

Educación médica

I. Introducción

FERNANDO CANO-VALLE*

Los últimos 30 años revelan grandes cambios en la educación médica en México. Asimismo, la reforma del Sistema de Salud ha generado nuevas formas de trabajo y nuevos derroteros. Los agentes protagónicos han sido hombres que, por su trascendencia, forman parte de la historia de la cultura mexicana.

El que observa el crecimiento de una cosa, decía Heráclito, tiene la mejor visión de ella.

La interrelación entre la filosofía, percepción del mundo, ciencia y tecnología propias de una institución, le permite a ésta, establecer una organización que facilite el planteamiento y solución de sus problemas. Los cambios en los conceptos, organización y forma en que se utilizan aquellos, mueven a las sociedades de una etapa a otra.

Hemos llegado a la etapa denominada de *los sistemas*, caracterizada por un pensamiento de *stntesis*, donde se considera que:

- La conducta de cada elemento tiene un efecto sobre la conducta del todo.
- La conducta de los elementos y sus efectos sobre el todo son interdependientes.
- Sin importar como se forman los subgrupos de elementos, cada uno tiene un efecto sobre la conducta del todo, y ninguno tiene un efecto independiente sobre él.

Lo cual lleva a considerar dentro de su propio contexto, la interrelación de las partes, la integración de las mismas y consecuentemente la síntesis del todo, para finalmente llegar a la emisión de juicios y criterios de valor.

A consecuencia de esta forma de pensar, la propia ciencia se ha venido a conceptualizar como un sistema cuyas partes -las disciplinas- son interdependientes. La

Simposio presentado en el Ciclo de Actualización de la Academia Nacional de Medicina y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, el 14 de julio de 1990.

* Académico numerario. Director. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

ciencia establece su desarrollo juntando sus componentes para formar una diversidad creciente de enteros cada vez más comprensivos, es decir las interdisciplinas. Es un movimiento contrario a lo que sucede con las disciplinas científicas tradicionales que intentan distinguirse entre sí y de alejar de las mismas las nuevas disciplinas cuando se desarrollan nuevas áreas de interés dentro de ellas. Estos aspectos conducen del pensamiento analítico al de síntesis, por lo que para comprenderlas se hace necesario conformar actitudes propias de la "Era de los Sistemas".

En el campo de la educación, estos movimientos han originado que la enseñanza de la ciencia a partir de la segunda mitad del siglo XX se haya manifestado en tres grandes momentos:

- el primero caracteriza la década de los sesenta y enfatiza la enseñanza de la ciencia en su relación teórica-práctica, dando enorme peso a la metodología del quehacer científico y donde la estructura de contenidos resulta densa y masiva. Se privilegia así el punto de vista científico sobre el docente, dando como resultado que la lógica, la integridad y la estructura de las disciplinas se mantuvieran en todos los proyectos.
- el segundo ocupa los años setenta y se caracteriza por un acentuado desarrollo curricular en la enseñanza de la ciencia integrada; la productividad teórica y práctica de la multi e interdisciplina se trasladan al campo de la educación para que la enseñanza de la ciencia como investigación, método, adquisición de habilidades y destrezas dentro de su medio ambiente, sirvieran de enlace a las diferentes disciplinas científicas que, en su fenómeno de integridad, buscan nuevas formas de organización de los contenidos curriculares alternos al concepto de asignatura.
- en el tercero, en la década de los ochenta, se pone énfasis en el conocimiento científico, en su naturaleza y su relación con la sociedad; se identifican en él las limitaciones y consecuencias del desarrollo en la

aplicación de la ciencia y adquiere importancia la conservación del ecosistema. En esta fase destacan las aplicaciones reales que el área de conocimiento tiene dentro de su contexto, que es finalmente lo que determina su eficiencia externa en función de la enseñanza, considerando como objetivo trascendente que los estudiantes alcancen mediante el aprendizaje de la ciencia la posibilidad de participar razonablemente en la solución de problemas profesionales, sociales y personales.

En México, la evolución de la educación médica encuentra correspondencia con estos movimientos universales, situación evidente en el desarrollo de los planes y programas de estudio de las escuelas y facultades de medicina. En los años setenta concurre como factor importante para la formación de médicos y el desarrollo de las instituciones de salud, el incremento en la matrícula de primer ingreso. Como ejemplo: en 1970 se inscribieron 8600 alumnos y en 1978 se alcanzó la cifra de 20400; ante esta situación la UNAM implanta políticas para normar la reducción de los alumnos de primer ingreso, a partir de 1973 y así de 6000 alumnos en 1973 la matrícula de primer ingreso descendió a 2860 en 1980; esta política persistió hasta 1988.

Ante esta situación, el compromiso de las instituciones educativas obliga a discutir los beneficios alcanzados en el propósito de mejorar la salud de los mexicanos.

Por ello, la temática del presente simposio lleva a considerar los elementos que intervienen en la educación médica a partir de la experiencia de quienes han tenido bajo su responsabilidad la formación de los recursos humanos en los últimos 30 años.

II. El marco internacional de la educación médica

GUILLERMO SOBERON*
JOSE MANUEL ALVAREZ-MANILLA

La educación médica tiene múltiples determinantes que, seguramente, van a ser analizados en las ponencias siguientes. El determinante que analizaremos es el que corresponde al nivel internacional supranacional, característico de la segunda mitad del siglo XX, sin que

* Académico numerario. Presidente Ejecutivo. Fundación Mexicana para la Salud.

José Manuel Álvarez-Manilla. Director del Centro de Investigación y Servicios Educativos. Universidad Nacional Autónoma de México.

esto signifique que no haya existido antes.

Este nivel de influencia supranacional sobre la educación médica lo mismo puede plantear orientaciones generales sobre características que la educación médica debe tener idealmente o que en su caso conviene evitar, como proponer alternativas, pertinentes o no, para una circunstancia nacional dada, pero que los nacionales, acaso deslumbrados por el halo internacional, imitarían extralógicamente. Un ejemplo de lo primero es la Declaración de Edimburgo, donde se reconocen y recomiendan valores pertinentes a la educación médica que se debe tender a universalizar dado que significan adecuar el desempeño profesional del médico a los requerimientos actuales de los sistemas de salud que usan la atención primaria a la salud como estrategia fundamental. En cambio, un ejemplo de lo segundo es el caso de directores de escuelas de medicina que, inspirados en hospitales universitarios de otros países, e ignorando la tradición al respecto en México, aspiran como meta principal de su gestión a construir un hospital universitario, sin considerar la viabilidad de su financiamiento. Por eso, las propuestas supranacionales sobre la educación médica se deben analizar con cautela para determinar cómo la educación médica nacional se puede beneficiar utilizando el ambiente internacional y sólo utilizar aquello que es deseable; y también lo opuesto, cómo se puede evitar la filtración de modas internacionales no consecuentes con una realidad nacional.

El determinante supranacional de la educación médica se expresa de diversas maneras según los agentes internacionales inductores y otras entidades que, sin ser propiamente internacionales, tienen vocación para la acción en este nivel. También existen "clientelas" bien establecidas. En el nivel internacional los agentes de influencia más conspicuos sobre la educación médica son: 1) Organismos internacionales gubernamentales; 2) Organismos internacionales no gubernamentales; 3) Entidades filantrópicas con vocación internacional; 4) Mecanismos bilaterales; 5) Instituciones o personas con prestigio internacional; 6) Comercio; 7) Medios de comunicación con alcance a las masas. Nos referimos brevemente a cada uno.

Organismos internacionales gubernamentales

Son agencias creadas y financiadas mediante acuerdos del más alto nivel entre varios países. Estos organismos instituyen órganos técnicos centralizados en una sede, y la mayoría han establecido representaciones en los países miembros. La Organización Mundial de la Salud realiza múltiples estudios y reuniones a fin de desarrollar modelos para racionalizar la formación de recursos

humanos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la agencia regional de la Organización Mundial de la Salud para el continente americano. La influencia de la OPS sobre la educación médica ha sido trascendente y tiene un largo historial.

A partir de las reuniones auspiciadas por la OPS en 1952, celebradas en Viña del Mar, Chile y Tehuacán, México, se inició la inducción de la enseñanza de la medicina preventiva, la creación de los departamentos de medicina preventiva en las escuelas de medicina y la formación de profesorado en esta área. Con el patrocinio de la Fundación Milbank Memorial, la OPS realizó una intensa labor de promoción de la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas latinoamericana, y en 1967-68 hizo la encuesta de educación médica en América Latina que, actualmente es una referencia obligada para los estudiosos de la educación médica.

La creación de los Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), uno en México y otro en Brasil fue singular importancia, el primero se estableció en 1973 con el copatrocinio de la OPS y la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaría de Salud, la Asociación Nacional Universidades e Institutos de Educación Superior en México; el segundo se fundó con la participación de la OPS y la Universidad de Guanabara en Brasil. A partir de ambos centros se formó personal para la innovación de la educación médica y se capacitó al profesorado de las escuelas de ciencias de la salud.

El programa de libros de texto de la OPS y del Banco Interamericano de Desarrollo, ha contribuido a solucionar el problema de la carencia y del alto costo de este instrumento fundamental para el aprendizaje de los estudiantes de medicina del continente. Además de estas estrategias regionales, la OPS ha auspiciado importantes reuniones sobre la educación médica y ha dado asistencia técnica a las escuelas de medicina.

Vale la pena decir que OMS y OPS sí consideran que sus recomendaciones sean acogidas en el contexto de los países que las adoptan, sobre todo aquellos en vías de desarrollo.

Organismos Internacionales, no gubernamentales

Son entidades integradas por instituciones afines, sin representación de los gobiernos sino de entidades nacionales o locales. En este caso caen la Federación Mundial de Educación Médica con sede en Escocia; la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina con sede en Venezuela; la Unión de Universidades Latinoamericanas con sede en México. Las dos primeras actúan mediante las asociaciones nacionales

de escuelas de medicina; ellas han surgido del proyecto de Educación Médica en América, llamado proyecto EMA, desarrollado por el conjunto de las asociaciones nacionales de escuelas de medicina bajo patrocinio de la Fundación Kellogg como contribución americana para la Declaración de Edimburgo, antes referida; hacen recomendaciones para mejorar la calidad de la educación médica y definen colectivamente sentido y valores que deben guiar la evolución de la formación de médicos para estar acordes con los requerimientos de salud de la población.

Otros organismos no gubernamentales como el Consejo Internacional de Organizaciones Médicas y de Salud (CIOMS) sin tener como objetivo único la educación médica, la CIOMS funciona como órgano de consulta para la OMS, sus corresponsales son organizaciones médicas nacionales; en México lo es la Academia Nacional de Medicina. En la reunión internacional del CIOMS de 1986 en Acapulco, auspiciada por la Academia Nacional de Medicina, la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México en el nivel nacional y por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el internacional se abordó el tema "El desequilibrio de los recursos humanos para la salud", el cual sirvió para debatir y esclarecer un problema que preocupa en forma creciente a la educación médica en el mundo.

Las recomendaciones de estos trabajos se captan a nivel nacional por cuerpos colegiados, asociaciones o academias, como es el caso de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina o la Academia Nacional de Medicina, que sirven de interlocutores independientes para dar curso a las propuestas de carácter general que se formulan en el concierto internacional.

Entidades filantrópicas con vocación internacional

Generalmente asumen el carácter de fundaciones altruistas respaldadas por fideicomisos y legados. Tienen su asiento en un país determinado y asumen actividades de colaboración con otros países, bajo la forma de subvenciones a proyectos de interés para los países que han seleccionado para su acción. Algunas veces consultan con el gobierno huésped, pero generalmente establecen asignaciones directas a entidades nacionales. Han sido notables la Fundación Milbank Memorial, que apoyó técnica y financieramente la enseñanza de la demografía, la epidemiología y las ciencias sociales en las escuelas de medicina del continente americano e hizo una aportación sustantiva para formar personal docente e investigadores en estas áreas; fue la primera agencia en desarrollar un programa creador de lideraz-

go en la educación médica. La Fundación Kellogg, a su vez, ha contribuido con las escuelas y con otras instituciones de servicio para el desarrollo de programas de integración docencia/servicio en las áreas materno infantil y Atención Primaria a la Salud. Las actividades de la Fundación Rockefeller también son ampliamente conocidas, incluyen apoyo a la investigación médica, al desarrollo de la epidemiología, y reuniones del tipo de la celebrada en Bellagio en 1988 que tuvo como tema la "Educación médica con un enfoque poblacional".

El balance de sus intervenciones sin duda es positivo. Se puede decir que las fundaciones usadas como ejemplo han sido respetuosas de las características nacionales, sin embargo, existen otras que no lo son, y para ellas no existen órganos nacionales reguladores.

Mecanismos bilaterales

Son relaciones entre gobiernos o entidades civiles de dos países mediante convenios de personal, de experiencias, etc., o de colaboración mutua. En esta categoría entra la Cooperación entre Países promovida por la OPS. Esta acción tiende a promover una ayuda horizontal; un ejemplo de ella, es la cooperación en materia de educación médica con Centro América. Un caso de intercambio académico se presenta con el convenio en materia de programas innovadores de la educación médica entre la Escuela de Medicina de Nuevo México y la Facultad de Medicina de la UNAM.

Instituciones o personas con prestigio internacional

Existen instituciones nacionales o locales, y personas líderes en campos relacionados con la educación médica que, sin proponérselo de manera explícita, influyen sobre la educación médica internacional. En el caso de instituciones se puede citar el programa para la enseñanza de la medicina de la escuela de Case Western Reserve que, ampliamente conocido fuera de los Estados Unidos, influyó la evolución de algunos planes de estudios. El gran antecedente en este sentido es el Informe Flexner de los años veinte por el impacto que tuvo sobre la educación médica en muchos países, aún cuando éste no hubiese sido su propósito original.

El comercio

La promoción comercial ha contribuido a crear la imagen de que medicina de excelencia es igual a alta tecnología. Este es un factor de influencia definitivo sobre la educación médica, si bien no tan conspicuo como los otros, pero que en combinación con el efecto de demostración que

ejercen los medios de comunicación, determinan en gran medida tanto las expectativas del gran público como las aspiraciones de los candidatos a estudiar medicina.

Los medios de comunicación con alcance a las masas

A partir de la segunda mitad del presente siglo radio y televisión han aumentado significativamente su cobertura. Se puede afirmar que estos medios no son agentes neutros; por lo contrario, constituyen un efecto inductor de modos de vida, actitudes sociales, valores, que condicionan cambios culturales a través del manejo de héroes y antihéroes, y contribuyen a determinar la educación de amplios sectores. La medicina se acerca como tema favorito donde "héroes" como el Dr. Casey, el Dr. Kildare y posteriormente Gonzo, proponen, modelos para la imitación que han influenciado a varias generaciones de aspirantes y de estudiantes de medicina.

Por otra parte, la telemática ha dilatado el acceso y hecho posible el intercambio interactivo de información en el nivel internacional; es posible transmitir registros corporales en tiempo real; las comunicaciones científicas crecen y se manejan a través de bancos de datos electrónicos; intercambia documentación científica a través del teléfono. Todo esto tiene, o va a tener, impacto sobre la educación médica.

Consideraciones finales

Podemos afirmar pues, que la determinación internacional de la educación médica existe y que aún cuando, en términos generales, ha sido benéfica, es necesario señalar algunos problemas e inconvenientes que ha suscitado.

En un mundo que se tiende a la globalización, lo que antes eran problemas locales tienden a su diseminación. La migración de la población, aún de la parte calificada como son los médicos, es un hecho; el intercambio comercial desborda los ramos tradicionales y se intensifica en productos biológicos humanos como la sangre y los órganos; asimismo, la transnacionalización de las industrias altera la producción y la distribución de productos; esto, y sin duda muchos otros factores, crean el marco en el que hay que situar a la medicina y por ende a la educación médica. El problema es cómo regular este intenso intercambio internacional. Es importante identificar los problemas que hay que atender.

1. Los cuerpos técnicos de los organismos gubernamentales internacionales se ven desbordados por los problemas; sus mecanismos tradicionales de acción con

frecuencia han quedado rezagados. Por otra parte, sus representaciones nacionales, sin una gafa técnica, atienden a lo inmediato; es una época de limitación económica, se les ve como una fuente de recursos extrapresupuestales, y esto, en conjunción con otros factores contribuye al establecimiento de clientelas y a la atomización de los recursos disponibles para la acción a nivel nacional.

2. Como ya ha sido señalado, las entidades filantrópicas tienen acción en zonas francas, no sujetas a normatividad que, en ocasiones, pueden ir en contra de políticas nacionales o locales.
3. La circulación de la programación recreativa cinematográfica y televisiva es irrestricta, en particular con el advenimiento del satélite, lo cual se apoya en la libertad de prensa y, en nuestra opinión, así deberá seguir siendo. Pero, no hay que soslayar que esa programación es portadora de valores y de modos de vida.
4. La apertura del comercio hacia países o bloques va a ser un marco inescapable y, no cabe duda, se intensificará la llegada de productos de la alta tecnología y así aumentará el prestigio de la práctica médica basada en ellos.

La educación médica pues, además de las influencias determinantes intrínsecas y locales, tiene determinantes supranacionales, algunos se manifiestan ya con gran intensidad y otros se comienzan a insinuar. Es conveniente caracterizarlos y sujetarlos a mecanismos reguladores.

En términos generales hay dos principios rectores para esta regulación: 1) la relación entre todos los agentes debe ser coordinada por el órgano del estado encargado de las relaciones internacionales; y 2) debe ser mediada por cuerpos colegiados y órganos técnicos de alto nivel.

Con respecto a los organismos internacionales gubernamentales OMS, OPS y UNICEF, el interlocutor es la Secretaría de Salud. Asimismo, en 1983 se constituyó una comisión de alto nivel, la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud, en la que está representada la educación médica. No obstante que la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina no tiene representación directa en ella pues la UNAM, el IPN y dos universidades de los estados en forma rotatoria forman parte de la misma, las Casas de Estudio designan como sus representantes a los directores de las facultades y escuelas de medicina. A través de la Comisión se han podido definir políticas, prioridades y precedencias para la acción internacional en México, las cuales son llevadas a los órganos de gobierno de las agencias

internacionales. Asimismo, todas las solicitudes de apoyo técnico de los organismos internacionales, deberán ser conocidas y aprobadas por esa comisión. Será preciso también que se incremente el número técnicos mexicanos en los organismos internacionales.

En el caso de los arreglos bilaterales es conveniente que los convenios sean sancionados por los órganos colegiados de autoridad universitaria.

El efecto inductor adverso de los medios de comunicación podría ser contrarrestado con programas universitarios en medios que tiendan a desarrollar una recepción crítica de los mensajes dados.

Para contrarrestar el problema de los modelos de práctica profesional que promueve el sector mercantil, es conveniente promover, o intensificar, la discusión en el seno de las escuelas de medicina, con la participación de estudiantes, docentes y autoridades, de documentos como la Declaración de Edimburgo, y la adopción de medidas en consecuencia.

Para terminar, reiteramos que el nivel de influencia supranacional tiene una influencia real sobre la educación médica; que es conveniente, propiciarla y participar en forma decidida; también es necesario, regularla y crear los mecanismos, principalmente órganos colegiados, para prevenir ciertos efectos no deseados. Las instituciones mexicanas de educación médica y las de salud han sido entusiastas protagonistas dentro de las corrientes internacionales que se han perfilado en los últimos años.

III. Modelos de atención a la salud

CARLOS CAMPILLO-SAINZ*

En la actualidad los modelos de atención a la salud adoptados por los distintos países del mundo revisten tal diversidad que llegan a ser tantos como los países mismos. Difieren en la cobertura de la población atendida, en la índole de los servicios impartidos, así como en su organización financiera y sus recursos disponibles. Tales variaciones obedecen a razones históricas y culturales privativas de cada país, a su desarrollo económico y social, a su régimen político y, en fin, a lo que se podría llamar la idiosincrasia nacional. De ahí que cada modelo sea el propio y conviene a la entidad de su procedencia, y al compararlos entre sí no se puede

* Académico titular.

juzgar en términos de ser mejores o peores unos respecto de otros. Por esta razón, ninguno de ellos es susceptible de extrapolarse con su actual configuración a otro ámbito cuyos antecedentes y trayectoria en la materia sean necesariamente disímboles.

Dicho en otras palabras, ningún modelo por bueno que sea puede convertirse en paradigma y aplicarse como tal fuera de su país de origen. La cordura aconseja limitarse a una prudente observación y tras razonable análisis adoptar sólo aquello aplicable a cada caso particular.

De hecho, se habla aquí de modelo de atención a la salud precisamente en el sentido literal de modalidad o forma peculiar de organizar y combinar servicios y recursos para el cuidado de la salud de una comunidad cuyas demandas de atención se proponen satisfacer. Es el esquema conceptual, el plan de acción puesto en juego para proporcionar los cuidados y los servicios de salud requeridos por la población de un país en un tiempo determinado y acorde a las circunstancias económicas, sociales, culturales y políticas que le son propias. Con esta connotación la palabra modelo alude a un concepto dotado del potencial necesario para transformarse en un conjunto articulado de acciones dentro de una situación concreta y singular, pero de ningún modo interpretado como algo ejemplar, aquello que se pudiera considerar ideal o paradigmático.

No obstante, a pesar de su gran diversidad de modelos vigentes hoy en día tienen en común sus bases doctrinarias y la tendencia por alcanzar los mismos objetivos terminales. Respecto a las primeras, es de notarse como todos ellos habiendo dejado atrás ideas ya superadas sobre el concepto de salud, coinciden en reconocer su nueva y verdadera acepción. Este hecho reviste capital importancia: saber qué es la salud, comprenderla en todo su alcance y significación es principio doctrinario que ilumina y sirve de guía a cuantas acciones puedan emprenderse en su favor. El concepto integral de salud que en la actualidad tiene unánime reconocimiento puede resumirse en los puntos siguientes:

1. La salud en tanto expresión de vida plena es un valor humano de alta jerarquía.
2. La salud es un proceso dinámico de equilibrio del hombre consigo mismo y con el medio circundante: físico, biológico y social.
3. Salud y enfermedad interactúan de continuo en el ámbito social y con expresión individual.
4. Salud y enfermedad se influyen recíprocamente siendo entre sí a la vez causa y efecto una de la otra.

Con base en estas premisas el objetivo terminal que

se proponen los modelos de atención a la salud es el universalmente recomendado por la Organización Mundial de la Salud: "Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

La atención a la salud individual y colectiva es magna tarea de difícil ejecución. Llevarla a la práctica requiere la participación de organismos e instituciones que siguiendo sus fines particulares se han desarrollado a lo largo del tiempo en forma un tanto independiente. Algunas de esas entidades pertenecen al sector público y otras al privado. Figuran entre las primeras aquéllas cuya estructura y objetivos les confieren una responsabilidad directa en el cuidado de la salud. Tales son los ministerios de salud o sus equivalentes, las instituciones de seguridad social y las universidades y escuelas donde se prepara el personal de salud.

Con relación indirecta en la atención a la salud participan también otras dependencias gubernamentales como las encargadas de la producción y suministro de alimentos, de la provisión de servicios básicos en materia de infraestructura: agua, vivienda, luz y otras fuentes de energía; las responsables de las comunicaciones y transportes, de la industria y el comercio, de los asuntos hacendarios y, finalmente las que norman las relaciones obrero-patronales.

A semejanza del sector público, en el sector privado hay componentes directamente vinculados con la atención a la salud: seguros, mutualidades y la asistencia médica y social remunerada o gratuita.

Lugar destacado sigue ocupando la medicina tradicional en los países, la automedicación es práctica común en todos ellos.

Por último, cabe mencionar la industria química-farmacéutica de naturaleza privada y su injerencia creciente tanto en el suministro de medicamentos como en la investigación de fármacos. Ahora bien, en la mayoría de los casos no existe coordinación entre los distintos elementos mencionados. El mero agregado de piezas fragmentarias no da por resultado su integración en un todo coherentemente articulado. Sus respectivas acciones y recursos a menudo se duplican y no pocas veces se neutralizan mutuamente. Hay mucha resistencia a perder la individualidad cuando en mayor o menor medida se cuenta con respaldo histórico y cultural, amén de con la existencia de fuertes intereses económicos y sociales. El atraso tecnológico y la escasez de todo género de recursos son factores decisivos de estancamiento en los países subdesarrollados.

Como resultado de lo anterior el espectro mundial de los modelos de atención a la salud se antoja un

caledoscopio en todo género de combinaciones.

Dentro de este panorama multifacético, la seguridad social juega un papel destacado. Nacida en Alemania a fines del siglo pasado, durante los primeros veinte años del presente ya abarca la mayoría de los países europeos; la década de los cuarenta señala su difusión por los países del continente Americano y llega a su máximo en los años sesenta cuando se incorporan a la seguridad social los nuevos países independientes asiáticos y africanos.

Extendida ahora por toda la faz del planeta, datos de 1987 señalan que 141 países cuentan con algún programa de seguridad social. Es una cifra sorprendente cuya magnitud puede apreciarse mejor al compararla con los 160 países afiliados hasta la fecha la ONU.

Tales programas con patrocinio estatal que comprende ayuda financiera y asistencia médica y social, se agrupan en los rubros siguientes: 1) Seguro de vejez, invalidez y muerte; 2) Seguro de enfermedad y maternidad; 3) Seguro de riesgo de trabajo; 4) Seguro de desempleo; y 5) Estipendios familiares.

Desde sus inicios cada uno de estos programas ha visto aumentar paulatinamente el número de países que los suscribe. En 1987 la protección de los riesgos de alcanzar la cifra máxima de 136 países, seguida de los seguros de vejez, invalidez y muerte en 130; los seguros de enfermedad y maternidad están vigentes en 84 países y el seguro de desempleo en 40; por último, 63 de ellos proporcionan estipendios familiares.

Se trata, como puede verse, de acciones en pro de la salud entendida en su más amplio sentido, tanto en sus aspectos sociales como en los de asistencia médica.

Ocuparse de los procedimientos administrativos y financieros puestos en práctica en los distintos casos excede los límites de esta exposición. Valga sólo decir que el mejor argumento en favor de los mismos radica precisamente en el crecimiento general y progresivo que la seguridad social ha experimentado a escala mundial.

En general prevalece el esquema clásico de cooperación tripartita: estado, empresarios y trabajadores. En ocasiones las cuotas se fijan en función de los montos salariales; en otras, forman parte de un impuesto global establecido por el estado. Con frecuencia cajas privadas de seguridad complementan las de carácter oficial dando así distintas opciones a los beneficiarios. Al régimen nacional obligatorio suelen añadirse varias afiliaciones voluntarias.

Sin embargo aquí lo que se debe destacar es la importancia asumida por los regímenes de seguridad social dentro del contexto global de atención a la salud, es decir como parte constitutiva del modelo vigente. A este respecto, la influencia de las economías se refleja

en las diferentes coberturas de la seguridad social existentes entre los países desarrollados y la mayoría de los pertenecientes a Latinoamérica.

Mientras que en Japón, Inglaterra, Bélgica, Suiza y Dinamarca la cifra es del 100 por ciento, en América Latina sólo Costa Rica y Cuba tienen ese porcentaje; México, Brasil y los países del cono sur cubren más del 50 por ciento de la población y los restantes del continente ni siquiera abarcan la quinta parte de sus habitantes; algunos como Ecuador, Honduras y El Salvador están por debajo del 10 por ciento.

Otros factores, además del económico, causan estas discrepancias, y en primer término el índole político, cuyo papel es determinante. En efecto, al lado de los países capitalistas industrializados figuran también con el 100 por ciento de cobertura los de Europa Oriental pertenecientes al bloque socialista, ahora en vías de desintegración y en América Latina Costa Rica que, como ya se dijo, representa ejemplo excepcional, sin ser socialista ni país del primer mundo.

Lo anterior lleva a reconocer la necesidad de formular una política de salud, aplicable por los ministerios de salud o sus equivalentes en cada país. En efecto, sólo así es posible hacer frente a los costos más elevados de la atención a la salud, magnificados aún más por el compromiso de extenderla a la mayoría de la población.

Solamente un órgano rector reconocido como tal, e investido de las facultades correspondientes, es capaz de armonizar y coordinar todas aquellas agencias públicas y privadas que contribuyen al bienestar individual y colectivo, fundamento mismo de la salud. De igual manera, cuando ésta se quebranta, las acciones de asistencia médica serán más concentradas y podrán utilizar racionalmente los recursos si obedecen a una organización coordinada que siguiendo directrices y procedimientos homólogos persigan los mismos fines. Por consiguiente a los ministerios de salud o sus equivalentes competen en materia de política de salud las funciones de normar, planear, programar, evaluar, coordinar, informar y gestionar recursos financieros.

También tendrán a su cargo el desempeño de funciones operativas en tres grandes vértices: asistencia médica, salud pública y asistencia social.

Debe buscarse un equilibrio entre los dos géneros de funciones: las rectoras y las operativas, siendo la tendencia general el reforzamiento de las primeras en detrimento de los servicios.

El traspaso de alguno de estos servicios a otros componentes del sector salud ha venido haciéndose paulatinamente en México desde la pasada administración.

La Secretaría de Salud ha reforzado su interés en la

operación de institutos de salud en los cuales la elevada calidad de la práctica médica se vincula estrechamente con las investigaciones científicas que realizan.

La atención primaria de salud, nuevo enfoque conceptual y operativo, sin duda representa el impulso más vigoroso que la atención a la salud ha recibido en los últimos años.

Es aplicable en todos los países y en particular en los todavía rezagados en el proceso de desarrollo. Aceptada por la región de las Américas desde la reunión de Alma Ata (1978), persiguen en última instancia reducir las desigualdades existentes entre los grupos humanos. Empeñada en este esfuerzo extiende sus beneficios a toda la población y no sólo a los grupos postergados. Esto ha de lograrse mediante la más activa colaboración social y con el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles. Supone, mediante la más activa colaboración social y con el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles. Supone, así mismo, la obligada existencia de una política nacional de salud capaz de aplicar y evaluar debidamente los componentes estratégicos derivados de la atención primaria o estrategia principal.

Se consideran estrategias secundarias las siguientes:

- Extensión de la cobertura de servicio de salud y mejoramiento del ambiente.
- Organización y participación de la comunidad.
- Desarrollo de la articulación intersectorial.
- Desarrollo de investigación y tecnología apropiadas.
- Disponibilidad de insumos y equipos críticos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento del sector salud.
- Cooperación internacional.

Este es el marco general de referencia dentro del cual tienen cabida los problemas específicos de salud correspondiente a los distintos países.

Habrà que empezar por identificar claramente las prioridades de esos problemas siguiendo los criterios ortodoxos de trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad pero sin perder de vista que las decisiones son, en última instancia, de carácter político. La identificación correcta de prioridades redundará necesariamente en una asignación racional de los recursos con el ahorro consiguiente.

Un paso más llevará a la formulación de programas concretos. Es decir, yendo de lo general a lo particular quedará entonces concluido el proceso de planeación según esta secuencia: estrategia primaria, estrategias secundarias, determinación de prioridades y, por último, formulación de programas.

La estrategia de atención primaria de salud por una parte y la rectoría del ministerio de salud, por la otra, habrán sido los dos elementos esenciales involucrados

en la planeación del modelo de salud por seguir. Y lo que es más importante, la conjunción de ambos hará posible el tránsito de la planeación a la ejecución.

Sólo así podrá fructificar el esfuerzo coordinado de instancias públicas y privadas que, escuchando la voz de la comunidad y aprovechando su enorme potencial, descubre y aborde los problemas existentes en todas las localidades, las cuales, sumadas unas con otras, darán fielmente el panorama nacional.

Ante el costo creciente de la atención a la salud y, a despecho del modelo adoptado, su financiamiento representa un obstáculo de primera magnitud. Sortear este obstáculo será posible únicamente, repito, con el esfuerzo decidido y organizado de todos los miembros de la comunidad siguiendo la estrategia de la atención primaria y bajo la rectoría del Estado.

Elegir adecuadamente entre múltiples opciones pone a prueba la capacidad de juicio y de negociación con el fin de lograr la verdadera equidad según la cual bienes y servicios se reparten no de acuerdo a las aportaciones económicas sino en función de las necesidades. El financiamiento del modelo de atención a la salud debe contribuir eficazmente al logro de la justicia social.

Referencias

1. Fulcher D. Sistemas de Asistencia Médica. Ginebra: O.I.T. 1975.
2. Roemer M. Strengthening Ministries of Health of Primary Health care. Ginebra, Suiza: O.M.S. 1986.
3. Social Security Programs Through the World 1987. U.S. Department of Health and Human Services. Research Report No. 61.
4. Soberón G y col. El Sistema Nacional de Salud y la Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud. México, D. F.: Miguel Angel Porrúa 1986.
5. Soberón G. El Cambio Estructural en la Salud. Sal Pub Mex 1987; 29: 2.
6. La Seguridad Social en la perspectiva del Año 2000. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional de Trabajo. 984.
7. El Cambio Estructural en la Salud. El Financiamiento de la Salud. El Colegio de México, Centro de Documentación y Archivo. Sociedad en América Latina, Ginebra, Suiza: O.I.T. 1986.

IV. La influencia de los estudios previos y de los servicios de salud en que se educa

OCTAVIO RIVERO-SERRANO*

Todos los esfuerzos que conlleva la enseñanza de un estudiante, en los distintos niveles, deben encaminarse

* Expresidente.

a lograr la excelencia académica, esto es, la mejor preparación posible para que los conocimientos adquiridos permitan al estudiante desempeñarse con eficacia y contribuir con su esfuerzo a la productividad y desarrollo del área motivo de sus estudios. No se trata de un concepto elitista en el sentido peyorativo que algunos pretenden darle, sino de aprehender el esfuerzo enseñanza-aprendizaje en su trascendencia real en un mundo en el que sólo los mejor preparados, a cualquier nivel, son quienes pueden realmente, con su esfuerzo, contribuir a nivelar las desigualdades sociales, disminuir los rezagos en la ciencia, la tecnología y la cultura y, ser capaces de crear, con su esfuerzo productivo, distributivo y social, una mejoría en las condiciones de vida del ser humano dentro de la compleja sociedad actual.

Es necesario aceptar lo anterior como parte de la cultura popular, ya que ésta constituye el soporte natural y necesario para que se produzcan, en los diversos niveles de enseñanza, incluida la enseñanza superior y la investigación, niveles de excelencia constantes y uniformes, y dejen de aparecer como casos de excepción.

En lo que toca a la profesión médica, es necesario preparar al estudiante de modo que logre la adecuada comprensión de los conocimientos científicos y tecnológicos, pero antes de eso infundirle sólidamente los valores culturales y humanistas.

Hasta hace años era común la controversia sobre si la medicina es una ciencia o un arte. Ni lo uno ni lo otro. Hoy es claro que conforma una profesión compleja, nutrida y apoyada en diversas ciencias naturales o exactas, como la biología, la bioquímica, la física o las matemáticas; sociales o humanas como la psicología individual o social, la sociología, la filosofía y la historia. Que la ejercen mejor y con más profundidad quienes, a estas capacidades científicas, añoran la habilidad para conocer y dominar los avances técnicos como la física de las radiaciones, el lenguaje de las computadoras y, mejor todavía, quienes a todo esto suman la capacidad de conocer mejor la naturaleza humana comprendiendo la angustia en Mahler, la locura y el genio artístico de Van Gogh, o la belleza plástica de la Pietá de Michelangelo.

En el perfeccionamiento de la educación médica y en el de otras áreas-, así como en el desarrollo y valoración de las profesiones, influyen diversos factores. Un análisis somero permite observar que varios aspectos del medio en que se desenvuelven las han ido modificando: el avance y consolidación de los conocimientos y valores tradicionales, de los valores históricos, artísticos y culturales; en algunas más claramente el desarrollo de las ciencias, y los avances tecnológicos; y, casi en todas, la capacidad de aplicación de estos valores universales de la cultura actual con tantos avances científicos y tecnológicos para el servicio de la humanidad. En

la mayor parte de las profesiones (y la medicina es el mejor ejemplo), se lograría aportar mayores beneficios al hombre aplicando mejor lo que ya se sabe, que sabiendo más.

Concibo en el propósito original de este simposium analizar todas las condiciones que deben rodear la enseñanza de los alumnos en las escuelas de medicina para preparar buenos médicos, orientados a curar pero también a prevenir las enfermedades y a procurar la salud de las comunidades. Muchas cosas podría decir sobre la forma como considero las condiciones ideales de enseñanza en las escuelas a fin de alcanzar la educación integral de los alumnos. Esto es, la información, la instrucción, la capacitación para resolver problemas, el entrenamiento clínico, el valor de la medicina preventiva y de la medicina social, la comprensión del método científico y del valor de la investigación y del desarrollo de las actitudes necesarias para usar todo este bagaje educativo sólo con un fin: el servicio de los enfermos y de las comunidades sanas.

Sin embargo, estos temas serán tocados por otros ponentes. Yo analizaré cuáles son las condiciones ideales que favorecen el que ésta preparación integral se logre mediante la organización educativa en las escuelas de medicina bajo la influencia de dos factores: la preparación que obtienen los alumnos en estudios previos y las condiciones de enseñanza-aprendizaje en un segmento ineludible en la enseñanza de los médicos, las que se dan en los servicios clínicos. Este análisis propone que no se puede acceder a la educación médica integral si el esfuerzo se limita sólo al breve tiempo que pasa el alumno en las aulas de la escuela; durante la enseñanza básica, este es un esfuerzo que se debe iniciar mucho antes, dentro del ámbito educativo en el que se prepara, del que proviene, y en los servicios clínicos, el ámbito de servicio y educativo al que va.

Antes de ingresar a la carrera de medicina existen aspectos de instrucción y formación que le permitirán al estudiante afrontar no solamente los estudios de esta carrera sino después de ejercerla con éxito en los varios niveles de atención donde puede desenvolverse. Un estudiante instruido, capacitado y educado integralmente, puede desempeñarse igual como médico general en la llamada atención primaria o en la especialidad más moderna.

Sin embargo, hay aspectos de formación indispensables de obtener durante los estudios previos. Las escuelas de medicina realizan cursos propedeuticos o talleres de diversa índole, previos al ingreso, que constituyen esfuerzos loables tendientes a compensar posibles deficiencias. Pero los aspectos de formación preparatorios deben ser adquiridos en forma constante y paulatina mediante años de trabajo tanto del estudiante como de

sus guías, tutores o maestros. A lo largo de su tiempo de preparación puede, por ejemplo, adquirir la capacidad de comprender lo que lee al estudiar; sino es así, resulta difícil aceptar que la va a adquirir en un curso o taller propedéutico previo a los estudios profesionales.

Varias son las áreas que deben cubrir los estudios preparatorios, e incluyo en éstos aún los previos a los comúnmente conocidos con este nombre.

La educación integral se logra cuando se comprenden mejor los múltiples aspectos de formación que a ella tienden. Es necesario considerar la información, la instrucción, la capacitación, el método de aprendizaje, la organización para el estudio, la capacidad de resolver problemas, la aproximación y comprensión del método científico, el acercamiento o lejanía -propiedad o extrañeza- con que se comprenden aspectos de desarrollo tecnológico y la misma actitud que el alumno presenta ante la profesión que forma parte de la actitud del alumno ante la vida, aspectos todos ellos que constituyen la educación integral.

La información que un alumno debe obtener, tanto la previa al ingreso a los estudios profesionales como la propia de la profesión, ha aumentado en las últimas décadas de grado que se antoja imposible acceder a su adquisición; es imposible pretender que un alumno tenga una formación enciclopédica en los tiempos actuales, por lo que ahora más que nunca es imprescindible, más que pretender proporcionarle la información en una relación pasiva estudiante-profesor, desarrollarle la capacidad de adquirirla en las áreas en que va siendo necesaria en los diversos niveles de estudios.

Por cierto, y en relación con el tema de la información previa necesaria para estudiar medicina, hasta hace poco las escuelas insistían en privilegiar los estudios biológicos y de otras ciencias naturales. Recientemente, el informe GPEP de la Asociación de Colegios de Medicina Estadounidenses, pone énfasis en una preparación balanceada entre ciencias naturales, sociales y humanidades, como requisito ideal, y en limitar el volumen de información.

Antes y durante la carrera es imprescindible circunscribir la información y sustituirla por acciones que despierten el interés en la búsqueda del conocimiento, por desarrollar valores y actitudes, así como en el convencimiento de que el saber sólo lo tendrá quien tenga interés en buscarlo.

La instrucción debe ser considerada como un requisito de la educación integral; y, mientras más se avanza en el grado de escolaridad, se hace más necesaria. A un alumno de grados inferiores no sólo se le informa del proceso de germinación de las semillas, sino que se le hace practicar de forma rudimentaria la germinación de

algunas de ellas; más adelante, en secundaria y preparatoria, además de proporcionársele información sobre muchas áreas (electricidad, telefonía, derechos civiles, bases de la transacción comercial, leyes que rigen las reacciones químicas o los procesos biológicos, lenguaje de las computadoras) se complementan los aspectos teóricos con la instrucción práctica: lo mínimo sobre el funcionamiento de algunos aparatos eléctricos, cómo realizar un trámite en un juzgado o un trámite comercial o financiero y, ya no digamos, cómo utilizar implementos de uso común en un laboratorio o gabinete de computación, ejemplos todos de cómo la instrucción resulta indispensable en la educación moderna para capacitar al alumno preparatorio o confirmar sus estudios profesionales.

Aquí me permitiré una breve digresión, no tan ajena al tema: ¡qué pena que se haya dado en llamar a este nivel de estudios, estudios preparatorios! Cuánto bien haría al desarrollo del país, a su economía, a las satisfacciones legítimas de cientos de miles de jóvenes y sus familiares, de su desarrollo y economía personal y familiar, que fueran en muchos casos estudios terminales, con instrucción, formación y capacitación para cientos de formas de trabajo digno y estable. La economía de muchos países europeos descansa en haber comprendido este concepto y el buen nivel de vida que disfrutaban cientos de familias en esos países proviene de ello.

Es indispensable que el aprendiz de médico reciba durante su carrera instrucción y capacitación; no basta la información y menos cuando ésta es pasiva; debe ser instruido para capacitarse a resolver problemas; en un principio los problemas propios del desarrollo de experimentos químicos, biológicos y de la experimentación en animales; después, a lo largo de los años clínicos, para ser capaz -efectivamente capaz- de poner bien una venoclisis, explorar correctamente a un enfermo, interpretar análisis o radiografías, hasta llegar a estar íntegramente capacitado para, a través del estudio clínico, orientarse en la posibilidad de diagnóstico y tratamiento.

El método de aprendizaje importa mucho. A propósito me refiero a aprendizaje y no a enseñanza. Se llega más al conocimiento a través de inducir al alumno a buscarlo, a enseñarle a buscarlo. Con frecuencia, en los años previos a los estudios profesionales, la enseñanza es verbalista, el alumno adopta una actitud pasiva y se malacostumbra a este método que no lo hace buscar el conocimiento en forma activa, que deforma en vez de formar un estudiante. Durante los estudios médicos en algunas escuelas prevalece el error las prácticas en el laboratorio, las disecciones en el cadáver, los experimentos y la práctica quirúrgica en animales y aún las

discusiones a la cabecera del enfermo y las sesiones clínicas de diversa índole, pero todas con grandes posibilidades de aprendizaje y de invitación al estudio, son mínimas en proporción al número de conferencias que en el mejor de los casos sólo se limitan a informar. Recuerdo el caso patético de los residentes del hospital que me desempeñé como Jefe de Enseñanza en los años setenta, que intentaron hacer una huelga para presionar (por que se impusiera un programa de enseñanza que incluyera de tres a cuatro horas diarias de conferencias teóricas! Y esto en donde a la cabecera de los enfermos, con sus médicos, en patología y en las múltiples sesiones que entonces había, se encontraba una mina inagotable de conocimientos para el que quisiera hacer el esfuerzo de obtenerlos. Equivocación considerable de alumnos ya mayores, deformados por la enseñanza pasiva, método que hay que sustituir radicalmente en la enseñanza media superior.

Este método de estudio erróneo acarrea una consecuencia inevitable desde los secundarios y preparatorios y que se prolonga en los superiores: no crea hábito de estudio. En los cursos previos a la profesional los alumnos consideran que, al asistir a las conferencias sobre diversas materias se han expuesto -como quien se expone a los rayos del sol- a los conocimientos los suficientes como para haberlos adquirido, sin comprender que las conferencias son, en el mejor de los casos, un resumen, un mecanismo que se utiliza para despertar interés sobre un tema que el alumno debe profundizar estudiando. Quienes carecen del hábito de estudiar, que supone la práctica de la lectura, es posible que al término de los estudios preparatorios se enfrenten a textos de química, biología y filosofía que leen pero no comprenden.

En el caso de los médicos, los hábitos de lectura y estudio son imprescindibles no sólo durante la carrera sino por el resto de su vida médica, so pena de ejercer como meros practicantes, faltos de conocimientos actualizados. Los talleres de estudio, las actividades tutoriales donde un profesor orienta al alumno sobre qué debe leer para estudiar un tema, los seminarios de discusión de temas por alumnos, conforman algunos de los recursos que deben sustituir y disminuir el número de horas de conferencia en los estudios preparatorios y los profesionales. Otros recursos en este sentido son los seminarios, las discusiones coordinadas, la presentación de temas revisados por alumnos, reuniones todas donde los alumnos participan activamente y el profesor orienta y coordina.

Todos estos aspectos constituyen la educación integral y deben ser tomados en cuenta al organizar los estudios de medicina. Mas son esfuerzos que no pueden

iniciarse en un periodo ya avanzado; se precisa que la información y cómo obtenerla, la instrucción y capacitación, los métodos de enseñanza activa, los hábitos de lectura y de estudio sean parte de la formación escolar mucho antes de iniciar los estudios médicos.

En el caso particular de la medicina se da, entre otros, un elemento fundamental: la actitud. Esta, ante la medicina, constituye en un alumno parte de su actividad ante la vida. Un alumno que quiere ser médico precisa necesariamente de una actitud de servicio, un auténtico sentido de solidaridad humana a la par que un profundo respeto por la ciencia y admiración y entusiasmo por el avance tecnológico.

Se piensa que el método científico es exclusivo de los investigadores; no es así. El alumno de medicina debe comprenderlo obligadamente y adoptarlo en su vida. Bien trabajado, un acto médico sencillo puede ser realizado como un acto científico.

El desarrollo científico y la innovación tecnológica son indispensables en la vida de las sociedades modernas. Formar parte de la cultura renacentista del mundo de hoy que engloba a las ciencias, las humanidades y la tecnología a condición de que contribuyan, en último análisis, al servicio del hombre. El grado en que la amplia cultura de hoy pueda permear a las mayorías se traducirá en un mayor o menor nivel de cultura popular. Cuando un país comprende lo anterior y es capaz de transmitir ciencia, humanismo, cultura e innovación tecnológica a todos los niveles de los estudios previos a los profesionales y aún a la cultura popular, consigue que los alumnos, al llegar a ellos, no se sientan ajenos, extraños, en un mundo de ciencias, tecnología, humanismo, ciencias sociales y artes que es el mundo en que debe desenvolverse la vida en los estudios profesionales. Es difícil imaginar un sistema educativo de excelencia floreciendo en un ámbito de cultura popular nutrido casi exclusivamente por la televisión. Sería exótico un nivel académico de excelencia en un país de ínfima cultura popular.

En el otro aspecto, los estudios médicos requieren del apoyo de los servicios de atención a los enfermos para que el alumno aprenda la medicina clínica en el mismo sitio donde ésta se genera. Sin este ejercicio los estudios médicos correrían el riesgo de convertirse en pura especulación teórica. El estudio de la medicina clínica al lado de los enfermos induce al alumno a estudiar los aspectos teóricos de los problemas que observa en la práctica; lo instruye sobre procedimientos de diagnóstico y tratamiento y, por tanto, lo capacita en forma progresiva para enfrentarse al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; le hace conocer los recursos con que cuenta la medicina moderna y, además

lo forma en diversos aspectos: si el sitio donde aprende la medicina clínica tiene buen nivel académico lo induce a pensar, analizar y sintetizar dentro de los lineamientos del método científico; le permite observar y participar en proyectos de investigación; en algunos servicios, quizá los menos usados proporcionalmente, lo acerca al uso de los grandes recursos científicos y tecnológicos con que se hace medicina cuando la índole de la enfermedad lo justifica y, al mismo tiempo, lo lleva a conocer las limitaciones con que éstos recursos deben usarse; en otros servicios aprende cómo, aún sin ellos, con un buen ejercicio clínico un 80 por ciento de los problemas médicos puede ser resuelto. El aprendizaje en docencia-servicio ayuda además a irle despertando una actitud adecuada de servicio a los enfermos.

No puede concebirse la preparación completa de un médico sin la asistencia durante buena parte de su preparación a los servicios clínicos.

Desde los comienzos de la enseñanza de la medicina la transmisión de conocimientos del maestro al alumno, situados a la cabecera del enfermo, constituyó la base de la enseñanza clínica. Durante siglos esta enseñanza tutorial maestro-alumno fue la base de la formación de los médicos. Los estudios teóricos preparatorios a la clínica cobraron forma cuando empezaron a surgir las grandes universidades durante la primera mitad de este milenio.

Mucho se ha escrito en fechas recientes sobre el lugar donde deben aprender clínica los alumnos. Tiempo atrás, más precisamente, en este siglo, la enseñanza se centró en los hospitales, en especial los públicos. Cuando las tendencias de la atención médica privilegiaron la construcción de hospitales de especialidades, en forma natural la enseñanza clínica fue conducida hacia esos sitios.

A tal grado influye la organización de la medicina en la formación de los médicos.

La excepción son las escuelas que crearon sus propios hospitales y servicios clínicos. Sin duda éstas tienen un sinnúmero de ventajas a condición de que sea pequeña la escuela y que no se desarrolle un servicio clínico-hospital tan idealizado, tan alejado de la realidad social. Recuerdo un hospital que visité en un país sudamericano donde se efectuaba un experimento educativo y los servicios clínicos de enseñanza eran ideales, de primer mundo, todo para que al salir los médicos recién formados se enfrentaran a la realidad de zonas pobres, marginadas, donde la patología -que ellos desconocían en su hospital ideal- era diferente y ajena a su entrenamiento.

La organización misma de la atención médica ha sido obligada a reflexionar y revisar la excesiva importancia que se dio a las especialidades a mediados de este

siglo y se ha propuesto un esquema de atención a la salud en tres niveles: el llamado contacto primario, que se supone debe resolver el 80 por ciento de todos los padecimientos y que se proporciona en clínicas y consultorios; el nivel secundario, que proporciona las cuatro especialidades básicas y se da en hospitales generales y debe resolver el 15 por ciento de todos los problemas incluyendo los quirúrgicos; y el tercer nivel, caro y muy refinado, donde los especialistas deben ocuparse sólo del 5 por ciento de todos los problemas de salud. Planeada en este simplismo, la tendencia lógica es conducir la enseñanza de los médicos casi exclusivamente al primero y segundo niveles de enseñanza donde teóricamente alcanzarán a aprender y a capacitarse para resolver el 95 por ciento de todos los problemas médicos y quirúrgicos de la población. Sin embargo, no es tan sencillo el asunto de la distribución de alumnos para la enseñanza clínica. Se podría plantear en forma semejante a la aparente disyuntiva entre prepararlos para curar individuos o prevenir la enfermedad y procurar la salud de las comunidades, que como he dicho tiempo atrás, se trata de un asunto de "además de" y no "en vez de". No creo que el péndulo deba moverse ahora al otro extremo, y menos estacionarse, ni predominantemente en los hospitales ni exclusivamente en la medicina general, sin excluir ningún sitio donde se aprendan valores fundamentales.

No discuto la validez de la tendencia hacia la medicina general; quiero reflexionar sobre el grado de su uso como servicios de entrenamiento clínico y las estrategias para lograr lo fundamental: formar buenos médicos. A riesgo de ser repetitivo, quiero analizar las condiciones bajo las que se debe dar la enseñanza clínica para que cumpla con las condiciones de lograr la educación integral que antes he analizado, ya sea una clínica, un consultorio o un hospital. Un servicio clínico es bueno para la enseñanza cuando cuenta con profesores capacitados para informar y enseñar a buscar información a los alumnos -estudiar y enseñar a estudiar-, para instruirlos en métodos de diagnóstico y tratamiento, esto es la enseñanza tutorial desde los más sencillos hasta los más complicados, enseñando de estos últimos la necesaria restricción en su uso. Se debe empatar el acto médico con un acto científico, inducir a los alumnos a la búsqueda de nuevos conocimientos, esto es, a la investigación y desarrollarles actitudes de servicio y solidaridad humana. En el grado en que un servicio clínico es capaz de proporcionar al alumno estos elementos formativos, es bueno para la enseñanza. Y dado que en los estudios médicos de la mayor parte de las escuelas de nuestro país, la enseñanza clínica se da en servicios clínicos de los diversos segmentos del sistema

de salud, la formación de los estudiantes, quiérase o no, está marcada por el sello de los servicios clínicos donde los alumnos han estudiado.

Durante años, en muchos países se ha procurado inducir a más y mejores médicos al ejercicio. Hay quienes piensan que éste perfil del médico se logrará induciéndolo casi exclusivamente a través de los esfuerzos curriculares de las escuelas; no niego la importancia de tal sistema pero la contraparte obligada de esta formación son los buenos servicios médicos del llamado contacto primario, es decir, muy buenos consultorios y clínicas de medicina general.

Los alumnos irán gratificados a prepararse en ellos para esa dura práctica de la medicina general y después buscarán como elección entusiasta su ejercicio.

Por otra parte, la estrategia para fomentar la medicina general requiere el privilegio profesional económico y social de la atención médica de este nivel, su solidez académica, y una buena organización. Así los alumnos podrán formarse en buenos médicos a este nivel y por sus atractivos se sentirán atraídos auténticamente para ejercer esta difícil y pesada tarea médica, quizá la más difícil de todas.

Hay países europeos, Inglaterra por ejemplo, donde esto se ha logrado en gran parte; los alumnos se forman en las clínicas de medicina general y también en los hospitales. Y, al salir de las escuelas, prefieren ejercer la medicina general que les ofrece mayores atractivos profesionales, económicos y sociales. Por cierto que en ese país los alumnos provienen tanto de proyectos curriculares tan novedosos como el de la Escuela de Medicina de Southampton o tan tradicionales como el de Oxford. Considero que en México, como consecuencia natural del prestigio y reconocimiento de la medicina general, en el siglo pasado y principio del actual se formaron magníficos médicos generales, muchos de los cuales llegaron a ser venerables miembros de esta corporación.

Resumo. En el caso de la formación de un médico general acepto el valor del esfuerzo curricular, pero considero indispensable formación donde se ejerza medicina general de excelencia académica y en la que el futuro del médico general sea igualmente atractivo, sino es que más, que el futuro profesional, académico, económico y social del especialista.

En lo que respecta a los médicos generales y especialistas, el reconocimiento que la medicina alcance como profesión en el país, el aprecio que sientan por ellos las instituciones, así como un nivel socioeconómico digno, influyen también para inducir la formación, la entusiasta entrega de los futuros profesionales de la medicina.

La orientación que tome un estudiante está influenciada por todos los factores señalados a lo largo de este trabajo. El perfil de formación -pienso- no presenta la menor duda: es formar buenos médicos.

Para mejorar nuestra educación debemos esforzarnos todos en hacer del nuestro un país culto, en el que a los valores históricos y tradicionales se sumen, a nivel de cultura popular, la ciencia, la tecnología y el valor sin discusión de los derechos humanos y sociales. Surgirán así no sólo escuelas de medicina de alto nivel sino, en forma simultánea y como corresponsables naturales del fenómeno educativo, estancias escuelas primarias, secundarias y preparatorias. Por otra parte, impulsando la mística del médico, será más fácil integrar servicios de atención a la salud que tengan nivel académico, donde la atención médica preventiva y curativa se ejerza con prontitud, eficiencia y alto grado de solidaridad. Es éste un esfuerzo a nuestro alcance y necesario, del cual somos corresponsables profesores, estudiantes, administrativos y funcionarios.

V. La influencia de los planes de estudio en la operación de los servicios de salud

JOSE LAGUNA*

Es muy difícil, si no imposible, determinar en nuestro medio la influencia de un plan de estudios de la carrera de medicina y de sus distintos programas, sobre el tipo y las características de los servicios prestados por las instituciones de salud. Permítaseme analizar el problema a partir de sus distintos componentes.

En México, la mayor parte de las escuelas y facultades de medicina pertenecen a universidades públicas y el Estado, como tal, es el responsable mayor del otorgamiento de recursos a los planteles. El apoyo estatal también existe para las escuelas de medicina privadas, pues éstas, como las públicas, dependen en gran parte de las instalaciones médicas oficiales para el entrenamiento de sus estudiantes en materia de enseñanza clínica, internado, servicio social y residencias del postgrado.

El Estado cumple, al apoyar el aparato educativo, con su responsabilidad de facilitar a algunos miembros de la sociedad su ingreso a los estudios superiores en medicina y la posibilidad de desempeñarse profesional-

* Expresidente.

mente en este campo. Por otro lado, el mismo Estado necesita a los egresados de las escuelas y facultades para proporcionar atención médica y de salud a la población, ya que él es el principal responsable de esta tarea, ejercida a través de las instituciones de salud y de seguridad social. Esta dualidad del Estado, como educador y como empleador, origina un conflicto de intereses en los planteles educativos, los cuales, por un lado, buscan o desean una alta calidad en el proceso de esta formación de médicos pero, por otro, se ven presionados para aceptar una demanda excesiva, con el riesgo de exceder su capacidad docente y disminuir su nivel académico. En mayor o menor grado en todas las escuelas de medicina en México, existe un desequilibrio entre su capacidad docente, en función de los recursos disponibles, y la calidad de la preparación de sus estudiantes.

Otra restricción importante reside en la dificultad para valorar en los futuros profesionales lo que se refiere a su posible desempeño y competencia en los sitios donde prestarán sus servicios. En las escuelas de medicina la mayoría de las evaluaciones consiste en exámenes que miden, a corto plazo, un cúmulo de conocimientos (y rara vez habilidades) que se supone fueron imbuidos en los estudiantes a través de los profesores. Los objetivos educacionales habitualmente se estructuran alrededor de materias o disciplinas muy específicas, siendo que en esencia, todo acto médico o de salud, individual o comunitario, requiere de la perspectiva multidisciplinaria. El examen nacional para las residencias médicas se ha tomado, erróneamente, como indicador de calidad para cada una de las escuelas en función del número de sus graduados admitidos a dichas residencias. Sin duda el examen nacional es objetivo y quizás hasta tenga un componente intrínseco de justicia, pero en realidad sólo mide la posesión de los conocimientos necesarios para pasarlo. Esta evaluación no puede indicar el grado en que la educación general (e insisto en el término general), lograda a lo largo de la carrera haya dotado a los graduados no sólo de los conocimientos, sino también de las habilidades y destrezas y las actitudes y los valores que va a requerir el médico a lo largo de toda su vida profesional, con 35 ó 45 años de actividad.

Otra limitación para nuestro análisis: no existen estudios de seguimiento de graduados, ya sea que se dediquen a la práctica médica general, a alguna especialidad o subespecialidad, a alguna área conexas y, menos aún, de los que se desempeñan en los dos diferentes universos de la medicina, el sector público o el privado.

Otro factor por considerar es la falta de precisión de las escuelas para especificar, sobre todo en lo referente a la clínica, los conocimientos, las destrezas y las actitu-

des que los estudiantes deben adquirir como base de una sólida formación profesional del tipo general (e insisto nuevamente en lo general). La enseñanza clínica se sigue basando en la asistencia a cursos de duración variable, cada uno de los cuales constituye una experiencia aislada y cuyos profesores valoran sólo la adquisición de conocimientos en su disciplina particular. En el nivel de la educación de pregrado tiene gran peso la instrucción en los hospitales, de modo que es difícil distinguir la preparación necesaria a todo médico al estudiar la carrera de medicina, de aquella necesaria para la formación especializada de las residencias. De aquí que un buen número de estudiantes definan sus intereses e inicien su entrenamiento en una especialidad, prematuramente, durante el propio curso de la carrera. El peso específico de los especialistas formados en los hospitales de las instituciones seguirá creciendo, debido en gran parte a los rápidos avances y los nuevos desarrollos tecnológicos para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades, desarrollos que en el futuro serán uno de los componentes más importantes de la educación del médico.

Otra limitación para lograr que la educación médica de pregrado tenga impacto en el tipo y la calidad de los servicios de salud radica en que el médico institucional en realidad recibe su adiestramiento final en las residencias de posgrado, en programas muy vinculados a las normas y actividades institucionales determinadas y realizadas en los hospitales de cada una de las instituciones.

Otra limitación: tanto en el pregrado como en la residencia se educa a los médicos no para lo que podrán enfrentar a diez ó más años de distancia, sino para resolver problemas comunes del presente. Es decir, en materia educativa en general no se hacen esfuerzos de planeación, ni estudios de prospectiva; no se analizan los posibles escenarios al mediano plazo; no se establecen las proyecciones pertinentes para vincularlas a los planes de estudio; no se toman en cuenta los problemas médicos emergentes: aquí podemos incluir muchos asuntos relacionados con los sistemas de atención de salud que pueden dominar en el futuro, por ejemplo, la importancia comparativa de la medicina de la seguridad social en relación con la de la asistencia pública o la privada o la emergencia potencial de agencias aseguradoras o de esquemas de pre-pago y también la atención a grandes masas o a grupos específicos de riesgo, etc. En el campo médico propiamente dicho, los cuestionamientos se dirigirían a preguntarnos si estamos entrenando a nuestros estudiantes para contender con los que en el futuro, con seguridad, serán problemas importantes: la atención de los ancianos, los problemas

crecientes de salud mental, las violencias, las adicciones, la contaminación ambiental, la invalidez, etc. El cuestionamiento lo podemos hacer más general: ¿estamos educando al estudiante a tener la curiosidad para obtener la información necesaria y para usarla para la solución de cualquier problema de salud convencional o emergente?, es decir, ¿estamos inculcando en él las características que lo conviertan en un estudioso independiente y permanente para toda su vida?

Sigo con mi sombría lista de dificultades para lograr que los planes de estudio tengan un impacto sobre el tipo y la calidad de los servicios impartidos: los médicos se educan, bajo la vigilancia de la universidad, en diversos sitios -centros de salud, hospitales, etcétera- pero, en su práctica profesional, quedarán ubicados en los diversos subsistemas de salud (incluso en la práctica privada), muy desconectados entre sí y con gran heterogeneidad, donde realizarán fundamentalmente las actividades consideradas como prioritarias para las diversas instituciones.

En concreto, a pesar de los deseos de las escuelas de medicina expresados en sus planes de estudio, la definición de políticas por parte de las instituciones de salud o los planes para ponerlas en práctica, está muy alejada de los propósitos universitarios señalados atrás. En teoría las instituciones de salud se beneficiarían con el concurso de la universidad para identificar prioridades, apoyar programas y evaluar progresos, pero en el mundo real no se han tomado en cuenta estas posibles contribuciones.

Deseo, para terminar, hacer un breve análisis de algunas posibilidades para avanzar en esta situación:

1. Dirigir la atención a asuntos, programas o materias muy específicos, con base en un compromiso de intención efectiva entre escuelas y facultades de medicina y las instituciones aplicativas; quizás en el momento actual los campos más propicios podrían ser los vinculados con la medicina familiar o la atención primaria, pues son los más relegados por los intereses institucionales y los más urgidos de obtener una mejora en la calidad de la atención. Se podría hacer el seguimiento estudiando el grado de satisfacción del usuario, así como analizando ciertos indicadores en cuanto a logros definidos en el proceso, o los resultados de la atención de los individuos en los centros de salud, o su referencia al segundo nivel.

2. Otra posibilidad se dirige al maestro de clínica, a fin de que acepte y desempeñe su doble papel de médico, responsable de la atención, y profesor, responsable de la formación del estudiante. Este "médico-profesor" se convierte en el personaje central, pues, por un lado,

define el tipo de servicios que se le otorga a los usuarios y, por otro, sirve de ejemplo al estudiante. Cuando el "médico-profesor", por razones administrativas o jerárquicas, o por desinterés e indiferencia hacia el proceso educacional, se limita a cumplir burocráticamente con las reglas impuestas por la institución (número de enfermos atendidos, tiempo dedicado a cada uno de ellos, tipo de relación médico-paciente, estilo de elaboración del expediente clínico, manejo de la prescripción, etc.) su influencia como agente formativo o su impacto en el otorgamiento del servicio será muy limitado. Mientras la doctrina del programa no se refleje en la actuación del "médico-profesor", poco podrá esperarse del proceso. Existen métodos apropiados -listas de cotejo, estudios de sombra, estudios de opinión, etc.- para evaluar la actuación del médico e, indirectamente, de la calidad de los servicios impartidos.

3. Finalmente, se puede hacer un esfuerzo de coordinación dentro del esquema del pensamiento en sistemas, como lo define la propia teoría de sistema: definir los objetivos del sistema, como un todo, y después definir sus componentes o subsistemas (que actúan sinérgicamente entre ellos y, finalmente, permiten que el todo sea más que la suma de sus partes), así como sus interrelaciones son los factores externos que los modifican y los cambios que deben fomentarse a fin de hacer al sistema más eficiente en cualquier circunstancia. Con esta perspectiva, el asunto del impacto de la educación sobre el tipo y calidad de los servicios no recae sólo en las escuelas de medicina, pues tratándose de acciones de salud, en el sistema de salud participan cuando menos tres actores: los estudiantes, los profesores, los médicos encargados de los servicios (que además, funcionalmente, son los mismos, los que hemos llamado los "médicos-profesores") y los usuarios. Pensar y actuar como sistema es difícil: en México dominan las actitudes profesionales feudales, aislacionistas y celosas defensoras de territorios; se debilita así la organización global y se propicia una situación que yo identifico con la esencia misma del subdesarrollo, es decir, aquella en la que el todo es menor que la suma de las partes, quizás debido a la generación de antagonismos y las luchas internas que nulifican todos los esfuerzos. Valdría la pena propiciar una mayor coordinación de todos los protagonistas de la educación médica, los responsables de la atención, los administradores y directores a cargo de la organización de las actividades, y los propios usuarios, a quienes se supone van dirigidos todos nuestros esfuerzos. Es preciso negociar los mecanismos operativos que ofrezcan avances efectivos en materia de formación de personal, de otorgamiento de servicios, de satisfacción de usuarios, de elevación de la calidad de la aten-

ción prestada y de mejoría del estado de salud de la población. En última instancia, lo que hagamos en materia de salud depende de nosotros mismos, ya como administradores, educadores, médicos o personal de salud, o como usuarios. Pero nuestras actitudes, que determinan nuestras conductas, se aprenden en el contexto de la realidad y en situaciones reales, donde se pueden poner en práctica dichas actitudes y donde se comprueba que, al hacerlo, se obtienen resultados favorables. La meta final sería la de acortar distancias entre los planes y los resultados, entre la teoría y la práctica, entre los deseos y las realizaciones, entre las normas y su cumplimiento, entre la retórica perfecta de las declaraciones y los logros obtenidos en la realidad y, eventualmente, alcanzar mejor salud y más alto bienestar de la sociedad mexicana, de la que nosotros mismos formamos parte.

VI. Elementos prioritarios en la formación de los médicos

CARLOS MAC GREGOR*

La información, los escenarios y la actitud de servicio

En relación a la información, un punto básico es la capacidad del alumno para aprender en forma independiente. Desde hace muchos años en nuestro país se insiste en que la información debe darse tal forma en que motive al alumno para estudiar, pero si analizamos la evaluación reciente, lo que está ocurriendo es que el alumno recibe información más todavía no genera capacidad para discriminar.

Los profesores tienen una responsabilidad muy grande. El profesor debe saber distinguir al alumno que ya desarrolló la capacidad de autodeterminación en su estudio, en cuyo caso ha de darle un desarrollo bien definido. Así mismo tiene que entender y conocer a sus alumnos, identificar al que no tiene confianza en sí mismo, al que no sabe estudiar y que por lo tanto no tiene capacidad de reflexión ni puede discriminar o elaborar conceptos. Este alumno requiere un adiestramiento diferente.

Un segundo punto es la relación entre objetivos de aprendizaje concretos y el tiempo de autoinformación que se le dedica al respecto. Es evidente que el plan de estudios de una escuela o facultad de medicina tiene objetivos para la formación de un médico general, pero lo que se requiere para el momento de impartir la

* Expresidente.

cátedra es que el maestro conozca sus objetivos, los integre en el marco de lo que son los objetivos generales y de esta manera pueda motivar al alumno para que éste, frente a un propósito concreto, logre una idea clara de qué es lo que debe estudiar. Es frecuente que los alumnos no estudien porque no cuentan con la orientación adecuada.

Al analizar las horas dedicadas a la lectura y su beneficio real, el alumno frecuentemente muestra "falta de tiempo para leer, falta de motivación, falta de criterio para interpretar lo que lee, y falta de seguridad para saber si el tiempo dedicado a la lectura está bien invertido".

Un tercer punto es la importancia que tiene la transferencia de información. La transferencia de información se debe hacer por tutores o grupos de trabajo. En las áreas clínicas y en la medicina institucional, en cualquier tipo de institución que sirva de unidad docente, es fundamental que quien practique la medicina sea además tutor; y que sea un tutor con la responsabilidad de serlo. Es frecuente disponer de conferencistas brillantes, pero es difícil tener buenos tutores. El buen tutor es el que enseña realmente día a día, minuto a minuto, aquello en que se está ejercitando. Es al que el alumno le aprende buenas y malas actitudes, aquel que lo orienta en el trabajo y lo enseña y motiva para resolver problemas pero, desgraciadamente, el número proporcional de verdaderos tutores es, en proporción con quienes ejercen la docencia, evidentemente muy bajo.

Los profesores deben utilizar métodos formativos, que obliguen al estudiante a mantenerse activo, a buscar su propia información y saber resolver problemas. Ahí se da un proceso de resistencia natural. El profesor debe estar instruido, y debe estar permanentemente en un proceso de formación educativa para ser buen tutor, para ser buen trasmisor de conocimientos. No pocos profesores son autodidactas, capaces de transmitir conocimientos, pero nunca, o muy pocas veces capaces de evaluar qué tanto conocimientos está adquiriendo el alumno.

Probablemente, y en esto también se ha hecho énfasis, a lo largo de todo el proceso curricular, lo ideal es que cada maestro en el ejercicio de la medicina general o especialidad médica, sea un promotor de los principios básicos de prevención y promoción de la salud, y que tenga una idea clara de la relación de referencia contrareferencia del paciente y la sepa integrar al interés del alumno para que este finalmente entienda qué es lo que está haciendo. Esto habitualmente no se da y por ello el alumno tiene un concepto filosófico general de los beneficios de la promoción a la salud pero sólo

eventualmente se convierte en un verdadero promotor de la salud.

Los escenarios están representados por la relación que hay entre las instituciones de salud y las escuelas de medicina. Las instituciones de salud en las que se imparten cursos de licenciatura deben tener propósitos, organización y facilidades congruentes con los objetivos de formación del médico. Los profesores deben establecer programas que les permitan ampliar su calidad docente utilizando el criterio de médico general, más que el de especialista, al impartir su cátedra.

Los profesores deben contar con el tiempo necesario para actuar como tutores. El defecto más grande en la práctica es que el profesor habilitado como tal, reconocido como tal, en nómina de la escuela o facultad correspondiente, debido a sus actividades no tiene el tiempo, o no se lo sabe dar para asumir la responsabilidad docente que le corresponde. Esto genera actividades docentes que no satisfacen las necesidades si sólo se dan en una o dos conferencias a la semana y carecen de la actitud tutorial y horas-servicio al día. Debe haber congruencia entre la posición del médico en el hospital, el tipo de paciente que atiende, sus responsabilidades asistenciales, el tiempo para cumplirlas y la forma de realizar el tutorío. Los profesores deben cuidar permanentemente que en el desempeño de sus labores resulte un ejemplo para los alumnos.

Todos nos hemos basado en modelos, tomamos un modelo y nos sirve de guía, pero si equivocamos la selección, podemos equivocar muchos propósitos de nuestra vida. ¿Cómo puede entonces el alumno tomar modelo si no los hay? ¿Si no hay ejemplos a seguir en una unidad hospitalaria, si el profesor no es un ejemplo con cada una de sus actividades, con su actitud en general y hacia los enfermos? Esto es mucho más importante en la llamada medicina institucional, en donde el profesor tiene que estar imbuido de que su actividad hacia el paciente es su actitud hacia la institución y eso es lo que el alumno aprenderá y será su sentido del ejercicio de la medicina.

Los escenarios donde se imparte docencia deben ser representativos del verdadero ámbito de trabajo para el médico, si no seríamos incongruentes con las demandas reales de la sociedad a la que servimos.

A la actitud se puede plantear como la utilidad de que el alumno entienda las necesidades de la sociedad a través de las necesidades del individuo; de no ser así se va a revertir el proceso de una sociedad a la que no entiende porque jamás entendió los elementos que la integran. El alumno debe tener una actitud de servicio congruente con los propósitos fundamentales de la medicina para ejercer el fomento a la salud y la preven-

ción específica; por lo menos para comprenderlas y apoyarlas. Por otro lado, es necesario enfatizar que para poder cumplir con los postulados básicos de la medicina, el estudiante debe conocer la relación médico-paciente, su responsabilidad, estar conciente de su autoridad, y tener un respeto total a los derechos humanos y a la autodeterminación del individuo. Así mismo el alumno debe estar conciente de que los principios éticos y morales dependen fundamentalmente de las necesidades de la sociedad, que ella los establece, que él tiene que conocer a fondo, las necesidades de la sociedad para poder entender sus derechos.

Por último, es preciso enfatizar la importancia de que el médico sea sujeto de reconocimiento y respeto por parte de la sociedad a la que sirve, pues sólo de esta manera podrá cumplir con los elevados propósitos de su profesión.

VII. La formación profesional del médico y la interdisciplina

FERNANDO CANO-VALLE

La educación es un medio que procura disminuir las desigualdades sociales; contribuye a la información de una sociedad más concientizada; transmite la herencia cultural; progresa en la evolución tecnológica y tiende al máximo evitar la dependencia exterior; da, en suma, la posibilidad más directa al cambio.

Las universidades han venido cobrando una participación cada vez más directa en la génesis misma del cambio. Existen miles de universitarios que, con su esfuerzo cotidiano, contribuyen a formar cuadros profesionales calificados, a mejorar sus procedimientos de estudio y sus mecanismos de investigación, para que el nivel de sus miembros continúe en ascenso.

Uno de los apoyos a este desarrollo en las universidades y los sistemas educativos lo representa la interdisciplina, manifiesta como un requerimiento innovador.

En realidad, la interdisciplinariedad tiene probablemente un significado diferente cuando se aísla como mera definición. Por tanto, la manera que hemos encontrado para conceptualizarla es abordar el problema y analizar qué es la interdisciplina en la medida en que realmente favorezca una enseñanza y una investigación adaptadas a la evolución del conocimiento de nuestra sociedad.

La hipótesis que sirve de base al presente trabajo sostiene que el cambio creativo de la enseñanza y la

investigación exige, y cada vez con mayor fuerza, un acercamiento a la enseñanza interdisciplinaria.

Entendemos que el trabajo interdisciplinario se da cuando un grupo de personas que han recibido formación en diferentes dominios del conocimiento, manejan conceptos y métodos diversos datos o términos, se organizan alrededor de un problema común y generan por medio de la intercomunicación continua, resultados innovadores. En pocas palabras, la integración de los métodos y los conceptos de las disciplinas (Figura 1).

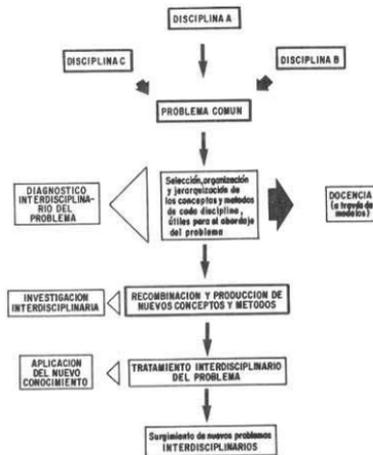


Figura 1.

Tenemos presente también que el punto clave de innovación de la interdisciplina se encuentra con dificultades incluso en universidades nuevas. Y éstas se explican por las barreras en la educación básica y media en donde los estudiantes se identifican con distintas disciplinas y profesiones; otra razón es la departamentalización en las universidades y su correspondiente aislamiento de los patrones de trabajo individual. Creemos que la tendencia a otorgar fondos prioritariamente a disciplinas muy establecidas, motivado por la incertidumbre del trabajo interdisciplinario, son factores que no favorecen esta práctica; también en la docencia incrementar el número de experiencias en métodos didácticos, así como la necesidad de una nueva mentalidad del potencial interdisciplinario, hará ceder la resistencia de dejar viejos patrones.

Hablar de educación médica e interdisciplina puede

parecer ocioso en una época en la que prácticamente ninguna actividad científica del hombre puede realizarse sin el concurso de verdaderos equipos de profesionales pertenecientes a los más variados campos del saber humano.

A cada momento podemos observar como el trabajo grupal desarrollado interdisciplinariamente tiene impactos inconmesurablemente mayores que la acción profesional individual. Incluso ya no sólo no es deseable, sino prácticamente imposible, el trabajo del profesionalista individual, por lo menos cuando hablamos de acciones técnicas de gran escala.

Con esto último quiero decir que aún existe un reducto que difícilmente, en el caso de la práctica médica, podrá ser sustituido a mediano plazo. Me refiero a la consulta médica. Salvo esta última pero también primigenia actividad, tal parece que no existe ninguna otra que no tienda junto con el resto de profesiones actuales, hacia la colectivización interdisciplinaria.

En el caso de la salud, quizás un ejemplo muy cercano pueda aportar mayor luz a lo señalado arriba. Pongamos por caso la creación de la vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estoy seguro de que la tendremos más pronto de lo que algunos piensan. Cuando ello suceda, con toda seguridad la sociedad podrá hablar de un nuevo triunfo de la medicina. Pero, visto un poco más de cerca, podremos notar que su creación, producción, distribución y aplicación entre la población general no puede ser un problema resuelto por un sólo hombre ni por una sólo disciplina.

Su descubrimiento será competencia no sólo de un equipo de virólogos, ya que seguramente requiere de biólogos moleculares, químicos, ingenieros en genética, infectólogos e inmunólogos. Su producción y distribución requerirá a su vez, de ingenieros, economistas, administradores, geógrafos y quizá antropólogos. Su aceptación entre la población será motivo de un intenso trabajo entre psicólogos, sociólogos y comunicólogos. Establecer su obligatoriedad será motivo del trabajo conjunto entre epidemiólogos y especialistas en derecho. En todos los casos además del médico estará -o deberá estar- un especialista en ética.

Este ejemplo exagera quizás la importancia de la participación interdisciplinaria para lograr acciones sanitarias de gran escala tal como se llevan a cabo actualmente, pero quizás se queda corto si pensamos en cómo se deberían realizar idealmente.

Como quiera que sea, el hecho es que en este momento miles de profesionales de diversos campos del conocimiento diseñan, ejecutan y evalúan acciones de salud conjuntamente. Parece también cierto que existe consenso entre las comunidades científicas y humanísticas

de los países, acerca del camino que el futuro de las profesiones nos depara y, que entre más pronto lo aceptemos y estímulos, será mejor.

Sin embargo, los que nos dedicamos a la educación de los futuros médicos, sabemos que la introducción de cambios significativos en el *currículum* de la carrera de medicina es un proceso difícil y complicado.

Uno de los primeros problemas se debe al carácter mismo de la profesión médica. Lewis Thomas dice que "la medicina siempre ha estado bajo presión para que explique públicamente las enfermedades de las que se ocupa". Por este motivo, señala Thomas, formular teorías unificadoras ha sido la preocupación más antigua y la acogida por la profesión médica. De hecho, es posible que ningún otro campo del saber haya sido tan popularmente conocido como el de las teorías sobre el origen de las enfermedades.

Entre las modificaciones curriculares de la Facultad de Medicina aparecen los "Seminarios de Integración y Prácticas en Comunidad". Uno de sus propósitos fundamentales es propiciar mediante la resolución de problemas concretos la integración de conceptos que, por su origen o uso, pertenecen de manera natural a diversos campos del conocimiento.

Esto implica el uso de conceptos y categorías usados en áreas aparentemente tan disímiles como la medicina clínica, la antropología, la sociología, las matemáticas, la estadística, entre otras. Requiere además del uso constante de metodologías de abordaje muy variado y la formación de hábitos y actitudes hacia el conocimiento propios del humanista interesados por la vida, la naturaleza y el mundo en general. Requiere, por otra parte, de humildad científica ante conocimientos ajenos; así como de capacidad de crítica y autocrítica ante la propia ignorancia personal.

En tal marco de ideas, la Facultad de Medicina ha pretendido contribuir a la modificación de las habilidades, conocimientos y actitudes que el estudiante de medicina debe adquirir durante su paso por la universidad.

La metodología propuesta en nuestros planes de estudio, intentan proporcionar al estudiante las herramientas necesarias para hacerlo capaz de definir su papel ante la sociedad, revelar le las aptitudes que potencialmente puede y debe desarrollar para ello, y familiarizarlo con las técnicas de las cuales se servirá para ordenar, jerarquizar, filtrar y recombinar el conocimiento que aplicará durante su práctica futura.

Para ello se han identificado dos tipos de problemas fundamentales: los que se refieren al individuo, la familia y la comunidad sanas y los que se enfocan hacia el estudio de los problemas de salud-enfermedad de los mismos elementos señalados.

Dentro del primer grupo giran de manera prioritaria el estudio de comunidad y la educación para la salud. Para el estudio de comunidad el estudiante hace uso de conceptos y categorías pertenecientes a los campos de la medicina, la sociología, la antropología, la geopolítica, la ecología, la demografía y la estadística. De esta manera, es frecuente encontrar en los reportes de trabajo, categorías tales como familia, clase social, crecimiento poblacional, costumbres, tasa de mortalidad, población económicamente activa, clima, sectores de la producción. Todos ellos combinados de manera que sinteticen el cuadro aproximado de vida y cultura que determina los niveles de salud de la población en la cual se ha realizado el estudio.

En educación para la salud, el alumno también debe cominar conocimientos y metodologías de diversas áreas del saber. En este rubro los campos más importantes son la medicina, la comunicación, la pedagogía y la psicología aunque también son importantes la antropología y la sociología. De esta forma, para el cumplimiento cabal de sus actividades, el estudiante debe comprender y utilizar conceptos como estructura psíquica, enseñanza. Aprendizaje, programa, evaluación, grupo, mensaje, etc., donde nuevamente sólo es posible el éxito bajo el ordenamiento y la aplicación jerárquica adecuados de los elementos de varios campos de la ciencia.

Con respecto a los problemas de salud-enfermedad de individuos, familias y grupos sociales, en todos los casos se utiliza un cuadro patológico representativo de lo que el estudiante tendrá que resolver durante su práctica profesional futura y que le permita un abordaje interdisciplinario e integral desde el punto de vista biológico, psicológico y social (Figura 2).



Figura 2.

Para ello ha sido necesario romper con los moldes tradicionales de la unidisciplinariedad. Recombinando conocimientos y saberes de campos muy diversos de la ciencia. También es importante señalar que, como se ha dicho ya, esta nueva metodología necesariamente implica cambios de actitudes en el nuevo profesional de la medicina. En general dichos cambios se pueden encontrar en las nuevas posiciones ante el saber que la disciplina posee frente a un determinado problema; ante las críticas que otros campos hacen hacia el ejercicio médico; ante la información de la que se dispone cuando sólo se ha aprendido en una aula ajena a la realidad; ante los ordenamientos y jerarquizaciones que las ciencias no médicas hacen de la naturaleza y el mundo en general; y, ante el papel del médico frente a la sociedad y las formas para relacionarse con ella (Figura 3).

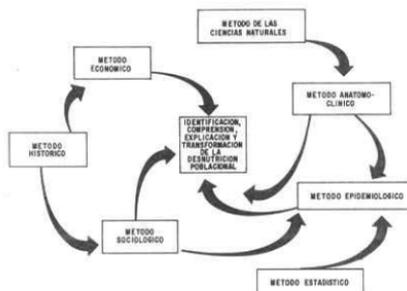


Figura 3.

Por otra parte la experiencia le permite al estudiante el uso de categorías, conceptos, términos y datos organizados por otros individuos de ramas no clínicas de la propia medicina, como sucede con la epidemiología y la salud pública. Se encuentra entonces con que conoce todos los posibles tipos de práctica médica que la profesión potencialmente posee y termina por ser un elemento permeable al trabajo interdisciplinario que dichas prácticas utilizan. (Figura 4).

Actualmente, además de los médicos, en el diseño y operación de la experiencia de estudio comunitario participa un grupo importante de profesionistas de otros campos. Entre ellos, se encuentran pedagogos, psicólogos, filósofos, actuarios, odontólogos y enfermeras;

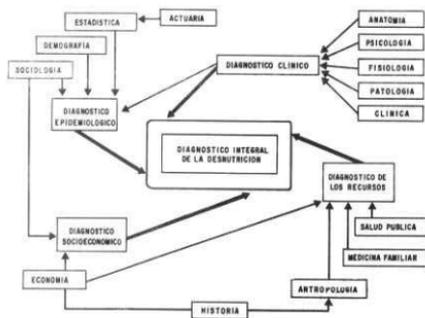


Figura 4.

los médicos de posgrado tienen maestría en medicina social, medicina comunitaria, atención primaria de salud, educación médica, administración de servicios de salud, epidemiología, salud pública, estadística, dinámica de grupos operativos y filosofía de la ciencia. Los profesores con especialidad clínica más representativos del grupo pertenecen a las áreas de la medicina familiar, patología y medicina interna.

Como se puede notar, aún cuando el listado no es exhaustivo para el diseño, operación y evaluación de un trabajo donde se organizan profesionales distintos frente a un problema común, puede a su vez dejar constancia frente al estudiante de las enormes posibilidades que ofrece la intercomunicación de personal que pertenece a distintas disciplinas.

Práctica médica

¿Cuáles son las propuestas que están significando un parte-aguas entre la práctica médica tradicional y la práctica médica del futuro inmediato? En primer lugar es necesario dejar sentado que existen por lo menos dos tipos de trabajo interdisciplinario. El primero es aquel que se desarrolla en las instituciones encargadas de la atención de la salud, y que posee distintos niveles de acuerdo al alcance de sus acciones. Aquí se encuentran las propuestas sobre el equipo de salud comunitario, el equipo jurisdiccional o estatal de salud y los distintos equipos que diseñan las políticas sanitarias de un país. El segundo es aquel que se desarrolla en las institucio-

nes encargadas de la atención de la salud, y que posee distintos niveles de acuerdo al alcance de sus acciones. Aquí se encuentran las propuestas sobre el equipo de salud comunitario, el equipo jurisdiccional o estatal de salud y los distintos equipos que diseñan las políticas sanitarias de un país. El segundo es aquel que trabaja sobre todo en la formulación de nuevos modelos conceptuales y metodológicos sobre el proceso salud-enfermedad, y cuyo trabajo no sólo consiste en la resolución práctica de problemas operativos, sino en la creación y transmisión de conocimiento nuevo, cualitativamente superior al elaborado por las disciplinas aisladas, que se realiza primordialmente en el ámbito universitario.

La interdisciplina en la educación superior

Hemos señalado que la esencia de este último tipo de trabajo radica en que trasciende el trabajo individual, ya que sólo puede ser construido a partir del esfuerzo intelectual colectivo. Para que sea posible la suma e incorporación progresiva del conocimiento generado interdisciplinariamente, es imprescindible pasar en el proceso de enseñanza de la simple asimilación mecánica del conocimiento a la producción del mismo a partir de la investigación.

Esto último presupone la formación de individuos sensibles al trabajo interdisciplinario y la formación de equipos de trabajo que se encarguen de la generación de nuevos conocimientos realizando investigación interdisciplinaria.

El reconocimiento explícito de las disciplinas aisladas de los límites de su conocimiento. Esto es lo que el doctor Medawar ha bautizado como la "humildad de las ciencias", tan necesaria en un mundo vertiginosamente sorprendido por el crecimiento desmesurado del conocimiento en los distintos campos del saber. Y la construcción de un cuerpo lingüístico común, que permita la comunicación unívoca entre las distintas disciplinas que participan del estudio del proceso salud-enfermedad, son factores que debemos considerar en el desarrollo de la interdisciplina y la salud.

La trascendencia de ambos puntos radica en que delimitando convencionalmente los campos del saber de cada disciplina, y estableciendo precisamente los conceptos que orientan su trabajo, estaremos en mejores condiciones para comprender el desarrollo evolutivo de las ciencias y de la sociedad. Por este motivo, hemos afirmado en otros foros, que la interdisciplinaria no diluye a las disciplinas individuales, sino que las refuerza otorgándoles identidad, pero al mismo tiempo las trasciende, constituyéndose en una forma

distinta de interpretar la realidad.

He tocado con particular énfasis el punto de la terminología porque me parece que pocas veces le otorgamos la importancia que merece.

Formular una terminología propia marca en toda ciencia la aparición de una concepción nueva y, con ello, señala un punto decisivo de su historia. Hasta se podría decir que la historia de una ciencia se resume en la historia de los términos que le son propios. Por esta razón, una ciencia no comienza a existir más que en la medida en que hace existir o impone sus conceptos a través de términos precisos. No tiene otro modo de establecer su legitimidad sino especificando, a partir de su denominación, sus objetos de estudio. Las herramientas conceptuales de la ciencia no son sino el inventario de términos de los que hace uso cotidianamente. Por lo tanto, denominar, es decir, crear un concepto es la operación primaria y última de la ciencia.

Si reparamos mentalmente el concepto de salud a través de la historia de la medicina científica, todos ustedes sabrán a lo que me refiero. Sin embargo, es posible que en pocos conceptos tengamos tantas diferencias como el concepto de salud, en el que quizás sólo coincidamos en que constituye el objeto central de la práctica médica. Particularmente, pienso que la definición precisa de términos como: salud, medicina, enfermedad, muerte, bienestar humano, sólo se puede lograr a partir de un trabajo interdisciplinario que incorpore la mayor cantidad posible de enfoques.

Al reflexionar sobre el papel que la Facultad de Medicina actual debe tener en futuro mediato, vuelvo a pensar en que, para recuperar el enfoque humanístico como parte esencial de su quehacer social, el trabajo interdisciplinario tendrá un papel protagónico. Para lograrlo será necesario dar más importancia a la forma de aprender que a lo que se tiene que aprender.

Con esto quiero reafirmar en este foro la voluntad de cambio en la que estamos empeñados para formar mejores médicos para una sociedad mejor; sabemos bien que la interdisciplina todavía no ha sido cimentada, un acercamiento bien pensado, riguroso y sistemático podrá ser capaz de despejar el desconcierto o contradicciones en relación al término; en realidad respetando la universalidad del término, ya que no estamos en competencia por distinguir niveles mayores y menores de acuerdo a las concepciones de multi-pluri, trans y establecer un rigor de interdisciplina.

La interdisciplina nos debe conducir a una reflexión sobre la enseñanza y la investigación en las universidades; es la respuesta a una serie de preguntas sobre los fines y las funciones de la universidad, sobre el estado del conocimiento más que las divisiones de éste.

La interdisciplina no parece un reajuste o mejoramiento de las divisiones tradicionales de la ciencia, es decir, de las disciplinas, entendida esta última como la búsqueda científica especializada de una materia determinada y homogénea, exploración que genera conocimientos nuevos que desplazan a los antiguos en una dinámica de formulación incesante.

Para terminar queremos dejar asentado que la formación interdisciplinaria del estudiante de pregrado no se puede llevar a cabo de manera cabal. Esta requiere de un profundo conocimiento de la propia ciencia, y se realiza fundamentalmente a partir de la investigación original y de tipo interdisciplinario. Por tal motivo, nuestros propósitos no han sido, ni podrán ser, la capacitación de individuos interdisciplinarios. A lo más que podremos aspirar es a formar un nuevo profesional médico, capaz de compartir sus propias experiencias con otros profesionales, profundamente humanista y consciente de que la ciencia es sólo un reflejo de la realidad y, como tal, sólo una aproximación más o menos precisa, de la forma en que ésta se organiza y funciona.

Agradecimientos

Agradezco a los doctores Sergio López, Laura Moreno, del Departamento de Epidemiología; Pablo Moreno, Julio Cacho, Oscar Asseburg y a la licenciada Lourdes Ramírez, su colaboración.

VIII. Sistema Nacional de Salud y educación médica

JESUS KUMATE-RODRIGUEZ*

Los recursos humanos, el desarrollo o los trabajadores de la salud, tradicionalmente identificados como médicos y enfermeras, son actualmente objetos de reflexión por parte de educadores y autoridades responsables de atender la salud y la enfermedad.

Varios factores se han combinado para considerar nuevas alternativas en el modelo de atención a la problemática de salud y las consecuencias para el personal encargado. Las circunstancias determinantes de tal reevaluación son:

1. La demanda, conveniencia y necesidad de extender la cobertura de servicios preventivos y asistenciales a toda la población.

* Secretario de Salud.

2. La mejoría cuanti- y cualitativa de la información en materia médica de todos los sectores y grupos de la comunidad.
3. Los progresos biomédicos y tecnológicos posibilitadores de acciones otrora impensadas, responsables del aumento en la esperanza de vida.
4. Los cambios en la conciencia social de los pueblos, no dispuestos a ver con indiferencia altas tasas de mortalidad infantil, preescolar, materna o atención asistencial insuficiente a los ancianos.
5. El deterioro del prestigio social y en la situación económica de las profesiones de la salud, en particular la médica.
6. El incremento constante y a ritmo creciente de los costos de los servicios médicos, sin límite a la vista en el mediano plazo, y de una magnitud que preocupa muy seriamente a los países más ricos del mundo.

Algunas consideraciones sobre los puntos antes mencionados:

1. La extensión de la cobertura, ya sea por seguridad social, seguros médicos, medicina privada o medicinas paralelas, es una necesidad inaplazable que todas las sociedades demandan y que todos los gobiernos aceptan como obligación e incluyen en sus programas de gobierno. Secuencia natural ha sido el crecimiento del personal de salud, médico y paramédico. En una primera etapa se tiene a un médico por cada mil habitantes o derecho-habientes y a 3-4 enfermeras por cada médico.
2. Los medios de comunicación informan a toda hora y a todo el mundo, convertido en una aldea electrónica, sobre los progresos y descubrimientos médicos que ofrecen cura o alivio para enfermedades antes mortales o incurables. Los temas médicos ocupan siempre un espacio en la información cotidiana cuyo resultado ha sido una población mejor informada que espera y reclama más y mejores servicios médicos de toda índole.
3. Los avances médicos de la última generación no tienen paralelo en la historia; se han erradicado enfermedades que fueron azotes milenarios de la humanidad, se han eliminado padecimientos problemas serios en la salud pública de países y regiones y se ha logrado el control de epidemias que asolaban los cinco continentes. Los servicios y el personal de salud pública han crecido de simples oficina y unos cuantos empleados a departamentos y ministerios con muchos miles de profesionales especializados en muy diversos campos.
4. Los pueblos de todo el mundo han abandonado la

resignación fatalista de que muchos niños, en especial lactantes, van a morir, que durante el embarazo parto o puerperio deben aceptarse riesgos elevados de letalidad o que las causas principales de la mortalidad preescolar sean la desnutrición y las diarreas. Con toda razón se reclama que no mueran niños por sarampión, difteria o tos ferina, que no fallezcan mujeres por fiebre puerperal o cáncer cérvico-uterino o muertes prematuras por cáncer de próstata. Los *desiderata* mencionados implican más consultas, mejores servicios, insumos y equipos adicionales, personal extra y mayores presupuestos.

5. En la mayoría de los países, la extensión de la cobertura se ha conseguido mediante el establecimiento o crecimiento de la seguridad social, de la aparición de personal no profesional, técnico capacitado o del reconocimiento e incorporación de las medicinas paralelas. Salvo en los países socialistas, los presupuestos del sector salud no han crecido proporcionalmente al incremento en la cobertura y los salarios, prestaciones y consideración social del personal, especialmente los médicos, que se han deteriorado sensiblemente. La medicina ha dejado de ser el camino seguro de la movilización social, en todos los países crece la proporción de mujeres en el gremio médico con tendencia a llegar al 80 por ciento alcanzado en la Unión Soviética.
6. La escala del costo de los servicios médicos no parece tener límites; en Estados Unidos sobrepasa 12 por ciento del producto nacional bruto y sobrepasará 15 por ciento en la presente década. En la Ford Motor Company el Departamento de Servicios y Prestaciones Médicas alcanzó la misma categoría que los departamentos de refacciones y publicidad. En el último cambio del director de la Escuela de Salud Pública de Harvard, un criterio muy importante en la selección de los candidatos fue que tuvieran trabajo sobre limitación de costos médicos. Sin embargo, la tendencia irreversible. Ciencia y tecnología médicas salvan cada día y prolongan vidas que, de haber ocurrido en otros tiempos, se hubieran perdido. La sobrevida de trasplantados, cancerosos, politraumatizados, pacientes con accidentes cerebrovasculares o con patología crónico-degenerativa, implica costos muy altos que 30 años antes no aparecían en los presupuestos del sector salud.

Los equipos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades se ha elevado a niveles de previstos por los más sagaces planificadores. La angiografía digital, la tomografía computarizada, la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de

positrones, la quimioterapia, los inmunosupresores, los antibióticos semi-sintéticos de 3a. y 4a. generación, la radiología intervencionista, la endoscopia con fibra óptica, la litotricia, la radioterapia profunda y los trasplantes, son algunos ejemplos de tecnología necesaria, pero muy costosa.

No hay posibilidad próxima o razonable para un cambio en la dirección del ahorro. La tendencia es irreversible al tenor de lo expresado por La Bruyere desde el siglo XVII: "En tanto que el hombre pueda morir y quiera vivir, la medicina será apoyada y bien pagada".

La reacción de los gobiernos y las autoridades encargadas de la salud ha tomado dos rumbos, no necesariamente distintos o antagónicos:

- I. Aumentar los presupuestos destinados a la salud, tal es el caso de los países industrializados y socialistas. Vietnam destina 30 por ciento de su presupuesto a salud; Estados Unidos gasta más de 600 mil millones de dólares por año, pero no puede ofrecer trasplantes de hígado a todos los demandantes, ni administrar AZT a sus sidosis.
- II. Enfatizar la medicina preventiva, la atención primaria de la salud, frenar el crecimiento demográfico, elevar el nivel educativo, fomentar el autocuidado de la salud y mejorar la condición social de la mujer. Países como Costa Rica, Sri Lanka o estados como Kerala en la India, han logrado salud y bienestar sin prosperidad y han alcanzado condiciones de vida comparables o mejores que países con ingresos mucho mayores.

En la mayoría de los países se mezclan ambos modelos, pero en todos los casos, el enfoque estratégico de la formación de recursos humanos es el factor decisivo para poner en práctica cualquier sistema asistencial.

Políticas en la formación del personal de salud. (Figura 1). En la mayoría de los países, México entre ellos, la orientación es a formar especialistas en detrimento de los médicos generales, familiares o comunitarios. Un sano equilibrio entre especialistas y generalistas resulta difícil e casi imposible de lograr. En efecto, un médico general debe conocer tanto y en tal profundidad como un especialista pero no tiene ni la consideración profesional, ni los ingresos, ni la posibilidad de avance académico asequibles a sus colegas especialistas y los sitios de trabajo no ofrecen los satisfactores habituales en las sedes donde se ubican los especialistas.

Así las cosas, es natural que haya escases de candidatos para las residencias en medicina familiar y que los graduados busquen realizar una residencia de especialidad médica o quirúrgica. En un país como el nuestro,

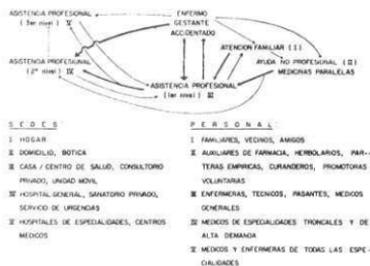


Figura 1.

con gran dispersión de la población, resulta lo menos apropiado el favorecer la formación de especialistas en una proporción de 8:1.

La situación actual se gesta desde el pregrado, cuando las clínicas se cursan en hospitales o en pabellones de especialidades. Se genera un círculo viciado en el que los mejores profesores están en el campo especializado, los alumnos los buscan y en los centros de salud y hospitales generales pequeños no hay tiempo ni personal idóneo para ofrecer oportunidades docentes aceptables o competitivas frente a los servicios, hospitales de especialidades o centros médicos.

Personal paramédico

Las enfermeras cobran progresivamente mayor importancia en los cuidados médicos, ya sea por mejor preparación de su gremio como por retiro médico de mayor número de prácticas antes responsabilidad médica. La disminución en el número de médicos influye adicionalmente para la mayor participación de las enfermeras.

México adolece una subutilización de enfermeras, es frecuente que haya menos de 2/médico y en ninguna institución se alcanza la proporción de 3:1. Ante la carencia o insuficiencia de médicos y pasantes en servicio social, la mejor opción es continuar y reforzar la capacitación de enfermeras, mejorar sus percepciones y

delegar, preva formación, funciones médicas como visitas domiciliarias, consultas de seguimiento en pacientes con diagnóstico establecido, vigilancia del crecimiento y desarrollo en los niños, orientación nutricional, servicios de planificación familiar, incluyendo la colocación de dispositivos intrauterinos, distribución de medicamentos del cuadro básico nacional, primeros auxilios, consultas prenatales y atención de partos eutócicos.

Actualmente se da más atención a la formación de enfermeras especializadas, e incluso licenciadas, que a la capacitación de partera y de auxiliares. Hay gran demanda por enfermeras de terapia intensiva, de urgencias, de quirófanos y de servicios para enfermos mentales. La magnitud de las necesidades es tan grande que para muchos planificadores es el de mayor prioridad en México.

Personal no profesional

La escasez de médicos y enfermeras, la insuficiencia de recursos y la gran extensión territorial de nuestro país, han determinado buscar alternativas del modelo médico tradicional. Al igual que en otros países, se ha organizado la prestación de servicios asistenciales en base a:

- a. técnicos de salud, formados en el CONALEP, que realizan acciones asistenciales de la atención primaria de salud y servicios de saneamiento ambiental;
- b. promotoras voluntarias, mujeres alfabetas escogidas por la comunidad, capacitadas para algunos servicios de la atención primaria y que actualmente 20 por ciento son parteras empíricas. Se ubican en comunidades con más de 500 y menos de 2,500 habitantes;
- c. parteras empíricas con o sin cursos de capacitación o actualización que prestan servicios en partos no complicados. Se tiene información sobre más de 30,000 en todo el país;
- d. médicos o curanderos tradicionales, constituye un grupo muy numeroso y cubren un espectro que incluye herbolarios, algebristas, quiroprácticos, curadores por la fé o curanderos empíricos o habilitados;
- e. auxiliares de farmacia; en México 30 por ciento de los medicamentos aconsejados o consumidos se originan en personal auxiliar de farmacia sin mayor preparación que la habilitación de cursos cortos, y
- f. familiares, vecinos y amigos que aconsejan, prescriben o proporcionan medicamentos a los enfermos.
- g. Autocuidados. El enfermo es el primer escalón en la cadena asistencial que conduce a la consulta y después a la acción o intervención médica. Resulta decisivo para la oportunidad en la consulta, para el

cumplimiento de las indicaciones médicas, tanto para su alivio o recuperación, como para controlar o eliminar la diseminación del padecimiento si es transmisible. Las enfermedades de transmisión sexual y las infecciosas de curso epidémico dependen de la colaboración individual para su dominio.

Ante el panorama descrito en México, parece adecuado proponer:

A. La adecuación del *curriculum* de pregrado; organizar las sedes de formación para los estudiantes de clínica,

internos y pasantes del servicio social, así como los profesores y tutores de patología y clínicas.

B. Favorecer la formación de médicos generales, familiares o comunitarios, mediante currículos apropiados, salarios preferenciales y un sistema de apoyo académico y red de referencia al 2º y 3er niveles.

C. Promover y elevar la preparación del personal de enfermería, así como una consideración salarial y digna y justa. Y

D. Mejorar la educación médica y la capacidad de servicio del personal voluntario.





THEODOR KOCHER
(1841-1917)

Theodor Kocher nació el 25 de agosto de 1841 en Berna (Suiza). Allí estudió, se doctoró (1865) y fue catedrático de cirugía y Director de la Clínica Quirúrgica de Berna (1872), puesto en el que permaneció hasta su muerte el 27 de julio de 1917. La vida de Kocher estuvo dedicada por entero a fines perfectamente definidos; su espíritu crítico, disciplinado y minucioso, con una salud a toda prueba, le llevó a practicar cirugías complicadas hasta días antes de su muerte. La característica de su escuela fue la atención particular que prestaba al diagnóstico. Al comenzar sus actividades en la Clínica de Berna, trabajó con éxito el perfeccionamiento del tratamiento antiséptico de las heridas. Su técnica le permitió llevar al cabo operaciones de abdomen y atacar el problema del bocio. Creó un método para intervenir las hernias, diseccionó el estómago carcinomatoso con procedimientos propios, instituyó una técnica nueva para la operación del bocio y publicó su conocido tratado operatorio. Señalemos también los trabajos sobre cirugía de heridas y fracturas, así como el método para reducir la luxación del hombro. Pero sobre todo Kocher se dedicó a las enfermedades del tiroides; en 1883 hizo su descubrimiento más importante, la *caquexia estrumipriva*. Cuando en 1909 recibió el Premio Nobel "por sus trabajos sobre la Fisiología, Patología y Cirugía del Cuerpo de Tiroides", Kocher había estirpado 4 250 bocios y había disminuído al 3 por ciento la mortalidad de la operación.

J. S. P.

Premio Nobel en Medicina 1909.