los problemas tanto del individuo como de la sociedad. El avance no se detuvo y la siguiente etapa fue caracterizada por los medios empleados en el tratamiento, tipos y recursos, que de manera sobresaliente impactan al individuo y su grupo social, de igual manera surge la importancia de las bases éticas del sufrimiento o el dolor que obligan a un replantamiento de la concepción de salud-enfermedad y que nos permite, en esta panorámica, terminar con el recuerdo de la extensión y clase de la población atacada. En todos ellos podemos observar que nos obligan a modificar los parámetros que otorga la formación profesional.

De acuerdo con las bases anteriores pero según el predominio o importancia de la orientación global o proyección del estado de salud enfermedad se ha podido recoger a lo largo del tiempo, las interpretaciones del hombre y de la sociedad para sus males, estado de salud e incluso origen, dándose las visiones: teológicas, fatalista, mágica, organicista, funcionalista, psicologista y más recientemente la sociología economicista; en todas ellas el predominio de una causa o resultante harán la transformación de la evolución seguida de la formación profesional.

Con un criterio determinista podríamos jugar con el concepto de salud conjugándolo con los fines de la formación de recursos humanos, encontrándonos que de acuerdo a los momentos históricos, se podría recabar que tocaba a los médicos de manera exclusiva la curación, el alivio del dolor y la lucha con la enfermedad, posteriormente este médico requirió del auxilio de otros profesionales para el establecimiento de un diagnóstico preciso, lo que ensanchó los límites de la ciencia médica e incorporó nuevas tendencias y orientaciones al manejo de la enfermedad y por lo tanto al concepto de salud. En etapas muy recientes la orientación de la función primordial del médico y del personal encargado de la enfermedad se ha ido transformando en la detección temprana de los procesos morbosos, la prevención de la patología, y en general todos aquellos aspectos relacionados con la promoción de la salud, esta transformación acelerada y radical ha hecho que el grupo de técnicos y profesionales encargados de estas funciones se denomine equipo de salud que recientemente se ha visto, por lo menos, conceptualmente, enriquecido con la incorporación de la población misma en la función de participación en la atención a la salud, difícil objetivo aún no logrado sobre todo por sus implicaciones socio políticas, pero que desde el enfoque teórico cobra toda su vigencia completando al equipo integral de salud, logrando que la propia población sea la responsable de su salud, apoyada en los recursos que ella misma tiene.⁴

Con todo lo anterior tenemos un marco de referencia más específico en el cual sentar las bases de la for-

mación profesional en nuestro momento actual y que están dadas por: los conocimientos vigentes, la experiencia obtenida, la investigación científica y técnica tanto en el ámbito biomédico como en otros afines y cuya aplicación ha revolucionado nuestro arte científico, la presión de los grupos de poder para la translocación de los valores de una escala impuesta por lo dictados sociopolíticos y por último, aunque debería ser el punto básico, por las necesidades sociales, todo ello con un común denominador que para mí estaría dado por la búsqueda de permanente equilibrio entre la docencia, servicio e investigación. Solo mediante la aplicación de estas premisas lograremos una formación profesional más racional, es decir, acorde con la realidad que se vive.

En vista de tratarse de la evolución de la enseñanza de la medicina en sus principios hemos de abordar en la misma panorámica forma, la manera en que la influencia primordial se haga sentir, en la estructura y ánimo de quienes se formaba y quienes pretendían o pretendemos formar médicos; esta enseñanza inicialmente empírica y animada por el servicio humanitario se ha ido transformando en una más científica con mejores elementos técnicos y orientaciones diversas según la latitud a que nos podemos referir, así la enseñanza estuvo orientada inicialmente al individuo como ser poseedor de un daño, un sufrimiento o una lesión, después se hizo hincapie en el órgano y luego en la función según el desarrollo del conocimiento posteriormente y ya en épocas recientes, el avance explosivo de la ciencia y de la técnica transformaron la orientación, en época contemporánea, esta enseñanza se ha dirigido a la familia como unidad social y también ha querido enfocar integralmente a la comunidad y a la sociedad misma, dándonos los diversos tipos de medicina que en la actualidad existen.

En la actualidad existe una corriente la cual plantea un enfoque integral con una visión del hombre en su totalidad e integrado a su ambiente. La búsqueda de los medios para el logro de esta formación es uno de los retos al cual nos enfrentamos ahora.

Los esfuerzos realizados en este sentido nos obligan a tener presente los diversos campos en que se ha desarrollado esta enseñanza y que van desde la cama del enfermo o el sitio en donde inicia su padecer el hombre, y ha ido pasando por el consultorio, la sala de hospital, el ámbito de hospital universitario de enseñanza, los centros médicos de alta complejidad tecnológica y de distintas especialidades, hasta la búsqueda de centros de salud o unidades primarias de atención a la comunidad, hasta el contexto de la propia comunidad, ámbito en el cual se desenvuelve quien requiere la atención. La observación de estos sitios nos permite construir una cadena que tiene el mismo punto como elemento de partida y de arribo, la comunidad real, el sujeto en su ambiente con sus carencias, necesidades y recursos, es decir, nos esforzaremos por volver a tener una realidad, nuestra obligación es conservarla sin desechar el avance tecnológico y científico que el hombre ha logrado a lo largo de su camino por encontrar las respuestas en relación a la salud enfermedad.

Así como se ha transformado la ciencia médica también lo ha hecho la formación profesional en el área de la salud, esta se ha caracterizado sobre todo a partir de 1960, que en los Estados Unidos de Norteamérica sur-

ge una corriente modernizadora de la educación médica y que en nuestro medio se lleva a cabo a partir de los sesentas, por la aplicación de los principios pedagógicos, la revolución de la enseñanza mediante la aplicación de los principios de la tecnología educativa, la búsqueda de aprendizaje más que de enseñanza, y que estos fuesen aprendizajes significativos; la integración y modificaciones curriculares, la aplicación del principio de integración, docencia, servicio, antiguo enunciado de la filosofía hipocrática, y que en medicina es esencia y fundamento; reducción del número de años de estudio, introducción temprana al manejo del paciente, sano o enfermo; introducción a la estructura de conocimientos necesarios al médico, de aspectos psicológicos, antropológicos y sociológicos; orientación de la enseñanza a través de la aplicación de los niveles de atención y la práctica de la normatividad institucional y por último los esfuerzos para la integración de trabajo inter y multidisciplinario son todos ellos, elementos que han caracterizado todas las modificaciones de estos años recientes en la formación profesional.

Esta pequeña gran revolución ha significado grandes cambios intrínsecos tanto en el quehacer médico como en la proyección del mismo, pudiendo señalar que también han existido factores de indudable influencia para estos cambios como son el cambio del rol profesional del médico, su reconocimiento social y el nivel otorgado por estar dentro del contexto actual de su devenir económico político, cambio del hospital por unidades primarias de atención, con la pérdida de prestigio y poder, desarrollo de la medicina comunitaria y la desmistificación del trabajo, médico; la urgente necesidad de establecer un sistema de educación continua, dada la vigencia de conocimientos médicos y el avance científico y tecnológico, el impacto de la aceptación libre de estudiantes a las escuelas y facultades; el surgimiento de centros de educación interdisciplinaria; la presión social para que las escuelas den trato directo a población demandante; presión de los grupos de poder y transnacionales para el empleo de alta tecnología; la concomitancia de una crisis económica conjugada con un incremento en la demanda social; surgimiento de la calidad del trabajador de médico joven en estudios de postgrado y por último, el cambio y estado actual de los sistemas asistenciales, que obligan a un cambio en el modelo de formación profesional. Todos estos criterios han influido directamente en la transformación de una formación profesional única y tradicional al establecimiento de múltiples modelos.⁷

Dentro de esta acelerada transformación se ha establecido una serie de riesgos que por sí mismos juegan el doble papel de transformadores y bloqueadores de los procesos de enseñanza, se identifica como tales: el riesgo de la sobre simplificación, es decir, el otorgamiento de simple formulas o recetas que aprendidas resuelven mecánicamente los problemas sin un sentido científico no totalitario. El cambio de valores y actitudes con el surgimiento del mecanicismo y la charlatanería; la burocratización y desmotivación, resultado de la aplicación de una medicina institucional mal entendida; transformación del profesional médico en trabajador especializado o trabajador técnico con el decaimiento de su autoimagen; la falta de principios de autodisciplina que lleven a la autoenseñanza, autoaprendizaje

y autoevaluación; conjuntamente con conocimientos de vigencia corta y una falta de información y formación verdaderamente científica que obligue al individuo por sí mismo o bien por intermedio de sus instituciones al desarrollo profesional ulterior, tan necesario y caro a la mente del científico; por último con el señalamiento de la frustración presente por el cambio de rol y la baja de oportunidades para su proyección social, el médico incrementa la dependencia de los aparatos estatales impidiendo su propia creatividad e inhibido de manera indirecta a la de las generaciones que le siguen por falta de contacto y experiencia dentro del terreno mismo de la docencia y la investigación, sobre todo cuando se le relega a la función asistencial exclusivamente.⁸

Entrando de lleno ya no tan solo a la formación del médico, sino con la concepción de desarrollo compartido de la salud de una población, nos detendremos para analizar la evolución que ha tenido la composición del equipo de salud, que además traduce la complejidad que en este momento debe tomarse en cuenta para el desarrollo armónico de los recursos humanos para la salud. Inicialmente en su origen el equipo de salud estuvo constituido por el médico, la enfermera y el ingeniero sanitario, obligados por la circunstancias de la introducción de los conocimientos de salud pública y epidemiología, posteriormente se incorporaron al equipo de salud por necesidades inherentes a la labor de atención de la enfermedad y la prevención de la misma los odontólogos, trabajadores sociales, laboratoristas o químicos, y los técnicos como auxiliares de los profesionistas, quienes inician una nueva etapa en la consecución de la meta de salud básica para la gran mayoría. Y por último la etapa en que el equipo de salud se ha hecho multiforme y complejo según las necesidades específicas de poblaciones, programas, planes o estrategias de salud en momentos determinados y que obligan a composiciones múltiples y flexibles, en este caso se incorporan los psicólogos, economistas, otro tipo de ingenieros, arquitectos, abogados, auxiliares y técnicos que complementan juntos con la población misma la participación en la composición de dicho equipo.

Un comentario al respecto indicaría que el liderazgo varía del médico que lo ostentó inicialmente hasta el trabajador social quien en la actualidad se considera más apto para ejercerlo según la tarea encomendada o bien el liderazgo rotatorio en donde también participa el líder natural y de la comunidad como fuerza de cohesión para la labor grupal en equipo, establecido el liderazgo tarea, que da flexibilidad y permite mayor eficacia de las acciones.

Ante este panorama de la formación profesional, deseamos señalar como considero es la orientación futura en su evolución aceptando los diversos factores extrínsecos e internos que señalamos previamente; debiera quedar claro que esta no se podrá ni deberá sustraer a la introducción en su cuerpo de conocimientos de los avances científicos y tecnológicos alcanzados, debiera emplear a las ciencias sociales como elementos para entender integralmente al hombre y a la sociedad, sin exagerar su importancia y siempre como auxiliares aplicadas y no como metas. Podrá tener como unidad social, la familia, y la comunidad como objetos primordiales de estudio y atención; deberá incorporar a la conducta humana, la sexualidad y otros aspectos

concernientes a etapas específicas de la vida, o bien pertenecientes a grupos minoritarios para su conocimiento, proyección y orientación; tendrá presente los avances en medicina preventiva y su adecuada difusión, una de las maneras de incorporar de manera efectiva a la población en las tareas del cuidado a su salud; aceptará y buscará conocer efectivamente a las medicinas paralelas como medios auxiliares para su labor; manejará efectivamente con criterio médico o biomédico los indicadores de costo beneficio y equidad en la atención médica, buscará incorporar, reintegrando el concepto de atención directa del hombre en su ambiente, mediante la aceptación y difusión de los cuidados domiciliarios de la salud y por último, deberá buscar los medios para incorporar el concepto de medicina a su quehacer de atención a la salud.⁹

Los postulados anteriores no podrán ser aplicados racionalmente sin una adecuada planeación que se base en los problemas reales de salud de la comunidad y que permita una evaluación del quehacer profesional de los involucrados en la atención de la salud, haciendo un trabajo coordinado de los formadores y los empleadores, es decir, coordinando esfuerzos del área de educación con la de sistemas de salud, mediante el estudio, análisis y propuesta de alternativas de trabajo conjunto basados en la propia comunidad.

Dentro de la educación se deberá establecer metas y propósitos explícitos y claros, empleando objetivos de aprendizaje de fácil evaluación; en los sistemas de salud deberá analizarse los roles, funciones, actividades y tareas reales que efectúaran los profesionales de la salud adecuando su trabajo coordinado, estableciendo indicadores de desempeño, realizando acciones de supervisión, verificación y establecimiento modelos de evaluación integral; todo con el desarrollo de programas, reorganización de los servicios operativos acordes con las necesidades, metas y políticas así como difundiendo en conocimientos médico a la población para facilitar su incorporación a las tareas de atención a la salud.⁷

Para el logro de esta difícil meta de transformar la formación profesional, pondré como ejemplo al médico, que nos otorgará la realidad de una planeación racional; en este momento se está formando un médico cuyo cuerpo de conocimientos y orientación está en base al diagnóstico, el tratamiento y en algunos casos conceptos de prevención y reahabilitación, el planteamiento actual obliga a la búsqueda de otro médico, el médico del futuro que esté orientado a la salud, al manejo de grupos sociales, con la comprensión integral del hombre en su ambiente y tiempo, cuyas acciones serán de prevención, promoción y participación en las acciones de atención a la salud, preocupado por conocer del medio ambiente así como la conducta social y humana prevalente y participativo en el respeto de ethos de cada individuo.¹⁰

La transformación de una medicina orientada a la enfermedad y al individuo en una medicina integral, sin despreciar los avances científicos y respetando la individualidad pero con un enfoque primordialmente social y hacia la salud, deberá constituir nuestra difícil meta. (cuadro 1).

Cuadro 1. Formación profesional

Planeación Racional	
<i>Médico actual</i>	<i>Médico del futuro</i>
Diagnóstico	Prevención
Tratamiento	Promoción
Rehabilitación	Participación
Medio ambiente	Conducta social-ethos
Orientado a la enfermedad y al individuo	Orientado a la salud y a grupos sociales
Prevención	

REFERENCIAS

1. URIBE ELIAS, R.: *La función social del médico*. Rev. Fac. Med. Méx. 1982; 25:177.
2. ROSENSTOCK, I.M.: *Historical origins of the health belief model in health education*. Monographs. Marshall Becker Ed. Sophie. 1974; 2:329.
3. NERI, A.C.: *La medicina en el mundo contemporáneo*. Educ. Med. Salud. 1979, 13:113.
4. MC LACHLAN, G.: *A question of quality?* Nuffield Provincial Hosp. Oxford. Trust Publ. 1976; Pág. 3.
5. FERREIRA, J.R.: *Formación de recursos humanos para la medicina del año 2,000*. Educ. Med. Salud. 1983; 17:54.
6. MC WHINNEY, I.R.: *An introduction to family medicine*. Nueva York. Oxford Press. 1981. Pág. 33.
7. FULOP, T.: *Analytical review of the world health organizations health manpower development programme*. 1948-1980. Document. analysis. WHO. Ginebra 1981. Pág. 104, 150.
8. URIBE ELIAS, R.: *La Facultad de Medicina y la atención médica*. Rev. Fac. Med. Méx. 1982; 25: 330.
9. WILSON, M.P. y SMYTHE, CH.: *Medicine an handbook of health professions education*. Christine McGuire y col. San Francisco. Jossey—Bass. 1983. Pág. 20.
10. URIBE ELIAS, R.: *La formación del médico*. Academia Mexicana de la Educación. Trabajo de ingreso. México. 1984.