

Las especialidades médicas. Papel de las instituciones educativas y de las instituciones de salud

I. INTRODUCCIÓN

EFRAÍN DÍAZ-JOUANEN*

Las especialidades en medicina, de acuerdo al concepto actual, surgen en nuestro país en el seno del Hospital General de México durante la primera mitad de la década de 1940, y con ello se logra culminar el anteproyecto que sobre esto se tenía desde finales de la década de 1930. De esta forma se satisface la necesidad e inquietud de ahondar en el conocimiento particular en un área concreta de la medicina.

En pocos años más, aproximadamente una década, se desarrollan en nuestro medio grandes centros de formación de especialistas, como son: el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el Hospital de la Raza, de los cuales egresan un sinnúmero de profesionistas y verdaderos maestros, imposibles de citar en esta presentación y que consolidan el desarrollo de la formación de especialistas en medicina en nuestro país.

Es conveniente, sin embargo, recordar los antecedentes históricos que ocurrieron en el siglo pasado, cuando de acuerdo con la cédula del rey Carlos IV se sugirieron las cátedras de Cirugía y Medicina, tanto para practicantes como para profesores, mismas que después se convirtieron en obligatorias. Más tarde, la emperatriz Carlota se

convierte en la probable promotora de la obstetricia y la pediatría en nuestro medio, al fundar una Casa de Maternidad destinada a la asistencia, y separar el servicio de niños enfermos del Hospital de San Andrés, anexándolo a la Casa de Maternidad, que llevaría desde ese momento el nombre de Hospital de Maternidad e Infancia.¹

Muchos han sido los cambios vividos desde el desarrollo y reconocimiento de las distintas especialidades médicas por la entonces Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la segunda mitad de la década de 1940. El desarrollo vertiginoso y el avance tecnológico en la medicina en las últimas décadas, a la vez que fascinante, resulta inquietante tanto a propios como a extraños y es motivo para que nuestra Corporación, preocupada por esta situación, a través de su Comité de Principios e Ideario Académicos, formulara una serie de consideraciones y declaraciones en las que llama la atención sobre el peligro de la deshumanización en la medicina, la despersonalización, la disgregación y el deterioro de la enseñanza de la misma.²

Profundizando un poco más en cuanto al estado que guardan las especialidades médicas en el momento actual, podríamos decir que las especialidades médicas de nuestros días pueden ser clasificadas, de una manera arbitraria, en tres grandes grupos: cognoscitivas, técnicas o de habilidad e intermedias. Las características de cada una de ellas se indican en el cuadro I, y los ejemplos correspondientes en el cuadro II.

* Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 15 de abril de 1989.

Académico numerario. Subdirección General de Medicina. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

Cuadro I

Especialización en medicina

Característica	*Clasificación*	
	Cognoscitiva	Técnica
- Manipulación:		
Diagnóstica	-	+++
Terapéutica	-	+++
- Compensación económica por unidad de tiempo	+	+++
- Status intrahospitalario	+	+++
- Involucro emocional	+++	+
- Atención "crónica"	+++	+
- Atención "intermitente"	+	+++
- "Acción"	+	+++

Cuadro II

Especialización en medicina

Especialidad	Ejemplo
- Cognoscitiva	Psicoterapia de grupo, medicina interna, medicina familiar
- Intermedia	C/T* Neumología/reumatología
	T/C** Cardiología/gastroenterología
- Técnica o de procedimiento	Cirugía general, especialidades quirúrgicas

* Cognoscitiva/técnica

** Técnica/cognoscitiva

Por demás interesante resulta el hecho de que, en los últimos años, especialidades tradicionalmente cognoscitivas han venido incorporando grados diversos de tecnología. Tales son los casos de la gastroenterología, la cardiología y la neumología, las cuales se han visto afectadas gradualmente por el desarrollo tecnológico, tanto en procedimientos de diagnóstico como terapéuticos. El impacto que esto tiene se refleja claramente en la selección

que el joven médico hace para continuar sus estudios de postgrado.³ De tal forma que, y para citar tan sólo unos ejemplos, en la Unión Americana subespecialidades médicas primordialmente cognoscitivas, tuvieron porcentajes de selección por debajo del 50 por ciento de las plazas ofrecidas. Son los casos de la endocrinología (42 por ciento), la nefrología (44 por ciento), la reumatología (48 por ciento), en tanto que aquellas de predominio técnico mostraron niveles de selección mucho mayor: neumología (76 por ciento), cardiología (92 por ciento) y gastroenterología (94 por ciento).⁴

Extrapolando estos mismos hechos de observación a nuestro medio, bajo una forma de análisis distinto y con la diferencia que representa el grado de desarrollo entre ambos países, podemos decir que las especialidades troncales de medicina interna y pediatría, ambas cognoscitivas, han mostrado un incremento en su selección por los aspirantes a residencias médicas correspondiente a 25 y 18 por ciento, respectivamente, en los últimos dos años. Lo anterior contrasta con el incremento en cirugía general (33 por ciento), ginecología y obstetricia (30 por ciento) y más aún con radiodiagnóstico (144 por ciento), oftalmología (83 por ciento) o traumatología y ortopedia (57 por ciento).

Es indudable que existen numerosos factores por los cuales se produce el cambio de interés por especialidades primordialmente técnicas. Algunos de estos se indican en el cuadro III.

Cuadro III

Posibles causas del cambio de interés por especialidades médicas

- Involucro emocional
- Tiempo
- Horario irregular
- Status intrahospitalario
- "Impacto social"
- "Acción"
- Estilo de vida/honorarios bajos
- Otros valores

Referencias

1. Alvarez-Amézquita J, Bustamante MB, López-Picazo A, Fernández del Castillo F. Historia de la salubridad y de la asistencia en México. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960: 469.
2. Academia Nacional de Medicina. Comité de Principios e Ideario Académicos. Consideraciones y declaración 1987.
3. McCarthy DJ. Why are todays medical students choosing high-technology specialties over internal medicine? New Engl J med 1987; 317: 567.
4. Mann NS, Wallace TI, Hyder SA. Medical specialties matching program 1988-1989. New Engl J Med 1987; 317: 1416.

Efraín Díaz-Jouanen y col.

EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

FIDELA LUNA-BARRADAS*

En México, el modelo educativo para la formación de médicos especialistas se ha basado en una simbiosis entre las instituciones de educación superior y las de salud.¹

Los cursos de especialización en medicina clínica se desarrollan en su totalidad en las diferentes unidades hospitalarias de nuestro país. Estas unidades se han organizado fundamentalmente para atender las demandas que de servicios de salud reciben de su población.²

La planeación, la organización de las actividades y la capacitación del personal, es una función de las instituciones de salud de acuerdo a sus recursos, necesidades y metas.³

Las instituciones de educación superior del país persiguen en principio los mismos fines. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), es la institución de educación superior que actualmente concentra la mayor cantidad de cursos de postgrado en medicina clínica. En cuanto instancia de educación superior es diferente a otros centros de este tipo, sobre todo en relación al espacio de autodefinición que le posibilita su autonomía y su carácter nacional. Sin que pueda hablarse de autonomía total, es un hecho que la UNAM cuenta con un espacio significativamente mayor para la determinación de su propio proyecto.⁴

La UNAM expresa sus fines fundamentales en el artículo 1 de su Ley Orgánica, que a la letra dice:

Impartir educación superior para formar especialistas, investigadores, profesores universitarios y técnicos útiles a la sociedad, organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales y extender con la mayor amplitud posible los beneficios de la cultura.⁵

Los médicos generales que aspiran a una especialización clínica deben jugar un doble papel: el de trabajador de la institución que los contrató como residente en medicina, y el de alumno de un curso universitario con registro escolar. Ello establece una estructura interactuante indivisible Universidad-Institución de Salud.

La Ley Federal del Trabajo establece que para que un médico sea considerado residente en una institución hospitalaria, requiere el registro como alumno de curso de especialización en una institución de educación superior. El artículo 7 de la Norma Técnica Número 76 para la

Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas en la Secretaría de Salud, menciona que la relación de trabajo entre el médico residente y la Secretaría debe ser por tiempo determinado, no menor de un año, ni mayor del periodo de duración necesario para obtener el diploma de especialización correspondiente.

Los diplomas de especialización son extendidos por las instituciones de educación superior;⁶ las instituciones de salud expiden constancias de terminación de la residencia.

La UNAM, a través de la Facultad de Medicina, ha avalado cursos de especialización clínica desde 1946; primeramente en la Escuela de Graduados, más tarde en la División del Doctorado y actualmente en la División de Estudios de Postgrado e Investigación.

En la UNAM se organizaron inicialmente las maestrías y los doctorados. Después, a solicitud de diferentes hospitales, asumió la facultad de certificar formalmente los cursos de especialización.

La División de Estudios de Postgrado e Investigación tiene entre sus funciones:

1. La elaboración, la actualización metodológica de los planes de estudio y la redefinición de los perfiles académicos profesionales de las diferentes especialidades médicas. Esto, no obstante ser una tarea universitaria, se lleva a cabo en forma conjunta con las instituciones de salud, ya que los médicos y los funcionarios en salud son simultáneamente profesores universitarios (cuadros IV, V y VI).

Cuadro IV

En los planes de estudio

En el aprendizaje de la medicina es un artificio disociar la teoría y la práctica.

La enseñanza debe establecerse en el terreno clínico mismo con supervisión y asesoría, consulta sistemática de la información y la discusión correspondiente.

Cuadro V

En los planes de estudio

La consulta de la información deberá ser suscitada por una necesidad surgida en la práctica cotidiana.

La integración de la teoría y la práctica se refiere al flujo bidireccional ininterrumpido entre la información y la acción.

* Departamento de Evaluación de Estudios de Postgrado e Investigación. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cuadro VI**En el perfil académico-profesional**

La cantidad y la diversidad de patología que se atiende en una universidad debe cubrir suficientemente las necesidades que de experiencias de aprendizaje deba tener un alumno de la especialidad de que se trate.

2. Que las instituciones de salud propongan a sus docentes, en consonancia con sus programas y sus recursos, y la UNAM, con base en su legislación, extenderá los nombramientos y seleccionará sus sedes (cuadros VII y VIII).

Cuadro VII**En los profesores y alumnos**

Desarrollar en los docentes la capacidad para promover la participación y la crítica.

Y en los alumnos las capacidades para obtener, seleccionar, aplicar y generar información.

Cuadro VIII**En la sede**

Que existan recursos de apoyo adecuados para el aprendizaje y el cumplimiento del Plan de Estudios.

Que la organización del quehacer médico en la sede brinde las facilidades necesarias para que en su formación, el alumno integre lo científico, lo técnico y lo humanístico.

3. Que la ejecución, la supervisión y la evaluación de los programas, sea una acción conjunta entre la UNAM y las instituciones de salud.
4. Que la admisión de los alumnos se dé a través de los procedimientos que establezcan de común acuerdo la UNAM y las instituciones de salud (cuadro IX).

Cuadro IX**Al ingreso**

El nivel de competencia académica requerido por la UNAM debe corresponder idealmente al puntaje necesario para resultar seleccionado para el número de plazas disponibles en el Sector Salud.

En 1984 se creó por acuerdo presidencial la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Entre las cosas que en este decreto se dicen y que resultan de interés para nosotros, destaca lo que en él se afirma en el sentido de que "en el proceso de formación y actualización de los profesionales y técnicos de la salud que el país necesita, comparten responsabilidades las dependencias e instituciones educativas y de salud".⁷ Se dice, asimismo, "que es indispensable la definición de áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las aplicativas de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud, en su intervención en el proceso de formación de recursos humanos para la salud".⁷

El artículo 2o. de dicho acuerdo establece:

La Comisión estará integrada por un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de la Secretaría de Educación Pública, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia.

Establece también que:

La Comisión invitará a formar parte de ella a la Universidad Nacional Autónoma de México, al Instituto Politécnico Nacional, a la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior A. C., a dos universidades propuestas por ésta, a la Academia Nacional de Medicina, al Colegio Nacional de Enseñanza Profesional Técnica y a un representante de los Institutos Nacionales de Salud.⁷

Las funciones de la Comisión son las siguientes: contribuir a la definición de los perfiles de los profesionales de salud, en su etapa de formación, congruentes con el Sistema Nacional de Salud y la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior;⁷ recomendar los requisitos que deban reunir las instituciones de

salud para que puedan participar en la formación de recursos humanos para la salud;⁷ proponer los criterios de selección para alumnos de nivel técnico, licenciatura y de postgrado que para su formación deban incorporarse a las instituciones del sector salud;⁶ contribuir a la definición de los criterios académicos para la selección del profesorado a nivel técnico, de licenciatura y de postgrado, entre el personal que labore en las instituciones de salud;⁷ y recomendar e impulsar sistemas para la evaluación de los planes y programas de estudio de las carreras en el área de la salud, así como de la docencia de los diversos niveles de enseñanza en el área de la salud.⁷

El artículo 2o. transitorio establece que "se derogan todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto por el presente acuerdo, así como aquellas que creen organismos con funciones similares a las de esta Comisión".⁷

En un artículo de la Revista Médica del IMSS, de enero de 1986,⁸ se dice que:

Los cursos de especialización que se imparten en el Instituto Mexicano del Seguro Social se fundamentan en el perfil profesional que requiere la medicina institucional en cada disciplina; ello constituye la fuente más importante para la determinación de los objetivos educativos y contenido de los programas de especialización. Los programas así elaborados se entregan a profesores, alumnos y autoridades universitarias, institucionales y sindicales para que sirvan de guía durante el proceso de especialización... en tanto que a las autoridades escolares o laborales para conocer y avalar cada etapa formativa...⁸

La Norma Técnica Número 76 para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas de la Secretaría de Salud, emitida el 10 de diciembre de 1986,⁹ establece:

Artículo 6. Se entiende por residencia médica al conjunto de actividades de servicio que debe cumplir un médico residente en un periodo de adiestramiento...⁹

Artículo 12. Las unidades aplicativas que sean reconocidas como unidades médicas, son consideradas en la categoría de sede o subsede según lo dictamine la unidad administrativa competente.⁹

Capítulo VIII. De las obligaciones del Residente:

Artículo 58. Participar en actividades de enseñanza y en sesiones clínicas o anatomoclínicas para alumnos de pregrado, de posgrado o enseñanza continua, en un máximo de siete horas y media a la semana, siempre que no afecten al desarrollo del servicio.⁹

Capítulo XIII. De profesores para cursos de especialización:

Artículo 127. El personal técnico de la Secretaría puede tener nombramiento como profesor encargado o adjunto de cursos de especialización médica; siempre y cuando el número de horas contratadas por instituciones educativas no exceda de ocho horas a la semana, de las cuales cinco serán para supervisión capacitadora y el resto para sesiones clínicas, bibliográficas y conferencias teóricas.⁹

Artículo 128. En caso de que el número de horas contratadas con instituciones educativas exceda ocho horas a la semana, debe cumplir su compromiso fuera del horario para el que fue contratado por la Secretaría.⁹

Discusión

Lo anterior refleja las limitantes exógenas en las que se debate la División de Estudios de Posgrado para cumplir con su tarea de formar especialistas en las distintas ramas de la medicina, convirtiendo a la Universidad, muy a pesar suyo, en una institución avaladora de actividades educativas, de las cuales desconoce cómo se iniciaron, cómo se desarrollaron y cómo concluyeron.

En los hechos, la Comisión Interinstitucional es la que se encarga de realizar el examen de ingreso, tanto a las residencias médicas como a los cursos de especialización. Otra de sus funciones, mencionada anteriormente, consiste en recomendar y, en su caso, proponer criterios para que las instituciones de salud puedan participar en la formación de médicos especialistas, en la selección de los profesores y en los sistemas de evaluación de planes y programas de estudio. La Universidad asiste a esta comisión como invitada, sin tener injerencia en las decisiones, que son tan importantes, como las de poder seleccionar a sus alumnos, profesores y sedes universitarias para los cursos de especialización que ella, sin embargo, certifica.

Esta Comisión, que fue creada con la finalidad de establecer un área coordinadora, realmente funciona como ejecutora de actividades en las que debería solamente proponer, contribuir o recomendar criterios de... o para...

Esto obliga a reflexionar sobre el ámbito tan estrecho en el que debe moverse la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, para cumplir universitariamente con el establecimiento, el desarrollo y la acreditación de los cursos de especialización, por los cuales otorga el correspondiente diploma a los universitarios egresados de sedes con características tan heterogéneas, como pueden ser las instituciones de salud de la SSA, el IMSS, el ISSSTE y todas aquellas descentralizadas y de control privado; y en las distintas ubicaciones geográficas de sus sedes, v.gr.: Tijuana, Los Mochis, Tuxtla Gutiérrez, Morelia, Puebla o un instituto de salud enclavado en el Distrito Federal.

La UNAM tiene el compromiso de vigilar que en cualesquiera de sus sedes donde se desarrollen cursos de especialización, se obtengan resultados satisfactorios. El

especialista certificado por la UNAM debe tener una formación profesional que integre lo científico, lo técnico y lo humanístico.

A pesar de la creación de la Comisión Coordinadora, cada institución continúa estableciendo sus propias normas para la formación de recursos humanos para la salud. Normas y procedimientos que no han logrado realizarse: nancomunadamente, sea intrasectorial de salud, sea intersectorial salud-educación.

Alternativas

1. Continuar con el modelo de incoordinación y ahondando el abismo que artificialmente separa a la Universidad y a las instituciones de salud; los médicos en ejercicio y los funcionarios en salud son profesores universitarios.

En esta alternativa seguirá trabajando cada institución según sus políticas y según sus funciones propias, y probablemente se repitan y traslapen actividades, desaprovechándose así los recursos y se incrementen las frustraciones.

2. La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de su Facultad de Medicina, reconoce que la única forma lógica de enseñar la medicina es el contacto permanente con los pacientes; resulta obligado para los alumnos formarse en el terreno mismo donde seguramente más tarde van a ser contratados en los distintos niveles de las instituciones que los forman.

Las instituciones de salud están adiestrando por sí mismas a especialistas con un alto grado de eficiencia, y las asociaciones y consejos de especialidades, certifican actualmente con un alto grado de confiabilidad.

¿Sería prudente que la Universidad, dada su función de formar profesores e investigadores, retomara con mayor fuerza la formación de maestros y doctores en medicina, que es su función primordial, y dejar la formación clínica a cargo del Sector Salud?

En la mayoría de los países la formación de especialistas médicos se da mediante convenios entre el médico aspirante y el hospital que lo admite como residente de alguna especialización. ¿Resultaría más conveniente para evitar la despersonalización de nuestros alumnos de especialización, que ellos mismos acudieran a las instituciones de salud que más convinieran a sus intereses y así, en acuerdo con ella se sometieran solamente a sus requisitos para obtener su especialización médica?

¿Es imprescindible la masificación y la homogenización artificiosa que se da al examen de ingreso de los alumnos a estos cursos de especialización, cuando al ingresar no existe otro "rasero" similar, donde una comisión se reúna nuevamente para certificar sus conocimientos médicos especializados? ¿Son necesarias estas selecciones

nacionales? ¿Sería factible que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud proponga realmente los criterios de selección para que cada institución de salud pueda desarrollarlos como mejor convenga a sus funciones?

En México, el mercado de trabajo del médico no se comporta de manera homogénea. Coexisten diferentes organismos que se ocupan de la salud: los de seguridad social, los asistenciales públicos y las instituciones privadas de carácter lucrativo. Tampoco existe una correspondencia perfecta entre oferta y demanda de médicos especialistas; la misma ocupación u actividad es definida en forma muy diferente según sea la institución de salud de que se trate.

Para suavizar nuestra realidad podíamos haber dicho que estamos satisfechos con los resultados hasta ahora obtenidos, pero ello no habría sido honesto, ni correspondería a nuestro papel como universitarios.

Lo antes expuesto tuvo la finalidad de encontrar respuestas útiles en el proceso de formación de médicos especialistas, en este ámbito del más elevado nivel académico de la medicina en México.

Referencias

1. Soberón G. La educación médica de posgrado. Seminarios sobre problemas de la medicina en México. México: El Colegio Nacional 1982: 117.
2. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. Supervisión y evaluación de la enseñanza de graduados en medicina. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1980: 2.
3. Díaz-Jouanen E, Luna-Barradas F, Fierro-González M. Evaluación en las instituciones de salud para los estudios de posgrado. Trabajo leído en las reuniones académicas previas al Congreso Universitario. México: Facultad de Medicina, UNAM, 1988.
4. Dirección General de Proyectos Académicos, UNAM. Elementos metodológicos para la elaboración y evaluación de los planes de estudio. Proyecto 39. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1984.
5. Universidad Nacional Autónoma de México. Ley orgánica. México, 1980.
6. Universidad Nacional Autónoma de México. Modificación al Estatuto General, al Reglamento de Estudios de Posgrado y al Estatuto del Personal Académico de la UNAM, aprobadas por el H. Consejo Universitario en su sesión del 11 de septiembre de 1986. p. 6.
7. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. México, 1983.
8. Villalpando-Casas JJ. El sistema de enseñanza en las especialidades médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Méd IMSS 1986; 24: 149.
9. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Norma técnica No. 76 para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. México: Diario Oficial de la Federación. 16 de diciembre de 1986.

III. EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA

CARLOS VARELA-RUEDA*

La enseñanza de la medicina puede ser dividida en tres etapas: la primera está representada por la educación médica básica, la segunda es de tipo vocacional y está constituida por el internado y el servicio social, y la tercera es la que puede ser llamada etapa de culminación, en la que el médico asume responsabilidad progresiva como miembro de un equipo de salud multidisciplinario y que se hace de preferencia mediante el sistema de residencia, con sede y duración variables.

Para diferenciarlo del médico general, con el término especialista se designa a todo médico que se dedica a un campo limitado de la práctica profesional. Conviene recordar que la primera división moderna del trabajo médico fue en medicina y en cirugía y que, posteriormente, a medida que se multiplicaron los conocimientos y las técnicas disponibles, se impuso la creación de especialidades. Aun dentro de cada especialidad algunos profesionales han restringido más profundamente su dedicación a campos más estrechos y han surgido así los que se conocen como subespecialistas o superespecialistas.¹

Independientemente de que sea un médico general o un especialista, el médico es un profesional que debe cumplir tres funciones genéricas: el servicio, la docencia y la investigación. La función que parece caracterizarlo, y que es la que identifican para sí casi todos los médicos en coincidencia con lo que el público piensa, es la de servicio, porque durante su formación se hace énfasis en la prestación de un servicio a la sociedad, lo que la mayoría engloba con el término de servicio médico-asistencial, y que casi siempre se proporciona a través de una institución de salud.

Es difícil encontrar especialistas que no tengan claro que en su profesión están precisamente para prestar un servicio. Sin embargo, las otras dos funciones genéricas no reciben la misma atención y, por lo tanto, existen muchos médicos que no las reconocen para sí y, en caso de hacerlo, tienen una preparación deficiente para llevarlas a cabo.

En México el proceso de formación de especialistas en las diferentes ramas de la medicina se realiza mediante una interacción peculiar que ocurre entre las escuelas y facultades de medicina (con sus planes y programas de estudio y su personal docente) y las instituciones de salud (con sus programas sanitarios y sus propios recursos: materiales, tecnológicos y profesionales).

Las instituciones educativas propician que los residentes adquieran conocimientos, habilidades y actitudes

que son evaluados por los profesores. Por su parte, las instituciones de salud facilitan la adquisición y la aplicación de los tres dominios del conocimiento por parte de los futuros especialistas, y hacen las valoraciones correspondientes por medio de sus directivos, de su personal de salud que funge como profesor y de los propios pacientes.

Este no es el lugar ni el momento para discutir lo que hacen o deberían hacer las instituciones educativas, ni las características ideales o reales de su relación con las instituciones de salud. Sin embargo, vale la pena recordar algunas de las características tradicionales de la formación universitaria, como son la enseñanza teórica basada en la transmisión verbal de conocimientos, la preparación de profesionales generalmente divorciados de la realidad sanitaria y sin un interés auténtico por la docencia y la investigación, la presentación de conocimientos "tabicados" en disciplinas inconexas, la falta de visión integral del proceso salud-enfermedad y aun del hombre, dentro del ámbito en que vive, el énfasis más en la enfermedad que en la salud, etcétera.

Cuando se observa lo que sucede en las instituciones de salud, el panorama no resulta muy distinto para el personal que se prepara en ellas, ya que el sistema educativo es prácticamente el mismo y la sociedad también es la misma. Las instituciones de salud que emprenden tareas de capacitación de personal, ya sea en combinación con las instituciones educativas, o por sí solas para suplir las deficiencias del sistema formador, han tomado en lo general los modelos impresos por éste, por lo cual no han logrado conseguir cambios significativos.²

Sin dejar de reconocer las fallas enunciadas, ni muchos de los aciertos que tiene la práctica educativa en las instituciones de salud, comentaré sólo algunos aspectos acerca de lo que pudieran ser las acciones que nos permitan avanzar más rápido hacia la obtención de cambios positivos, mismos que se pueden conseguir de manera progresiva y gradual.

Existe una realidad que de alguna manera se da en todas las instituciones de salud. Me refiero a la presencia del complejo docencia-servicio-investigación. Es un hecho que frecuentemente coincide con el debe ser y cuando no ocurre así, sólo hay que organizar mejor, o bien de manera diferente y más equilibrada, todo lo que se hace.

La práctica de una especialidad implica el dominio de los contenidos de un área específica del conocimiento y la realización magistral de las actividades propias de la disciplina alrededor de un problema, específico o no, planteado por seres humanos. Para que sea efectiva, la práctica profesional requiere de la existencia del binomio médico-paciente.

El acto docente implica el uso eficiente de los métodos y las técnicas de la enseñanza, así como la realización, también magistral, de las actividades didácticas e, inevitablemente, es realizado por el conjunto profesor-alumno.

La acción investigadora supone la existencia de un individuo activo en interacción cognoscitiva con el objeto de conocimiento, en la que el sujeto cognoscente (el

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

profesor o el alumno) anda en búsqueda de lo que es, o pudiera ser, verdadero, en todo aquello que desconoce.

Así, la integración docencia-servicio-investigación significa que un acto profesional es, a su vez, el propósito de un acto docente e incluye la necesidad de practicar investigación, y que la realización del acto docente o de la actividad investigadora implican la práctica de actos profesionales. Supone, por lo tanto, la unión del aprendizaje con la investigación y la prestación de servicios de salud en relación con el paciente y su problema que representan el objeto de conocimiento y la realidad a transformar. Así, el médico institucional es, al mismo tiempo, profesional, docente e investigador, y el residente es también al mismo tiempo profesional, alumno e investigador.

La participación del especialista en la sociedad, ya sea como persona o como profesional, de manera individual o colectiva, le obliga al uso de la información y de los conceptos propios de la especialidad o del área en la que actúa, pero sobre todo al manejo de las habilidades y actitudes que le permitan emplear dicha información para analizar, crear, cuestionar y transformar la realidad; es decir, para resolver problemas, ya que no basta con poseer información y repetirla, debido a que el desarrollo de habilidades de todo tipo se sobrepone actualmente al saber enciclopédico de otros tiempos.³

En tales circunstancias, los profesores, es decir, los profesionales que trabajan en las instituciones de salud y que actúan como docentes, deben entender que su función no es la de simples transmisores o actualizadores de conocimientos, sino la de verdaderos entrenadores en habilidades intelectuales, psicomotoras, actitudinales y de investigación que propicien soluciones, para que los residentes, primero como tales, y después como especialistas, sean capaces de simplificar la información disponible, de generar nuevas proposiciones, de aumentar su capacidad para manipular sus conocimientos y resolver problemas para que junto con la experiencia obtenida en su propio campo profesional y académico, y por encima de todos, puedan ser propiciadores de una cultura intelectual y profesional diferente.⁴

Por ello, las instituciones de salud deben procurar hacer las modificaciones a su participación educativa que permitan mejorar el desarrollo tanto del residente como del complejo docencia-servicio-investigación, incorporándolos, cuando no lo hayan hecho, o mejorando su aplicación cuando ya los practiquen, los principios básicos para la realización de programas dirigidos a estudiantes como son los médicos residentes. Dichos principios son los siguientes:⁵

1. El aprendizaje se debe centrar en problemas específicos.

Los residentes no pueden aceptar más el retardo entre la adquisición y la aplicación de los conocimientos que suele existir en el pregrado. Por ello ejercen presión sobre los profesores en cuanto a la aplicación práctica

de los contenidos de los cursos.

La presencia de problemas proporciona energía y dirección a las actividades del residente. Se debe recordar que la motivación es intrínseca, por lo que los problemas no pueden ser impuestos desde fuera. Así, el residente debe participar en el diseño de su propia experiencia de aprendizaje, una vez que ha determinado sus necesidades y la posibilidad de satisfacerlas.

2. El aprendizaje debe estar basado en la experiencia.

El profesor debe proveer los tipos de experiencia que resulten relevantes para los problemas del estudiante. Mientras más interés tenga la situación educativa para el residente, y mientras más próxima se encuentra a su propia experiencia, más aprenderá de ella.

3. El residente debe compartir con sus profesores (los médicos de base y los jefes de servicio) la responsabilidad de crear el clima donde se pueda apreciar el significado de la experiencia, mismo que no le llegará pasivamente al residente sin su participación.

4. El residente debe tener oportunidad de evaluar sus experiencias, ya que necesita ajustarse a las situaciones de aprendizaje, a los profesores, a sus compañeros, a los pacientes y al ambiente institucional.

5. Los objetivos de aprendizaje deben ser establecidos por escrito y tener carácter global alrededor de problemas que ameriten solución. Por su parte, la búsqueda de las soluciones para los problemas debe ser organizada por el propio residente. La mejor estructura curricular disponible para cumplir este principio es la modular integrativa,⁶ ya que posibilita la integración docencia-servicio-investigación, facilita el juego natural de roles mutualistas e igualitarios entre profesores y residentes y permite vincular de inmediato la teoría con la práctica y a la institución de salud con la sociedad a la que sirve.

6. El residente debe tener información sobre su progreso hacia los objetivos predeterminados.

La evaluación es de mucha importancia y se deben proporcionar al residente indicaciones acerca de los éxitos o de las fallas, así como de lo adecuado de la experiencia para sus problemas específicos, ya que tan pronto como el estudiante descubre las similitudes entre la situación de aprendizaje y su experiencia (expresada en términos de satisfacción de sus necesidades) se vuelve ávido por más aprendizaje.

Para concluir mencionaré que sólo si se toman en cuenta y se siguen los principios mencionados, se podrá avanzar hacia la mejoría de los resultados de la participación de las instituciones de salud en la formación de especialistas en medicina, ya que como señala con acierto

un eminente médico familiar inglés,⁷ la buena educación médica no es útil si no está relacionada con la atención médica, el servicio y la investigación, y la buena atención médica no puede existir si no se relaciona en forma adecuada con el sistema educativo sobre el cual está basada.

Referencias

1. Ugarte L. El médico general, el médico básico o indiferenciado, el médico de familia y el especialista. *Educ Med Salud* 1967; 1: 206.
2. Sonis A. Educación en ciencias de la salud y atención médica: análisis de su interrelación. *Educ Med Salud* 1976; 10: 233.
3. Quesada CR. ¿Por qué formar profesores en estrategias de aprendizaje? *Perfiles Educativos* 1988; 39: 28.
4. Palencia G. Por qué y para qué del bachillerato. El concepto de cultura básica y la experiencia del CCH. México. Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM, Cuadernos de Destinde 1982; 152: 27.
5. Escobar F. Principios del aprendizaje del adulto en programas de educación continua. *Educ Med Salud* 1978; 12: 135.
6. Pansza M. Enseñanza modular. *Perfiles Educativos* 1981; 11: 30.
7. Fry J. Medical care systems. Comparative international characteristics. *J Med Educ* 1973; 48 (Sup 1): 31.

IV. FUTURO DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA. FUNCIÓN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

EFRAÍN DÍAZ-JOUANEN

Por lo expuesto anteriormente se puede decir que la formación ideal u óptima de especialistas en nuestro medio ocurre como resultante del equilibrio que se da entre las instituciones de educación superior y las instituciones de salud. Las primeras aportan, entre otras cosas, planes integrales de estudio, apoyo en áreas básicas, apoyo para el desarrollo de la investigación y la docencia y sistemas óptimos de evaluación. Por su parte, las instituciones de salud aportan sus instalaciones y el material clínico para que se proporcione la asistencia, ambos recursos indispensables para la formación integral del especialista. Con respecto a los profesores, éstos ejercen una función dual: a la vez de ser representantes extramuros de la Universidad y de otras instituciones de educación superior, son al mismo tiempo engranaje fundamental en el sistema de asistencia/docencia.

Desafortunadamente, este sistema ideal no es vigente en la actualidad. Por un lado, la imperiosa necesidad de cobertura nacional en materia de salud, agobia con frecuencia a profesores y alumnos en las diferentes sedes y subsedes donde ocurre la formación de especialistas. No es raro que con frecuencia se confundan los intereses académicos con los asistenciales. El análisis cuantitativo de los casos parece tener mayor relevancia que el tradi-

cional análisis cuidadoso del caso en particular. Difícilmente hay momentos para la revisión meticulosa del enfermo; la discusión crítica con el maestro o con el jefe inmediato superior parece estar fuera de moda o, cuando se da, es tan sólo superficial, para salir del paso.

Las necesidades de asistencia, cada vez mayores, determinan con frecuencia la creación de nuevas sedes y subsedes, muchas de las cuales carecen de la infraestructura adecuada para tal efecto. Surge igualmente la improvisación de profesores; se los elige, más que por su capacidad docente o de investigación, por las necesidades de servicio. De igual forma, y como una necesidad de servicio, se ponen en práctica planes de estudio que no son supervisados, a los que *a posteriori* se les trata de dar una imagen académica difícil de alcanzar por las numerosas fallas en sus cimientos.

El progresivo incremento de la tecnología, día a día más impresionante, parece modificar la actitud del médico contemporáneo frente al enfermo. Así se tratan imágenes tomográficas, se establecen diagnósticos de acuerdo a resultados de laboratorio, en ambos casos aun sin que se haya visto al enfermo; o se hacen evaluaciones paraclínicas sin tener una revisión clínica inicial del paciente. Todo hace suponer que el arte de hacer medicina se está deteriorando frente a la innovación tecnológica y con ello se acrecienta el proceso de deshumanización en el ejercicio de la medicina.

Llama poderosamente la atención que nuestro sistema nacional dedicado a la formación de médicos especialistas, no haya tomado en cuenta dentro de sus programas de trabajo áreas dedicadas a fortalecer los valores éticos, morales y humanísticos necesarios para normar la vida de todo hombre de bien. Tal y como nuestra Corporación lo ha manifestado recientemente, "los alumnos son hechura de nosotros". No debe de extrañarnos, pues, que no reconozcan o que no tengan estos valores, ya que simplemente no se los hemos inculcado.

A cambio de una verdadera vocación de servicio en marcada por un comportamiento de integridad, respeto y compasión por sus semejantes, podríamos decir que los verdaderos valores para algunos de nuestros médicos simplemente han cambiado. Ahora resultan más importante el *status* intra y extrahospitalario, el estilo de vida, la remuneración económica por unidad de tiempo, la responsabilidad transitoria y el pobre o nulo involucro emocional sobre sus pacientes.

En un sistema de formación como el descrito hasta ahora, difícilmente se dan las pautas para el desarrollo de un proceso de investigación y enseñanza óptima de la medicina. El desequilibrio, claramente en favor de la atención, llega a grados extremos y termina por considerar al residente o alumno básicamente como una fuerza de trabajo. Por si fuera poco, la inmensa mayoría de los planes de estudio no incluyen a la investigación como instrumento de aprendizaje, y es común que en nuestro medio aún prevalezca el concepto de que la investigación es algo que sólo puede ser realizado en grandes laboratorios

costosamente equipados. Debemos recordar, y cito textualmente a Viniestra, que "...investigar en su acepción más amplia es generar observaciones significativas por medio de una metodología rigurosa".¹ En el momento actual no es posible generar estos hechos de observación por la falta del conocimiento apropiado para ello, así como por la imposibilidad física de cubrir la demanda de atención y tener aún tiempo para el estudio y el análisis riguroso.

Frente a estas observaciones, ¿qué corresponde hacer a la Academia Nacional de Medicina?

A mi modo de ver las cosas, los primeros pasos ya han sido dados. El Comité de Principios e Ideario Académicos² publicó recientemente una declaración, cuyos puntos resumo a continuación:

- 1o. Para el ejercicio de la medicina es necesario comprender al ser humano sano o enfermo, como un todo integral e indivisible.
- 2o. Acrecentar la orientación e influencia que ejercemos sobre nuestros semejantes, enseñándoles a vivir mejor, a cuidar su salud, a convivir armónicamente.
- 3o. La medicina fue y debe seguir siendo la más desinteresada actividad en el ámbito de las relaciones humanas.
- 4o. El avance tecnológico no debe suplir ni opacar el papel personal fundamental del médico.
- 5o. Es indebido señalar a los jóvenes como culpables de errores o defectos, porque, lamentablemente, ellos los copian de nosotros.
- 6o. La Academia debe estimular y aprovechar su experiencia y conocimientos en beneficio del ser humano sano y enfermo.

Si bien estas acciones de carácter general son de suma importancia en la medida en que permitan estimular y marcar la directriz para el cambio, este no podrá surgir si no se llevan a cabo acciones concretas por parte de nuestra Corporación.

Para tal efecto, nuestro Estatuto³ nos marca la pauta a seguir. Recordemos: Artículo 1o.: "...promover el estudio, la enseñanza y la investigación en el campo de la medicina". Artículo 2o.: "Organismo Consultivo del Gobierno de la Nación..." que "dictamina sobre la idoneidad de los Consejos de Especialidades Médicas".

Sin pretender convertirnos en universidad, tenemos la responsabilidad de velar porque los hombres y las mujeres que se forman a un nivel superior posean los conocimientos, las artes y las destrezas que los distingan como especialistas en determinada rama de la medicina. Para ello sugiero, sin contraponer nuestras acciones con las de la Universidad o las de las instituciones de salud, ejercer una acción complementaria de supervisión que garantice la idoneidad del especialista.

Con base en lo anterior, propongo una participación directa o bien a través de los Consejos que la Academia dictamina como idóneos, sobre los puntos siguientes:

- 1o. Promover los valores éticos, morales y humanísticos en la formación de los especialistas en medicina.
- 2o. Fomentar la investigación en la formación de especialistas, no con la intención de formar una nueva estirpe de investigadores, sino con el objeto de ver en ello un instrumento de invaluable aprendizaje.
- 3o. Ejercer una supervisión estrecha sobre sedes y sub-sedes, con el objeto de garantizar la formación óptima de especialistas.
- 4o. Apoyar únicamente a aquellos Consejos que se adhieran a programas reconocidos por instituciones de educación superior.
- 5o. Desconocer a todas aquellas agrupaciones que "forman especialistas" sin un programa académico formal apegado a los intereses de la Academia.
- 6o. Uniformar los criterios de evaluación por parte de los Consejos, dando cabida a exámenes teórico-prácticos que permitan una más justa y rigurosa evaluación de los especialistas.
- 7o. Apoyar la evaluación promocional de los alumnos, lo que permitiría terminar con vicios y costumbres inadecuadas, en el proceso de formación de especialistas.
- 8o. Distinguir en forma muy clara los aspectos asistenciales de los académicos en la formación de especialistas.
- 9o. Mantener vigente el proceso para recertificación de especialistas.

Sólo mediante una participación más enérgica de la Academia Nacional de Medicina, en colaboración estricta con las instituciones de educación superior y los Consejos, es posible rescatar la formación de especialistas en medicina en nuestro país.

Es oportuno terminar con la indiferencia, la incompreensión y tal vez la pugna entre nuestras instituciones de educación superior y las instituciones del Sector Salud, en bien de una mejor formación de especialistas.

Referencias

1. Viniestra VL. La investigación como herramienta de aprendizaje. *Rev Invest Clín Mex*, 1988; 40: 191.
2. Comité de Principios e Ideario Académicos. Academia Nacional de Medicina. Consideraciones y Declaración. 1987.
3. Academia Nacional de Medicina. Estatuto General, 1987.