

El recién egresado en medicina

I. Introducción

ROBERTO URIBE ELIAS*

La educación superior se ha desarrollado en los últimos años entre dos pilares el uno la necesidad creciente de personal altamente capacitado especialmente profesionales, el otro lado, la imposibilidad social de otorgar empleo y oportunidad de evolución en un campo determinado al personal ya formado, es por lo anterior que se requiere el establecimiento claro de políticas de formación de recursos humanos que compartan tanto el sector formado como el sector empleador.

La universidad parece responder a un afán contradictorio ya que por un lado establece elementos en los cuales tuvo que incluir los adelantos científicos y técnicos de la época en que vive, y por otra, tiene que contener con una gran cantidad de egresados cuyo futuro desde el punto de vista social no puede estar claro y que irán a engrosar los grupos insatisfechos profesionales no realizados para los que el país desarrolló otras expectativas y empleó un sinnúmero de recursos; ante esta situación la universidad responde al reto que el momento actual y la multi—mencionada crisis nos obligan a buscar una posición más realista en todos los campos

del saber y del proyectar humano. Todo lo cual no quita en ninguna de las formas la calidad de humanismo que oriente a los hombres pensantes que deberá de formar la universidad ya que esta no puede constreñirse al papel de productora de cierto tipo de profesionales, la universidad no es fábrica, la universidad permite el desarrollo armónico de las capacidades del ser humano que le facilite una formación y le posibilite a un desarrollo ulterior en el campo del conocimiento, la técnica y su propia calidad humana, todo lo cual logrará la transformación de la propia sociedad y la inherente al conocimiento.

La ciencia médica y el quehacer médico no se sustraen a estos principios generales siendo por ello urgente continuar los esfuerzos de vinculación y de trabajo coordinado entre el sector salud y el educativo que permitan en el caso del quehacer médico la utilización más racional del recurso planeado.

En esta ocasión el tema que nos ocupa es el del recién egresado en medicina, y aprovechando la oportunidad que ésta academia nos brinda hemos querido tocar algunos de los puntos más relevantes que sirvan como reflexión al problema de la educación médica en el país, ya que contamos con la participación de distinguidos académicos y maestros universitarios, todos ellos cuya proyección y trascendencia en el ámbito médico son indiscutibles.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el día 8 de agosto de 1984.

*Académico numerario.

II. Factores académicos

RAMON VILLARREAL*

La incorporación eficaz y eficiente del recién egresado de medicina al mercado de trabajo es uno de los grandes problemas que enfrentan educadores médicos y administradores de la salud.

La polémica ha sido larga y reiterada sobre si la responsabilidad de esto radica en las escuelas de medicina o en los empleadores del recién egresado. Obviamente la responsabilidad es de ambos. Esta presentación constituye una breve reflexión sobre la estructura académica de las instituciones formadoras del recurso médico, como variable que influye en este problema, lo cual puede orientar hacia posibles soluciones.

En México hay aproximadamente 90.000 médicos, de los cuales cerca del 20 por ciento se encuentran en el ejercicio privado de la medicina y el resto está vinculado en cierta forma con alguna dependencia del sector público, aunque un grupo grande de estos últimos también ejerce la profesión con carácter privado. Estas cifras son estimaciones aproximadas pues no existen fuentes confiables de información sobre el asunto. Lo que es evidente es que en los últimos años es notable un franco desplazamiento de personal del sector privado al sector público en lo que respecta al ejercicio profesional médico.

Actualmente existen 56 escuelas de medicina en el país con una población escolar total en 1983 de 79.140 estudiantes y 13.523 alumnos de primer ingreso. En los últimos 4 años se han recibido unos 13.000 médicos al año y en 1984 existen sólo 3.219 plazas para programas de posgrado en instituciones nacionales. Se ha declarado que hay 18.000 médicos desempleados y subempleados en México,¹ aunque realmente no existen datos respecto al desempleo o subempleo de estos profesionistas.

Estos datos parecerían ser signos precursores de un nuevo maístar. En el país se vislumbra un excedente de personal médico; excedente aparente, ya que las necesidades de la población siguen desatendidas en forma importante, pero sí excedente por cuanto la producción de profesionales ha sobrepasado ya la capacidad de absorber el recurso humano por sus limitaciones tanto de organización como económicas. No hay plétora real de recursos humanos sino, más bien, insuficiencia del sistema.

Por otra parte los indicadores que tradicionalmente se utilizan para expresar el nivel de salud, señalan que la situación en México requiere de esfuerzos considerables para elevar las condiciones de bienestar de la

población y para seguir el modelo que se propone la actual administración, basado conceptualmente en un plan de atención a la salud con cinco características:

- El escalonamiento y la regionalización de los servicios;
- la orientación de las actividades para solucionar los problemas de mayor magnitud, trascendencia y vulnerabilidad;
- El mejor uso posible de los recursos dentro de una administración descentralizada;
- Una visión integral de la salud;
- La organización de la medicina familiar y participación de la comunidad para la solución de sus problemas.²

¿Cuál es la respuesta que los administradores de salud y los educadores médicos ofrecen a una situación como la descrita?

—Los administradores han propiciado modificaciones legislativas que apoyen jurídicamente los propósitos del plan, y han iniciado reformas de modernización para hacer más eficiente su gestión.

—Fomentan mejores relaciones interinstitucionales para una mejor planificación intersectorial.

—Deciden apoyan en forma importante la investigación para generar nuevos conocimientos, hipótesis y modelos de atención para una planificación y toma de decisiones basadas en información más confiable, resultado de estudios realizados con rigor científico.

A su vez los educadores médicos han respondido instrumentando innovaciones en la formación de recursos humanos para la salud que modifiquen la práctica que generalmente se sigue que subordina al alumno y al docente hacia un ejercicio individual con un enfoque "curativo" de los problemas de salud. Estas innovaciones tienen dos características fundamentales: que la enseñanza se realice a base de solución de problemas con participación activa del estudiante en el proceso del aprendizaje, y que esta enseñanza sea concentrada en y orientada a la comunidad con un curriculum estructurado en base a los principales problemas ambientales, epidemiológicos, sociales y culturales de la sociedad en que van a actuar sus profesionales.

Las principales características de un curriculum innovador son las siguientes:

- a) El modelo debe eliminar dicotomías de la enseñanza en el área de la salud: teoría—práctica, individuo—sociedad, psíquico—orgánico. El instrumento idóneo para resolver estas separaciones artificiales es el de remontar la explicación y el tratamiento de los problemas de salud, no a su etiología puramente biológica sino al desarrollo del concepto de ecología causal, aunado a un mayor peso del componente social. La salud se ha conceptualizado como "un estado de armonía dentro del propio individuo y entre éste y el ambiente que lo rodea. La salud y la enfermedad se consideran como grados distintos de equilibrio inestable que se

*Académico numerario. Director. Centro de Investigaciones en Salud Pública. Secretaría de Salud.

logra entre lo hábil de la vida y el ambiente continuamente sujeto a cambio, en que ésta se desenvuelve. La diferencia entre salud y enfermedad es cuantitativa y no cualitativa, es una diferencia en el grado de equilibrio o armonía".³ Aunque en último análisis la salud no es un "estado" sino una condición dinámica" caracterizada por la capacidad del organismo de mantener su equilibrio frente a las diversas variables del ambiente interno y externo. El modelo deberá reflejar este concepto.

b) El profesional debe estar capacitado para comprender los problemas de salud colectivos y no sólo los individuales; su formación no debe tener fronteras cognitivas impuestas por la práctica dominante (la atención médica individual).

c) El diseño de un curriculum innovador no deberá ser hecho sobre las bases de las prácticas sociales existentes, sino tomando como factor integrado una "práctica social posible" esto es, una práctica concebida a través de una selección de objetos y de procesos técnicos integrados en forma nueva. La realización y aplicación exitosa de un diseño curricular con estas características descansa en la posibilidad de ubicar el ejercicio profesional de los egresados dentro de los cauces institucionales de una práctica social emergente en la comunidad.

d) Los métodos de enseñanza deberán estar acordes con la concepción del nuevo curriculum y los sitios que tradicionalmente se utilizan para la enseñanza, es decir el aula, el laboratorio por materia, y el hospital especializado de tercer nivel de atención. Deberán ampliarse con la enseñanza en los hogares, las escuelas, las fábricas y los campos de trabajo agrícola, para constituir un nuevo espacio social que propicie un aprendizaje más fecundo.

Varios programas innovadores con estas características están en marcha en México y en otros países del mundo. Cómo vencer el conjunto de factores psicológicos y sociológicos que resisten el cambio, es uno de los grandes desafíos que enfrentan los programas innovadores. Cómo enfrentarse con el poder de la tradición, y la reverencia por la autoridad que caracteriza a aquellos que no están familiarizados con el uso del método experimental o científico para comprobar la información, cómo encarar los intereses creados de grupos de poder establecidos que se oponen al cambio y en general cómo deshacer todos esos mitos de la educación médica que en forma tan brillante ha descrito Michel Simpson,⁴ son algunos de los problemas que afronta la educación médica actualmente.

Finalmente, quisiera mencionar que la descentralización de los servicios de salud que ha iniciado la actual administración requiere de un programa de descentralización educativa funcional y verdadera para la formación de recursos humanos para la salud, que rompa con el concepto de paradigma central que se ha seguido hasta ahora en la educación universitaria y desarrolle un paradigma que sea acorde con un nuevo proyecto de

desarrollo social que se está intentando y que queda esbozado en el Plan Nacional de Salud y en el Plan Nacional de Desarrollo.

REFERENCIAS

1. CROSSETTE, B.: "In Mexico: Ill Economy and ill Health", New York Times, 17 de junio de 1983.
2. SOBERON, G. y COL.: *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, 1983.
3. CRAVIOTO, J.: Instituto Nacional de Investigación en Ciencias y Tecnología de la Salud. Documento mimeografiado del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
4. SIMPSON, M. A.: *A Mythology of Medical Education*. The Lancet. Marzo 9 de 1974, 399.

III. Preparación real del recién egresado en medicina.

ROBERTO URIBE ELIAS

Valorar la preparación del recién egresado en medicina implica de manera indirecta evaluar cada uno de los componentes del proceso de enseñanza/aprendizaje que intervienen en su formación, desarrollo y capacitación; asimismo de la congruencia que existe y en la vinculación entre los factores de educación y los de asistencia médica, además, también de manera indirecta, de establecer no sólo la utilidad y el papel que el recién egresado juega en la sociedad sino la organización que tiene para la formación de recursos humanos la propia sociedad y los resultados que se han obtenido con la misma.^{1, 2}

En algunos sistemas educativos y de servicio, el recién graduado es solamente un estado intermedio entre lo que significa un joven deseoso de preparación profesional y un verdadero profesional que pueda otorgar servicios a la comunidad, sin embargo, en nuestro medio, es insoslayable e impostergable establecer claramente la preparación y el valor real del egresado en medicina, ya que las condiciones imperantes desde to-

dos los puntos de vista obligan a la mejor utilización del recurso humano formado. Nuestra sociedad no puede darse el lujo de pretender que los egresados de medicina a nivel de licenciatura constituyan exclusivamente un nivel previo a la especialización, la orientación que ha seguido la educación médica en el mundo señala en el momento actual la necesidad de formar médicos generales que a nivel primario puedan establecer mecanismos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y sobre todo prevención para la mayor parte de las enfermedades más frecuentes, y que además constituyan un pilar para la preservación de la salud, no sólo del individuo sino de la comunidad; es así, por lo que el recién egresado, además de otros factores como son las oportunidades de formación, las necesidades económicas tanto del individuo como de la comunidad, la organización y el desarrollo de la tecnología médica así como de los avances en esta materia, pero sobre todo, la urgente necesidad de ampliar la cobertura y extender los servicios médicos a toda la población, hacen que el nivel de preparación sea un factor determinante en la planeación y desarrollo de los sistemas de atención médica.^{3, 4}

También se ha dicho mucho que los niveles de nuestros egresados son muy bajos, y establecen que nuestros médicos jóvenes egresados de las escuelas y facultades están mal preparados, por lo anterior, en esta ocasión trataremos de establecer de manera objetiva mediante el estudio de su comportamiento al final de la carrera, aún antes de incorporarse al sistema de atención médica, el nivel de conocimientos que poseen a través de una herramienta común que constituye el examen profesional de egreso de la licenciatura.

La evaluación no es un problema fácil y se torna más complejo cuando este se refiere a la preparación del médico. Intentar establecer racionalmente los elementos con los que contamos y confrontarlos a la realidad nos lleva a caracterizar la estructura de una adecuada evaluación educativa, es decir analizar la validez, que refiere el grado en que ha sido utilizado lo que construye para el fin que nos ocupa; la seguridad, que nos sirve para decir que el instrumento realmente es adecuado para las variables que se le otorgan, la objetividad en la que dicho instrumento coincide independientemente de quien califica y a quién se califica y por último, la aplicabilidad, que está determinada por las características de construcción, administración, uso e interpretación de la propia herramienta. La búsqueda de racionalidad en relación a nuestros objetivos, los medios y la población nos permitió asegurar que de manera retrospectiva el análisis de las características que habían tenido los diversos exámenes en diferentes escuelas pudieran otorgarnos un elemento menos subjetivo, y menos variable para el análisis de esta preparación.

Considero como clásicamente se había venido aceptando que el nivel de graduado de licenciatura en medicina tiene características especiales que pueden establecerse, deben de buscarse y deberán de ser una de las

bases para la planeación del sistema nacional de atención médica.

El proceso de enseñanza/aprendizaje no es unívoco ya que obedece a múltiples factores por lo cual, hablar de la evaluación de un producto de este proceso nos obligaría en todos los casos a tomar en cuenta una multitud de factores que expresados en diversas formas nos acercaría a su comprensión total.⁵

No deberemos olvidar que en el proceso de enseñanza de la medicina intervienen factores no sólo directos como podrían ser: los docentes, los alumnos y los programas que constituyen la estructura curricular, los medios de enseñanza, sus actividades, la metodología empleada, los objetivos expresados formalmente y el llamado curriculum oculto, sino que además, todo este proceso esta inmerso dentro de una realidad social la cual modifica de manera preponderante de acuerdo al tipo de sociedad de que se trate a cada uno de estos elementos señalados, recibiendo un influjo a nivel económico, cultural, de organización administrativa y social, político e ideológico. Con todos estos elementos y sus variantes nos encontramos con que la tarea planteada inicialmente podría tornarse impráctica, sin embargo, al tener la posibilidad de cuando menos buscar uno de los parámetros mediante un instrumento conocido y poco variable podremos acercarnos al menos de manera impersonal al análisis de esta preparación.

El establecimiento del examen objetivo para egreso de la licenciatura fue el resultado de situaciones de demanda de la población, de evolución administrativa, pero sobre todo, de la aplicación de las corrientes de tecnología educativa emergentes en aquella época, lo que dió por resultado un modelo de acreditación profesional a nivel universitario que en la actualidad, y con más de 10 años de haber sido aprobado, muestra que la experiencia obtenida favorece dicha aplicación y la consolida por lo menos, en el sentido de ser una evaluación útil y válida a los fines para los cuales se estableció.

Por otra parte desde el punto de vista de administración y planeación de la enseñanza, es importante lograr establecer aprendizajes equivalentes en la población meta, para lo cual deberá hacerse hincapié en los contenidos programáticos, la metodología, la claridad de los objetivos educacionales, el tipo de práctica y empleo de laboratorios y campos, lo que permitirá someter a toda la población a evaluaciones únicas.

Dentro de estos principios generales se inscribe la esencia del quehacer médico dado por el aprender haciendo cuya expresión tradicional más pura se encuentra en la clínica.

Por las condiciones en que ha evolucionado la formación del médico en nuestro medio en especial en la Universidad Nacional Autónoma de México, el desarrollo de la esencia del espíritu clínico ha tenido por fortuna que hacerse en campos clínicos ajenos por lo menos en el origen y en la administración de los recintos universitarios, pero que siendo los campos reales de

la asistencia médica imperante, constituyen el terreno ideal para la formación de profesionales apegados y conocedores del medio en que se van a desenvolver y no profesionales utópicos orientados y acostumbrados a condiciones sólo características de medios o escenarios ideales para la enseñanza; la realización de aproximadamente el 50 por ciento o más de los créditos en los campos clínicos del sector salud, permiten a las escuelas y facultad de nuestra Universidad el logro de la premisa de integración docencia servicio dentro de lineamientos que en otros países están muy lejos de alcanzar a nosotros, por la evolución misma de nuestras necesidades y de acuerdo a la aplicación de soluciones para nuestros propios problemas, hemos empleado desde hace mucho tiempo, prácticamente desde el origen de la cátedra en medicina y que a lo largo de todos esos años ha permitido que el docente universitario sea asimismo el clínico encargado de la asistencia, esta dualidad en la personalidad del docente permite de primera intención esa integración y facilita en la mente del educando el establecer principios de docencia servicio que serán los únicos que a lo largo de su carrera como profesional en medicina le permitan sortear con fortuna las barreras negativas del burocratismo y la desmotivación.

Armonizar los factores individuales, los institucionales, los derivados de la práctica médica hacen que el esfuerzo que en esta ocasión hemos concentrado en el conocimiento teórico pudiera aparecer poco relevante, sin embargo es un primer esfuerzo objetivo con elementos que han servido a nivel promocional y formal y que nos otorgan una faceta más de ese complejo panorama en el que vive y se enfrenta el recién egresado en medicina.

Material y métodos

Se utilizó como herramienta de trabajo el examen profesional objetivo de la Facultad de Medicina que consta de cuatro partes cada una de setenta reactivos y que según el contenido tiene tres secciones constituidas por reactivos de opción múltiple y una por caso clínicos. Este mismo examen ha sido concebido según las áreas de conocimientos en elementos de diagnóstico, tratamiento, medicina social y materias básicas aplicadas en diversos porcentajes; y según el tipo de conocimiento el examen está constituido de acuerdo a la clasificación de cada uno de los reactivos en los que exploran el conocimiento importante, el conocimiento indispensable, y dos secciones sobre desconocimiento peligroso y fatal,^{6,7} además de las asignaturas más relevantes.

Estas dos últimas secciones cuando las exploramos las enunciaremos en sentido negativo ya que el porcen-

taje ideal sería 0 por ciento.

Se estudiaron las diversas generaciones de alumnos que presentaron el examen en los dos períodos anuales de enero a julio de 1978 a 1982 de la Facultad de Medicina de la UNAM, este material es el que se analizará más exhaustivamente pero también se incluyen los resultados globales de las otras dos escuelas que tienen la carrera de medicina dentro de la propia Universidad, que son la ENEP—IZTACALA y la ENEP—ZARAGOZA. La primera desde 1980 a 1982 y la segunda con sus dos variantes de planes de estudio en el mismo lapso.

De acuerdo a las cargas, los diversos exámenes pueden considerarse como comparables ya que todos fueron elaborados por el Comité de Evaluación de la propia Facultad, y los criterios para la selección de los contenidos estuvo siempre acorde con los objetivos terminales de la carrera del médico cirujano, el valor curricular de cada materia y de manera muy importante las tablas de morbilidad y mortalidad en nuestro país.

Los porcentajes obtenidos de cada grupo fueron sometidos a tratamiento estadístico, en especial se utilizó la prueba de significancia una vez obtenida la media de medias o sea la media del universo. En las tablas se hallaron grupos que presentan diferencias significativas con la media del universo y que la diferencia está en sentido decreciente. En estos casos se demostró estadísticamente que el azar no influyó en la variación de la media aritmética en comparación con la media del universo.

En relación a los otros grupos, encontramos que la relación de los porcentajes parciales comparados con el general caen dentro de los límites de confianza al no variar el instrumento de evaluación.

Las diferencias encontradas en cada uno de los grupos en especial los de asignatura nos obliga a pensar que esto se debe a las variables incluidas tales como: características del conocimiento, diferentes técnicas de enseñanza, oportunidades diversas en los sitios de aprendizaje, participación variable del docente y motivación de los alumnos hacia la propia materia.

Resultados

Se observaron los resultados resultados obtenidos en la investigación en donde las poblaciones mostraron un comportamiento aparentemente comparable y cuya variación en cuanto a desempeño varió del 50 hasta el 80 por ciento como promedio de todas las áreas. La aplicación del estudio de significancia nos mostró que en efecto en esos casos existe una mayor significancia entre la media del universo y la media de un año determinado expresada como media aritmética, lo cual nos da un nivel de confianza del 95 por ciento. este nivel de confianza expresado para uno de los ejemplos puede ser extendido a las otras materias, ya que la población

total y las poblaciones por año no cambiaron su desempeño medio; se utilizó la prueba de significancia basada en la curva normal debido al tamaño de la población lo que nos aseguró que nuestros resultados pudieran ser confiables y aplicables a los diversos elementos que aquí se mencionan específicamente el tipo de asignatura.

Discusión

Hasta el momento actual siempre se había mencionado que existía una mala o baja preparación de nuestros egresados a nivel de licenciatura en la carrera de médico cirujano, en éste momento y a la luz de los resultados obtenidos podemos señalar, ahora si de manera objetiva, que el desempeño global es medio para nuestra población estudiada. Hablar de preparación del egresado implica conceptualmente tener un parámetro o un perfil claramente establecido para poder saber sobre qué estamos comparando, en nuestro medio esto no existe, se ha buscado el establecimiento de objetivos generales en las diversas carreras del médico cirujano, pero no conocemos las características que en un momento determinado se exigen en las diversas instituciones del sector salud, así como desde el punto de vista del ejercicio privado al médico recién egresado para su conformación como un profesional activo.

Existen esfuerzos a nivel de especialidades en donde los perfiles profesionales, sobre todo institucionales, tanto de salud como educativos, en la época reciente se han logrado establecer, sin embargo, creemos que existe una ausencia importante a nivel de nuestros recién egresados.

La variabilidad de condiciones de salud que existen en nuestra nación y que coincide con niveles sociales también muy variables, permite una gama prácticamente que integra todas las variantes del ejercicio profesional dentro de nuestro propio país. En muchos casos se ha podido establecer de manera clara perfiles profesionales ideales, pero en estos casos la gran masa de egresados puede no corresponder a ello. Consideramos que es importante profundizar en los diversos parámetros que inciden no sólo en la preparación sino en la proyección y facilidades que el recién egresado tiene para su incorporación al campo profesional, y uno de los elementos que considero fundamental es la comunicación y la coordinación entre el sector educativo y el sector salud para el establecimiento del políticas generales de formación de recursos humanos en salud y especialmente en nuestro caso, de médicos.⁸

Otro elemento que salta a la vista es que el análisis se ha hecho en base exclusivamente a conocimientos teóricos manejados de diversa forma, pero nunca rebasando el nivel de complejidad planteado por la propia herramienta, es decir, no se puede analizar con justeza el juicio clínico del profesional; por ello que resulta imperativo el desarrollar mecanismos para el análisis

de las destrezas básicas necesarias dentro de la formación del médico. Las habilidades enunciadas en los objetivos generales para el médico a nivel de licenciatura requieren una evaluación; por otra parte, es también importante hacer resaltar que siguiendo la misma orientación de buscar oportunidades de enseñanza/aprendizaje comparables a partir de los diversos campos clínicos para toda la población de alumnos, deberemos reforzar la obtención de dichas destrezas durante el pregrado. Esto se logrará mediante la utilización o el empleo de la tecnología educacional para el manejo y la obtención de dichas destrezas, así como la participación activa mediante la supervisión y la facilitación por parte de todo el sector salud para el logro de éste difícil objetivo.

Deberemos también buscar que esta coordinación en los niveles de asistencia médica y de formación de recursos humanos permita el establecimiento de criterios normativos que hagan la aplicación sistemática, organizada y controlada de todos los elementos del quehacer médico y que éste sirva de esa forma como un modelo de enseñanza para que también sistematizado, nuestros alumnos puedan incorporarlo como un mecanismo de desarrollo personal que se identificará directamente con el mecanismo de desarrollo institucional, en ambas circunstancias lograremos una coincidencia entre lo que se hace y lo que se enseña de una manera uniforme y global facilitando ese difícil objetivo de otorgar oportunidades equiparables a nuestros médicos en formación.

Siendo la educación un proceso dinámico consideramos que todo esfuerzo para conocerlo más profundamente siempre será insuficiente, pero que los resultados por pequeños o parciales que parezcan ayudarán en alguna forma a la retroalimentación del sistema y coadyubarán al mejor conocimiento de la problemática y de los resultados alcanzados, considero que en este momento la coordinación entre los sectores mencionados se está dando y que el esfuerzo de ésta deberá reflejarse a mediano plazo.⁹ La búsqueda para formar un médico que a la vez sea calificado científicamente y tecnológicamente, que tenga una adecuada orientación humanística, que sea consciente de las necesidades sociales, que participe de la problemática de su comunidad, que se interese profesionalmente por las ramas afines y acepte su papel, responsabilidad y limitaciones dentro del conjunto social para el logro de una salud de la comunidad, es una de las metas más caras en el futuro. Hemos propuesto y propugnado desde hace algunos años por la formación de un profesional pluripotencial como egresado de nuestras facultades y escuelas. Creemos que no sólo las modificaciones curriculares, metodológicas o de orientación docente a nivel académico resolverán el problema, quizá uno de los elementos más importantes sea la orientación de la atención médica que actualmente ha cambiado y se está transformando en atención a la salud.

Estos cambios del sistema de atención a la salud no

son fáciles, se encuadran dentro de las acciones futuras y requieren de una convicción y una comprensión verdaderamente integral dentro de los esquemas políticos e ideológicos y los recursos humanos y económicos que en la actualidad tiene el país.

Superación educativa en medicina significa superación en los servicios de atención médica. Ambas premisas deberán de ser la base fundamental que tenga cualquiera de los planes de desarrollo de recursos humanos; éste médico que nosotros pretendemos obtener que se integre fácilmente a los sistemas operativos deberá de ser aquel recién egresado que como profesional médico tenga la característica de ser pluripotencial, es decir, tener la posibilidad de adecuarse al cambio, desarrollar nuevas alternativas y adaptarse a las condiciones imperantes en el campo profesional. Incorporarse al servicio a la comunidad y cumplir sus metas personales.

REFERENCIAS

1. GARCIA J. C.: *La educación médica en la América Latina*. (Publicación Científica, 255: OPS, Washington., 1972. pag. 3.
2. GUILBERT J. J. Ed.: *Nurses and Physicians of tomorrow, A Worldwide survey on professional roles and their use as a basis for educational programmes*. WHO. Ginebra 1984.
3. KINGSTON, R. D.: *Graduate level experiences*. En: Ford, Ch. W. ed. *Clinical education for the allied health professions*. San Luis, C. V. Mosby, 1978. pag. 87.
4. PICKERING G.: *Quest for Excellence in medical education*. Oxford. Oxford University Press. 1978. pag. 62.
5. MILLER, G. E.: *Enseñanza y Aprendizaje en Escuelas Médicas*. Buenos Aires, Alfa, 1969.
6. URIBE, E. R. y Col.: *Características y problemática del recién egresado en medicina*. Rev. Fac. Med. Mex. 1983; 26: 56.
7. URIBE, E. R. y Col.: *El examen profesional objetivo en medicina*. Rev. Fac. Med. Mex. 1982; 25: 585.
8. SANDIERS, S.: *Medical needs and the availability of doctors. Conditions in french regions*. En: Alton, J. y Bins. T.B., eds. *Medical Education and Manpower in the EEC*. Inglaterra. Mac Millan Press, 1983, Pág. 115.
9. FUNKENSTEIN D. H.: *Medical Students, Medical Schools and Society During Five Eras: Factors Affecting the Career Choices of Physicians, 1958—1976*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Pub. Co. 1978. pag. 5.

IV. Campo profesional del médico.

CARLOS MAC GREGOR* y
HECTOR I. FLORES—BUSTAMANTE

La formación de profesionales de la Medicina en nuestro país y en muchos países del mundo occidental,

*Académico numerario. Subdirector General Médico. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Héctor I. Flores Bustamante. Instituto Mexicano del Seguro Social

desarrollados o subdesarrollados, evidentemente no obedece a las necesidades de salud que demanda la población, sino más bien a las posibilidades de los educandos para costearse la carrera y a aspectos subjetivos como los vocacionales, tradicionales y de status, por mencionar los principales, que necesariamente tienen una respuesta en la oferta y han originado, en consecuencia, la multiplicación de las escuelas de Medicina. Los médicos nos concentramos en las grandes ciudades, y en los últimos años hemos constituido un problema sociolaboral para el que, nuestra dispersión ordenada no sería la solución.

Factores geográficos, culturales, económicos y sociales entre otros, contribuyen en diferente grado al supuesto desequilibrio en la distribución de los médicos, abundando en que si se balanceara su distribución nos enfrentaríamos a dificultades íntimamente vinculadas a esos factores, dentro de las que destaco: construcción de instalaciones apropiadas, dotación de equipo e instrumental, apoyo técnico, aceptación comunitaria, vías de comunicación y transporte, etc.

Incuestionablemente, las razones que nos llevan a elegir la carrera de medicina y los factores a que hago mención en último término, dificultan la planeación.

Ahora bien, el campo de ejercicio profesional en México, ¿satisface la expectativa del médico?. ¿cubre las necesidades mínimas de quienes se especializan? La respuesta a estas preguntas, puede y debe darse como consecuencia de un análisis que nos ubique dentro de un marco que identifique nuestra realidad:

Somos más de 70 millones de mexicanos la superficie de nuestro territorio es de casi 2 millones de kilómetros cuadrados; nuestra población rural significa en números redondos el 40 por ciento; nuestra máxima concentración poblacional se encuentra en el Valle de México y rebasa los 17 millones de habitantes (24 por ciento).

Somos más de 60.000 médicos, algunas estadísticas señalan cifras cercanas a 90.000, de los que 36.400 laboramos en Instituciones de Asistencia y Seguridad Social; en éstas se atiende el 73 por ciento de la población que demanda atención médica.

Contabilizamos, también en forma aproximada en el país, un médico por cada 1.350 habitantes aunque algunas publicaciones mencionan uno por 800 con diferencias extremas de uno por 800 en el Distrito Federal y uno por 3.800 en el Estado de Chiapas.

Desde 1980 egresan anualmente de las universidades del país un promedio de 11.568 médicos, promedio que se planea disminuya a 9.940 en los siguientes 5 años.

Si agregamos a los factores que dificultan la planeación el hecho que se evidencia con los datos proporcionados, de que no disponemos de una información confiable, estaremos en posibilidades de afirmar que en una superficie tan extensa con una población atomizada, se hace difícil, muy difícil!, pero no imposible,

cumplir con la declaración de Alma Ata: "Salud para todos en el año 2000".

En este contexto, podemos concluir que los indicadores cuantitativos, utilizados comunmente para calificar niveles de salud, dan lugar a juicios parciales y en ocasiones equívocos, porque es incontrovertible que el Distrito Federal no tiene resueltos sus problemas de salud y Chiapas no vive el drama de la insalubridad total. En el primer caso podemos afirmar que un alto porcentaje de la población capitalina, difícil de estimar, aunque tiene acceso a la atención médica, ni dispone de los servicios médicos, por causas atribuibles sustancialmente a sus condiciones económicas y socioculturales.

Instituciones como la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, han encaminado sus acciones desde 1971, a darle solidez a la medicina general; convencidos de que la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria oportuna, son los pilares en los que se sustenta el derecho constitucional de protección de la salud.

En particular en el Instituto Mexicano del Seguro Social, hemos formado a la fecha 5.538 especialistas en Medicina familiar. Todos ellos se han incorporado a las unidades médicas de la propia institución como personal de base, pues su formación responde a su crecimiento natural, y éste a su vez, resulta de la incorporación de trabajadores, de la demanda de servicios, de renunciaciones, de jubilaciones, de defunciones y de promociones.

Los servicios de salud se hacen prácticamente inalcanzables como consecuencia de la alta tecnología que requieren cada vez especialidades y subespecialidades médicas; lo que pone en desventaja a la población de pocos recursos al margen de las instituciones públicas.

A pesar de esta circunstancia, los estudios de post-gradado se hacen cada vez más necesarios porque incorporan a los conocimientos del médico, aquellos que se ajustan a la realidad epidemiológica de México y permiten su actualización permanente.

En este renglón, las instituciones que conforman el Sector Salud participan en la formación de especialistas para el país y para sus propias necesidades y convertidas en campos clínicos, actúan temporalmente como fuentes de trabajo y campos de acción del médico. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, como ejemplo, se adiestran más de 6.000 médicos en alguna especialidad, otorgando prioridad a la Medicina Familiar y a las llamadas básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco Obstetricia, con el propósito bien definido de fortalecer los niveles de atención primero y segundo, porque de lograr satisfacer la demanda de asistencia, nuestros hospitales de alta especialidad se convertirán en auténticos centros de investigación y enseñanza.

Ahora bien, las instituciones de salud en otros tiempos campo propicio para el ejercicio del profesional médico, prácticamente se han saturado, lo que en pri-

mera instancia dificulta el acceso a ellas; sin soslayar el hecho de que, preocupadas por elevar la calidad de la atención médica, ponen en práctica, métodos de selección con los que se pretende garantizar el ingreso de los mejor preparados.

La densidad de la población y su morbilidad, me permiten afirmar que a ningún médico le faltarán pacientes; sin embargo, las condiciones económicas prevalentes, la cada vez más cara y complicada tecnología y la retracción en el mercado de trabajo para el médico, obligan a considerar como prioritaria una planeación ceñida a la realidad, que defina a mediano y largo plazo el verdadero campo profesional para el médico; que redefina su función con la mira de hacerlo el eje en el equipo destinado a la preservación de la salud y no, el individuo aislado preocupado únicamente por la curación de la enfermedad.

V. Perspectivas del desarrollo.

JESUS KUMATE*

El médico graduado en México contempla su desarrollo profesional bajo una doble perspectiva, I. E.: ¹ como resultado de la deficiente e incompleta preparación en el pregrado, está muy conciente de la necesidad para allegarse mayor información y adquirir destrezas que no conoce o domina, pero que sabe le son indispensables para prestar servicios médicos aún en el primer nivel de la atención médica, y ² como consecuencia de la orientación dominante del sistema educativo médico, de posgrado, considera lo más natural tender a la especialización, a través del sistema de residencias universitarias.

El camino a la medicina institucional está dominado, en sus niveles más prestigiosos, por la especialización ya que la medicina general familiar no ha adquirido un perfil profesional bien definido y constituye todavía una actividad sin posibilidades de ascenso en la práctica médica cotidiana. En nuestro tiempo, el *desideratum* de casi todos los médicos recién graduados es el conseguir un lugar en el concurso anual para el Curso Introductorio a la Especialización Médica o su equivalente en los sistemas que no lo requieran.

Las alternativas en el desarrollo profesional son: la investigación biomédica, las carreras en salud pública, las de administración sanitaria de hospitales o en la industria farmacéutica, que no llegan a cubrir el 1 por ciento del total de la fuerza de trabajo médico en el mercado de trabajo. Los recién egresados que emigran al extranjero, casi siempre lo hacen como resultado de un fracaso para lograr un sitio en el sistema de residen-

*Académico titular.

cias y sólo un grupo minoritario —el mejor dotado intelectualmente— decide desde el principio el obtener su formación de posgrado fuera del país.

Las oportunidades de la práctica privada del ejercicio profesional para un recién egresado están limitadas al trabajo independiente en ciudades o poblados pequeños del país, en consultorios en áreas suburbanas, en las grandes ciudades o la asociación en los consultorios de figuras médicas prominentes en calidad de ayudantes.

Otras oportunidades que no requieren más requisito que el título profesional son: algunos servicios médicos de PEMEX, de Marina Nacional, del Instituto Nacional Indigenista; en ocasiones Sanidad Militar, los servicios Médicos de la Secretaría de Educación Pública, algunas cadenas hoteleras y sistemas duplicados de la seguridad social en la industria.

Actividad profesional

Las residencias médicas o quirúrgicas ocupan más de la mitad de todas las oportunidades del sistema de educación de posgrado¹; los sitios para la Medicina General o Familiar constituyeron 41 por ciento del total en 1983. Sin embargo, muchos de los aspirantes probaron antes de la opción el obtener un lugar entre las residencias médicas o quirúrgicas o bien han ingresado al sistema de medicina familiar como un requisito o escalón para optar posteriormente al sistema de residencias de especialidades médicas o quirúrgicas.

Las residencias en medicina general familiar están concentradas más de 93 por ciento en el IMSS; en 1981 de 1748 registradas, 1627 fueron cubiertas por el IMSS.²

De las especialidades, las cuatro básicas; I. E.: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General, constituyen 50.9 por ciento del total; el resto lo forman las demás especialidades. El equilibrio que parece muy satisfactorio, no lo es en realidad. En efecto, más de la mitad de los residentes matriculados en medicina interna o en Cirugía General, están de paso para una subespecialidad médica o quirúrgica y en la práctica es queja constante que hay carencia de internistas o de cirujanos generales.

El *currículum* del programa de todas las residencias, es un reflejo fiel de la preparación de pregrado; en todos los casos se incluye un repaso sobre aspectos básicos que debieran haberse cubierto al nivel de la licenciatura, v. gr.: fisiología aplicada a la pediatría, a la ortopedia, a la dermatología, a la cirugía, a la urología, etc.

La formación de los especialistas se logra por residencia hospitalaria lapso que va de 2 a 8 años y donde los elementos más importantes son: la estancia intrahospitalaria, el seguimiento de los enfermos bajo supervisión de médicos, más experimentados, las se-

siones clínicas, clínico—patológicas, los seminarios departamentales y la realización de trabajos de revisión bibliográfica o la colaboración en investigación clínica, completan la experiencia más valiosa que es asequible por el momento en México y que es muy disputada por todos los aspirantes a una formación profesional de posgrado.

Las oportunidades de entrenamiento quirúrgico se alcanzan mediante estancias en residencias más prolongadas; siempre bajo el sistema tutelar en un ambiente académico de calidad muy disímil, aún dentro de la misma ciudad o el mismo sistema de seguridad social o de salud.

El sistema de evaluación de las residencias es la parte más débil del conjunto. Los candidatos en el entrenamiento, salvo excepciones, no son objeto de una evaluación objetiva y resulta raro el no aprobar esos cursos teóricos o la nota del examen final anual o del fin del curso.

Resulta sorprendente que al término de la residencia, los finalistas no busquen obtener el certificado universitario o se conformen, sin mayor problema, con el diploma institucional en donde se encuentra la leyenda: "Institución afiliada a la Universidad Nacional Autónoma de México". Es claro que para los aspirantes cuenta más el aval profesional que el académico. Es indudable que la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM queda en posición desairada; condición que sería fácil de corregir.

En 1981 se tuvo registro de 5.678 matriculados; sin embargo, obtuvieron (tramitaron) su diploma universitario 396 de los egresados en 1980.

El control de calidad de la formación de posgrado, es confirmado legalmente por los Consejos de Certificación de cada especialidad, bajo reconocimiento por la Academia Nacional de Medicina³. Hay una gran variedad de los requerimientos; se distinguen por su alto nivel de exigencias los de neurología, patología, endocrinología y gineco—obstetricia.

Las residencias ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud son el reflejo de la demanda asistencial en sus aspectos curativos, o fundamentalmente del 3er nivel. Resulta natural que después de las 4 especialidades básicas, las residencias más numerosas sean las de: Traumatología y Ortopedia (284 sitios ó 7.7 por ciento), Anestesiología (259 ó 7.0 por ciento), Psiquiatría—Psicoanálisis (148 ó 4.0 por ciento) y Radiodiagnóstico (126 ó 3.4 por ciento).

El mercado de algunas residencias resulta poco comprensible, v. gr.:

1. En Medicina legal en 1983 no hubo candidatos inscritos; sin embargo, los accidentes y la violencia son, en conjunto, la primera causa de muerte en México⁴. No parece que haya un exceso de forenses bien calificados.

2. En Medicina del Trabajo, no hubo inscritos en 1983; sin embargo la tasa de accidentes del trabajo en México es de más de 10 por ciento del total de derecho-habientes en el IMSS (más de medio millón en 1979), sin que haya tendencia a la disminución en el periodo de 1975-1979.⁵
3. En 1983 estaban registrados 3 residentes en Infectología; se aduce que los pediatras, los internistas y los gineco-obstetras tienen la preparación para contender satisfactoriamente con los problemas del 2o. y 3er nivel y que los médicos generales y en especial los médicos familiares pueden resolver satisfactoriamente los aspectos preventivos y curativos de las enfermedades infecto-contagiosas. A juzgar por las tasas de morbilidad, el gasto de antimicrobianos y la mortalidad por diarreas, infecciones agudas del árbol respiratorio, tuberculosis, tos ferina, tétanos, septicemias e infecciones hospitalarias, la complacencia actual de la situación dista mucho de estar justificada.
4. Llama la atención que existan más plazas en la residencia de cirugía plástica y reconstructiva que para las residencias de neurología, gastroenterología, urología, dermatología, neurología, nefrología y anatomía patológica entre las más conspicuas.
5. La carencia o escasez de epidemiólogos y especialistas en Salud Pública obedece a la formación de este personal en las Escuela de Salud Pública de la SSA y de algunas Escuelas de Medicina del país. La UNAM ha iniciado un programa de maestrías en socio medicina y en estadística aplicada a la salud.
6. La mayor diversificación de las especialidades en países como Estados Unidos,⁶ en comparación con las 41 de la División de Estudios Superiores de la UNAM, indica el mayor desarrollo de la medicina especializada y la disponibilidad de tecnología amén del adelanto intrínseco de la medicina en ese país.
7. En los Institutos Nacionales del Salud y en varios hospitales de 3er. nivel, además o dentro del programa de la especialidad correspondiente se ofrecen residencias en subespecialidad, v. gr.: neonatología, ginecología oncológica, neurooftalmología, oncología quirúrgica, endoscopia, fisiología pulmonar, neuroanestesiología, neurorradiología, biología de la reproducción humana, medicina de adolescentes, medicina de la comunicación humana, epidemiología, medicina deportiva y medicina social.
8. Entre las residencias de servicios diagnósticos, hay contribuciones de personal bien preparado a partir de la Facultad de Química (Laboratorio Clínico), la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (Microbiológicos) y el CINVESTAV (toxi-

cólogos). sin que correspondan a residencias formales.

9. Los especialistas en administración de Salud provienen de cursos formales en administración de hospitales de la UNAM (Facultad de Comercio y Administración) en donde se opera un sistema comparable al de las residencias médicas en instituciones hospitalarias apropiadas.
10. La Auditoría o Evaluación Médica se practica por personal autodidacta y no existe en México un sistema formativo organizado, con planes de estudio reconocidos por instituciones académicas o de enseñanza superior.

La formación profesional de posgrado debiera estar dirigida a proporcionar a los candidatos, información, destrezas y actitudes que les llevarán a equilibrar y corregir, en su caso, las siguientes tendencias firmemente arraigadas desde el pregrado.

1. La magnitud y características de la problemática en materia de Salud Pública.
2. Las características del primer nivel de atención médica en las diferentes regiones del país.
3. El criterio intervencionista-curativo predominante frente a las posibilidades preventivas-rehabilitatorias.
4. La necesidad de cultivar paralelamente el cuidado y la curación de los pacientes.
5. La conveniencia de conocer la naturaleza probabilística de los fenómenos biológicos y la necesidad de manejar un mínimo de conceptos y pruebas estadísticas que le permitan conocer las limitaciones o variación de los resultados registrados en la literatura médica y la interpretación de los exámenes de laboratorio que solicitan rutinariamente.
6. El conocimiento que en muchas especialidades quirúrgicas, la práctica profesional liberal está muy restringida o debe enfatizar intervenciones muy diferentes a las que dedicaron largo tiempo en dominar. Que deben cambiar su orientación respecto a procedimientos diagnósticos de gabinete o que el grueso de la consulta deba ser de índole médica en lugar de Quirúrgica. En algunas subespecialidades, no hay mercado para la práctica exclusiva en niños y deben atenderse adultos, etc.
7. La necesidad de la educación médica continua, por conveniencia para mantener un nivel adecuado en sus servicios profesionales y por la posibilidad cercana de la recertificación periódica. El tiro tan reducido de las revistas medicas mexicanas y el bajo número de suscripciones en las extranjeras, apunta que hay un largo camino por recorrer.

Actividad académica:

Si el recién graduado no tiene vocación por el ejercicio médico clínico, puede optar por una carrera profesional en el campo de la investigación y la docencia.

Existen dos modelos formativos tradicionales:

1. La estancia en un departamento o laboratorio de investigación, asociados con un investigador establecido, quien al estilo tutelar lleva al aspirante desde la condición de aprendiz hasta la de investigador independiente. A partir de la obtención del grado de licenciatura el periodo óptimo formativo varía de 4 a 5 años. El investigador al término de su formación no recibe grado académico y los testimonios de su actividad lo constituyen las publicaciones y sus destrezas tecnológicas.
2. El ingreso a una División de Graduados en donde previo cumplimiento de pre-requisitos, el alumno debe cursar una serie de materias que le permitan abonar el número de créditos fijados por el plan de estudios. En un lapso de 2 años para la maestría o 4 para el doctorado, debe realizar un trabajo de tesis que permita al claustro de profesores juzgar las posibilidades de trabajo independiente del aspirante. Idealmente se puede realizar una estancia posdoctoral de 1 a 2 años en otros laboratorios para completar la formación.

El producto de ambos sistemas es bueno y semejante en lo fundamental, existe la tendencia a dominar por el segundo modelo que es más formal y productivo (en número) que el primero. En la práctica, no hay diferencia entre los investigadores formados en los dos sistemas. Anecdóticamente se dice que la mejor calidad se ha logrado con el sistema tutelar informal, en donde se hace alarde de menosprecio por los grados académicos.

El que un investigador biomédico tenga que cursar la carrera de médico cirujano para después enfrascarse en otra relacionada pero diferente, es motivo de reflexiones y disputas. En Estados Unidos existe el modelo M. D.—PH. D. que sería equivalente.⁷ Sin embargo, es menos prolongado y no se eterniza con una residencia médica como es frecuente en nuestro medio. En muchos casos, los estudiantes de medicina han decidido dar esa orientación a su formación y desde la licenciatura empiezan a trabajar como instructores en un laboratorio, sin dedicar la atención necesaria a las materias del curriculum médico. Resulta un desperdicio innecesario.

El Instituto de Investigaciones Biomédicas ha creado una licenciatura en Investigación biomédica que produce excelentes profesionistas idóneos para la investigación básica o aplicada que puedan optar a los grados académicos de maestro o doctor.

Una variante en la investigación es la maestría y doctorado en Ciencias dependiente de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM desde 1975⁸. El programa parte de médicos que han terminado una residencia universitaria y ofrece un *curriculum* que en dos años para la maestría y en 4 para el doctorado pueden completar la formación de un médico como investigador clínico. El modelo original ha sido refinado por el Programa Universitario de Investigación Clínica⁹ (PUIC) y a través de becas de origen SSA/UNAM o UNAM/CONACYT hace posible la dedicación a tiempo exclusivo de los candidatos a los grados. El IMSS desde 1982 opera un sistema semejante al del PUIC; la comisión de médicos de base del IMSS para un programa similar al de la UNAM, al cabo de 2 años, permite que los médicos del curso regresen a sus unidades de base y contribuyan a la iniciación o mejoramiento de las actividades de investigación en la institución sede.

El sistema de graduados en las maestrías y doctorados en ciencias médicas y biomédicas es muy ineficiente; los alumnos aprueban los cursos pero una proporción muy baja es la que culmina con el examen de grado. La información en 1981 fue de 2.413 matrículas en maestrías con 233 graduados en 1980; en doctorados sobre una matrícula de 184, los doctorados en 1980 fueron 6.

La situación señala que no hay un seguimiento y asesoría responsable por parte de los asesores o tutores académicos, amén de que los candidatos no dedican el tiempo suficiente al trabajo de tesis.

Formación en el extranjero

Un número variable de médicos mexicanos optan por lograr su formación profesional en el extranjero, casi siempre Estados Unidos¹⁰. El número ha variado desde varios centenares hasta unas cuantas docenas; con tendencia a disminuir cada año. Los aspirantes deben aprobar un examen para médicos extranjeros y después obtener una beca en instituciones médicas sobre una base competitiva.

Los que logran terminar la residencia y aprobar el examen de certificación de la especialidad correspondiente resultan profesionales muy bien informados y con gran capacidad operativa. Casi siempre terminan en la práctica privada y adolecen de un enfoque dirigido a la patología de un país desarrollado, muy adecuada para la práctica privada en México o en el tercer nivel de atención médica.

Consideraciones generales

Ante las limitaciones de la preparación al término de la licenciatura, el médico recién graduado no tiene otra

alternativa válida que iniciar el largo camino de los estudios del posgrado. Las perspectivas deseadas, resultado lógico del modelo médico en que se ha educado y que se le ha mostrado como el exitoso y con mayor prestigio es el de la especialidad, logrado a través de una residencia en un hospital de 3er. nivel.

Los médicos recién egresados, según el estudio de Frenk y Bashshur en 1978¹¹ tuvieron como primera preferencia de carrera a la especialidad, realizada en un hospital de los sistemas de seguridad social. Sin embargo, percibieron que las posibilidades más viables estarían en la medicina general, ambulatoria privada o de la asistencia pública.

El sistema está encaminando a formar médicos con información sobre problemas escasamente relacionados con las grandes prioridades de la salud pública del país. No ha recibido la orientación epidemiológica y no ha sido preparado para juzgar críticamente sobre los trabajos que lee, los procedimientos que realiza, los exámenes de gabinete que solicita o los medicamentos que emplea en el manejo de sus pacientes.

El producto del sistema educativo del posgrado es un profesional bien preparado para atender las demandas asistenciales del sector que pueda pagar sus servicios en forma particular.

Ante la magnitud de la oferta de recién egresados al mercado de trabajo; el sistema no puede absorber más de la cuarta parte en el período formativo de posgrado y una proporción aún menor en los puestos de base. Las alternativas que no contemplan la especialización médica o quirúrgica, son de segunda elección o bien se aceptan como una etapa previa, obligada, en la consecución de la meta real: la especialidad.

Una gran parte de los recién graduados, alrededor de 10.000 por año, no tienen acceso al sistema de residencias ni a un mercado satisfactorio de trabajo profesional¹². La reiteración de intentos para lograr un sitio en el sistema de residencias no aporta éxitos en escala significativa. El desarrollo ulterior de ese grupo desempleado e impreparado es muy incierto y nada prometedor. Casi siempre las salidas son la práctica médica en condiciones poco satisfactorias y sin mayor futuro profesional. Es obvio que el sistema educativo en medicina está sobregirado, que el producto final no es de buena calidad y que la orientación hacia la especialización, limita las posibilidades de prestar servicios asistenciales a los sectores mayoritarios de la población no derecho—habiente.

El impulso genuino a la medicina general familiar es la única alternativa viable del momento para emplear a un mayor número de recién egresados y atender las necesidades asistenciales de un mayor número de mexicanos.

REFERENCIAS

1. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. Comunicación personal (15 de agosto 1983).
2. Coordinación de los Servicios de Salud. Coordinación Auxiliar Técnica, Dirección General de Recursos Humanos.: Recursos Humanos en Ejercicio y Formación.: México, marzo 1982.
3. KUMATE, J.: *Las especialidades médicas en México*. En: F. Ortiz Quezada, ed. *Vida y Muerte del Mexicano*. México, Folios Ediciones, 1982. p. 97.
4. S.S.A.: Boletín de Información Estadística de la SSA. Marzo 1984. Cuadro 11.
5. REYES—CUNNINGHAM, A.: *La invalidez. Sus causas y su repercusión socio económicas. II. Los accidentes de trabajo*. Gac. Méd. Méx. 1982; 118: 172.
6. CROWLEY, A. E.: *Graduate medical education in the United States*. J.A.M.A. 248: 1982; 3271.
7. BICKEL, J.W.; SHERMAN, C. R.; FERGUSON, J.; BAKER, L., y MORGAN, T. E.: *The role of the M.D. —Ph.D. training in increasing the supply of physician—scientists*. N. Eng. J. Med. 1981; 304: 1981; 1265.
8. División de Estudios de Posgrado. UNAM. Facultad de Medicina. Normas Complementarias al Reglamento General de Estudios de Posgrado. México, Ciudad Universitaria, 1982.
9. El Programa Universitario de Investigación Clínica, Gaceta UNAM. 1981; 5: 77.
10. DUBLIN, D.: *Foreign physicians: Their impact on U.S. health care*. Science 1974; 5: 407.
11. FRENK, J., y BASHSHUR, R.: *Career preferences and perceptions of the medical labor market among mexican interns*. Soc. Sci. Med. 1983; 17: 693.
12. SOBERON, G.: *La educación médica de posgrado*. En: B. Sepúlveda, ed. "Problemas de la Medicina en México. México, El Colegio Nacional, 1982. p. 115.
13. NEWHOUSE, J.P.; WILLIAMS, A.P.; BENNETT, B.W., y SCHWARTZ, W.B.: *Where have all the doctors gone?* J.A.M.A. 1982; 247: 2392.