

El médico entre la salud y la enfermedad*

I. Introducción

ROBERTO URIBE ELIAS

La enfermedad surge como realidad y concepto antes que la salud y el profesional médico. Primero como un hecho que debe de enfrentar el hombre y la sociedad, después como medio para poder contender con ella, se transforma en castigo, pecado, expiación, posibilidad de ser superior, lacra, sino, carácter social y recientemente en causa biológica, razón científica que mueve las mentes de los hombres que mediante la ciencia intentan develar el secreto de la naturaleza.¹

Conocer las causas últimas de los hechos es una de las características del ser humano, y la enfermedad, es un hecho incontrovertible, que obliga al hombre a desplegar todo su ingenio para poder establecerlas.

Ante lo desconocido el hombre crea, imagina, inventa, construye, destruye, busca y se transforma con objeto de crear y elaborar una realidad de lo desconocido; después, analiza, reconstruye, clasifica, intenta reproducir y da paso a la ciencia; ésta observa, analiza, homologa, crea modelos y señala brechas de caminos, estos cada vez más amplios, extensos, sólidos pero no por ello, menos cuestionables y ajustados a la crítica permanente del propio ensanchamiento del conocimiento.

El surgimiento del profesional médico es sin duda alguna una de las creaciones humanas más destacadas, ya que por primera vez, el hombre se hace objeto de interés, estudio y trabajo de su propia naturaleza, que haciéndolo sujeto/objeto lo obliga a ubicarse en el contexto de la propia naturaleza que lo rodea y de la que en buena parte se sentía desligado o dueño. Con los antecedentes de mago, hechicero, sacerdote, hombre de buena voluntad y filósofo, el

médico de nuestros días intenta ser científico, técnico, integrado al saber social, con grandes raíces humanísticas y conocedor del ser humano.

La medicina al desprenderse como disciplina del saber humano, la filosofía debe de adquirir de entrada, lo que le va a caracterizar siempre y es la posibilidad y necesidad obligada de utilizar la acción para intervenir en la lucha con lo que llamamos enfermedad, acción que no siempre querrá decir intervención sino a veces, paciente espera, pero siempre diligente, inteligente y armada, en esto último estribará la condición de la acción con el empleo de la mano, la técnica, la tecnología y sobre todo su experiencia; el empleo analítico y a veces inductivo de esa experiencia en el contacto con la enfermedad y con quienes la poseen y la rodean.

Esta complejidad se hizo más evidente en los tiempos actuales en donde las corrientes de pensamiento administrativo y economicista han enseñoreado sus banderas en todos los órdenes, obligando al mundo a someterse a marcos de referencia impuestos por intereses fuera de los propios de una disciplina determinada. La medicina y el médico no han sido la excepción, aquella ha sido altamente diversificada no sólo por el avance del conocimiento en el ámbito médico, sino por las aplicaciones de otros conocimientos en el terreno de la enfermedad, la aplicación de tecnología cada vez más avanzada y sofisticada en los pasos ineludibles del quehacer médico, de la técnica como recurso imprescindible y de la comprensión, de la mejor comprensión de la enfermedad ya no como un hecho aislado, sino en el contexto de una sociedad, cultura, economía, sistema político y orientación ideológica predominante, que hacen que el profesional dedicado a la lucha contra la enfermedad, intente ver al hombre de manera integral dentro de un contexto real.

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 14 de abril de 1993.

Ante esto y la pertinaz ausencia de respuesta para cada vez más interrogantes acerca de la enfermedad, el hombre de manera inteligente viró hacia el otro polo, que constituía la contraparte de la enfermedad y que es la salud.

La salud había surgido como un resultado empírico del propio hombre ante la experiencia personal, cercana o relativa de la enfermedad; la había aceptado como el estado natural y habitual y a veces, obligado del ser humano que se encuentre vigente, es decir, activo en la sociedad.

La salud es apreciada inicialmente por contraste y no es hasta fecha reciente en que se le otorga un valor intrínseco, otorgado por las posibilidades crecientes del hombre para combatir la enfermedad, medios de uso extenso para prevenir las técnicas para transformar sus efectos, exitosas acciones para que dentro del estado llamado salud, el hombre aprenda a vivir satisfactoriamente y con felicidad, es así que: "La salud es el estado de oportunidades que tiene el hombre para ser dueño de su acción y voluntad". Ya que no podemos acabar con la enfermedad promovamos la salud.

De esta manera la salud se transforma en un objetivo superpuesto, complementario integral del interés del médico, éste, profesional oficialmente encargado del combate a la enfermedad y ahora también responsable de la salud, su promoción, conservación, prevención y mejoramiento.

Ante este panorama tanto la formación, su cuerpo de conocimientos, su práctica y regulación ética, así como las crecientes necesidades de una población demandante, hacen que la figura del médico de nuestros días, guarde características que lo hacen distinto y en un permanente cambio, pero que también altera los principios heredados de la evolución histórica de la medicina, ya que la visión en múltiples sentidos del médico de hoy y del futuro, no tiene grandes coincidencias con lo practicado y pensado por los que nos antecedieron en el ejercicio de la profesión.

La medicina guarda el carácter de conocimientos y aplicación, de decidir y actuar. En medicina a la duda y la inseguridad no pueden ser bases confiables; la especulación y el conocimiento inductivo tienen papeles bien establecidos dentro del pensamiento científico.

De la medicina puramente curativa, hemos ido pasando a diversos momentos del actuar médico casi sin darnos cuenta, la medicina preventiva hoy es capítulo obligado; la medicina de riesgo nos permite no sólo la prevención y la participación, sino la transformación de estilos de vida que conjuran ese riesgo o lo minimizan; la medicina defensiva que con los nuevos sistemas de aseguramiento para la salud, y las manipuladas responsabilidades jurídicas, hacen del médico presa fácil y apetecible por parte de los mercaderes del dolor y la salud; la medicina institucional en donde el médico es tratado como trabajador y no como

el profesional que es; la medicina altamente tecnificada con altos costos y reducida cobertura que forman grupos de privilegio, en donde no se toma en cuenta la necesidad sino la potencialidad económica, la moda o el despido en aras de la modernidad o el avance tecnológico; la medicina anticipativa o del cuidado del sano que influye en conductas, modos de vida, acción familiar, medio social; tenemos además las medicinas específicas que relacionándose directamente con la salud por prevenir riesgos, problemas o franca patología como la medicina del trabajo, la del espacio y aeronáutica, la medicina toxicológica, etcétera, todas nos obligan a transformar nuestra mente para poder contender con los retos que la vida nos impone como médicos y como hombres.

No quiero dejar de mencionar en este momento la necesidad de establecer estrategias, que nos permitan conocer las diferencias y características que tienen los diversos grupos sociales, que debido al propio avance de la medicina y el desarrollo de las condiciones de los pueblos, han hecho surgir grupos como los ancianos, los adolescentes, los refugiados, los inmigrantes o los pueblos nómadas que requieren enfoques distintos a los tradicionales y cuya medicina también será necesario enfocar.^{2,3}

No es el momento de estudiar el papel del médico en el equipo de salud, y la tendencia a desmedicalizar las acciones de manejo del proceso salud/enfermedad.

Aceptemos que el médico es el profesional central del enfrentamiento con el proceso salud/enfermedad y que dada su pertenencia como proceso, debe ajustarse a la evolución de las condiciones epistemológicas, tecnológicas, poblacionales, de recursos económicos y de condiciones socioculturales que imperen en el ámbito de su ejercicio profesional.

El médico ha sido una figura que como las detentadoras de poder político se han transformado a lo largo de la historia del hombre. El médico es el resultado de la influencia, evolución y fuerza que mantenga los elementos sociales de cohesión y de poder; pero ahora en muy buena parte, del conocimiento que se tiene, detenta, aplica y aún, en esta hora de transformación milenaria que especula, para realizar el avance o el control de su propia naturaleza y la de los demás.

El médico actualmente se enfrenta a dilemas éticos del ejercicio profesional que en ningún otro momento había tenido; el empleo indiscriminado de medios tecnológicos ha permitido la sobrevivencia de seres en condiciones que en otra forma no se plantearían; la mercantilización de la salud, también ha promovido en el médico el surgimiento o consolidación de fines lucrativos exagerados que lo inducen a la comercialización de su saber y acción. Todo esto nos conduce a la gran interrogante de cuál es el saber

que que el médico debe poseer, o bien establecer límites para lo cual la experiencia reciente de las especialidades y las superespecialidades no han dado satisfactoria respuesta, ¿cómo formarlos?, ¿con qué? y hacia dónde orientarlo, para poder enfrentar tan diversos retos.

El profesional médico no puede estar en la disyuntiva de contender con la enfermedad o promover la salud, debe decidirse una dimensión que le permita enfrentar los problemas de hoy y estar preparado para los problemas del mañana.

Con las anteriores reflexiones en este *simposium* participan distinguidos Académicos que me hacen el favor de compartir conmigo estas inquietudes desde diversos ángulos: el doctor Juan Ramón de la Fuente, Director de la Facultad de Medicina de la UNAM, quien tratará el tema de formación del médico; el doctor José Kuthy Porter, Expresidente de nuestra Corporación y Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac que hablará del ejercicio profesional y su componente ético; el doctor Francisco Rubio Donnadieu, Director del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, nos dará su visión sobre la dependencia tecnológica del médico y el impacto derivado de la misma, y el que habla analizará la orientación futura del quehacer médico.

Referencias

1. Laín Entrago P. Historia de la Medicina. Salvat Ed., Barcelona 2da. Reimpresión. 1982;5-179.
2. Slaughter, R.A. Changing image of futures in the 20th Century. Futures. 1991;23: 499-515
3. Sendraill, M. Historia Cultural de la Enfermedad. ESPASA Universitaria, Espasa Calpe, Madrid 1983; 213-309.

II. Aspectos formativos

JUAN RAMON DE LA FUENTE*

Empezaré por señalar, que en la formación de los médicos, la escuela de medicina juega un papel sin duda importante, pero también transitorio. Es decir, la formación de un médico se inicia antes de que éste ingrese a la escuela de medicina, y ciertamente continúa después de que ha egresado de ella.

Lo anterior es importante porque hay que tener una perspectiva muy clara de qué es lo que la escuela de

medicina puede y debe hacer, en el complicado proceso de educar y formar a un médico. Hay elementos fundamentales en la actitud de los médicos que empiezan a gestarse o no, en etapas tempranas de la vida: el respeto al ser humano, su interés en él, el espíritu de servicio, la curiosidad científica, etc., que la escuela de medicina debe estimular y acrecentar, pero que no es fácil inducir *de novo* cuando no ha habido previamente, por lo menos cierta sensibilidad hacia estas actitudes e intereses que en buena medida definirán el perfil profesional y personal del médico.

Por otro lado, educación y formación son factores complementarios. No basta con educar médicos en la escuela de medicina, también hay que formarlos; pero tampoco se puede formarlos sin educarlos.

Diversos autores han señalado que la educación que debe adquirir el médico después de graduarse de la escuela de medicina es, de hecho, la más importante, y que lo que la escuela de medicina debe hacer es proveer al estudiante de las destrezas y el compromiso de continuar con su educación durante el resto de su vida profesional.

Es indudable que la explosión en el conocimiento médico de los últimos años y la previsible en los próximos, hace imposible que un estudiante pueda adquirirlos todos durante su breve paso por la escuela de medicina. La solución tampoco radica en aumentar el número de años de la carrera, porque siempre serían insuficientes. Por ello, es que resulta fundamental reconocer cabalmente que la escuela de medicina es tan solo un eslabón en el proceso, y lo que hay que definir con claridad es, qué es lo que se debe y se puede ofrecer al estudiante durante su tránsito por la escuela. Es decir, qué es lo que deben aprender y cuáles son las actitudes y destrezas que deben desarrollar los estudiantes a su paso por la escuela de medicina.

Para algunos, lo que la escuela de medicina debe hacer es enseñar a los estudiantes a aprender a lo largo de toda su vida profesional. Una consecuencia de esta filosofía educativa, que se observa ya en diversas escuelas de medicina sobre todo norteamericanas, es la desescolarización de la carrera: menos clases teóricas, menos materias formales, menos cursos secuenciales y un énfasis importante en la adquisición de conocimientos y destrezas orientados a resolver problemas.

Todo esto resulta atractivo, y sobre todo viable, en escuelas de medicina pequeñas, con profesores de tiempo completo, bien remunerados, y en países en los que el sistema educativo en general, se ha orientado desde épocas tempranas a un aprendizaje más activo. De cualquier forma, hay en muchos de estos factores elementos interesantes y también novedosos. Uno de ellos, por ejemplo, es el de cuestionar la secuencia tradicional entre las ciencias básicas como prerrequisito para el adiestramiento clínico.

* Académico Numerario. Facultad de Medicina, UNAM.

Pero el cuestionamiento real es mucho más profundo: pone en tela de juicio toda la estructura departamental de las escuelas de medicina, entre otras cosas, porque las fronteras entre las ciencias básicas también están sufriendo un proceso de globalización; por ejemplo, la biología celular rompió las fronteras entre la histología y la fisiología; la biología molecular las rompió entre la bioquímica, la farmacología y la fisiología; y algo similar podemos decir que ocurrió con la inmunología, la genética y aun la imagenología, que vino a introducir cambios importantes en la enseñanza de la anatomía. Hay de hecho, algunos experimentos interesantes que muestran que la enseñanza de los conceptos básicos adquiere más sentido para los estudiantes, después de haber tenido cierta exposición a problemas clínicos, que para poder entenderlos cabalmente los remiten a las ciencias básicas, y no a la inversa.

A pesar de estos y muchos otros intentos novedosos por modificar conceptualmente los esquemas de la educación médica, lo cierto es que aparte del conservadurismo característico de las escuelas de medicina en todo el mundo, tampoco se han generado nuevos paradigmas educativos que convengan a los médicos y a los estudiantes de la necesidad imperiosa de introducir cambios radicales. Después de todo, señalan otros autores, la medicina ha avanzado a pasos acelerados, aun prevaleciendo los esquemas curriculares convencionales. Otra pregunta en cambio, sería si este avance se ha dado en la dirección más adecuada.

Los problemas más agudos que enfrentan en nuestro medio las escuelas de medicina y que les impiden cumplir mejor con su compromiso formativo y educativo pueden dividirse, a mi juicio, en tres grandes apartados sin que estos, por supuesto, agoten la problemática.

El primero tiene que ver con la falta de definición de lo que podría ser un *currículum* fundamental. Inclusive se ha llegado a proponer que debería de ser común a todas las escuelas de medicina, o por lo menos razonablemente compartido. Aquí el reto radica no sólo en la selección de tópicos, sobre lo cual, lo único que sabemos a ciencia cierta, es que no puede hacerse en forma democrática. Es bien sabido que al discutir estos asuntos, los expertos en educación médica chocan de inmediato con los clínicos, cuya tendencia natural es tratar de "ganar espacios" dentro del *currículum* pues su especialidad siempre les parece la más importante. En contraste, muchos de los llamados expertos en educación, son a menudo profesionales teóricos, cuyas ideas y planteamientos no siempre tienen una aplicación práctica.

Un segundo gran apartado de problemas tiene que ver, justamente con los métodos educativos vigentes. ¿Cómo romper con la enseñanza pasiva? ¿Cómo hacerlo cuando

los estudiantes llegan a la escuela de medicina acostumbrados a ese sistema y cuando los profesores, por lo menos algunos, lo han venido reforzando desde hace años? Aquí ciertamente, hay experiencias interesantes en nuestro medio que han permitido ganar terreno, pero son aún insuficientes. Los ejercicios de integración de aspectos básicos y clínicos, la experiencia en comunidad y la posibilidad de que los alumnos se integren tempranamente a un proyecto de investigación a fondo, han sido algunas de las estrategias que han logrado movilizar el esquema educativo hacia un modelo más activo.

Dentro de estos aspectos metodológicos, conviene resaltar la necesidad absoluta de modificar los sistemas de evaluación. En realidad, la mayoría son sistemas arcaicos, memoristas, rígidos, que no siempre nos permiten saber siquiera con certeza, si lo que estamos evaluando es lo que queremos evaluar. No se trata desde luego de caer en un esquema anárquico, y hay que reconocer que es un aspecto técnicamente complicado, sobre todo en lo que se refiere a la evaluación de la medicina clínica. Pero el hecho es que se trata de una área rezagada.

El tercer bloque de problemas tiene que ver, con el desprestigio de la carrera docente. Muchos de los que podrían ser los mejores profesores, realmente le dedican poco tiempo a la enseñanza. Me refiero fundamentalmente a nivel de licenciatura. El prestigio social de la práctica profesional; el poder-real o aparente- de la administración; o el prestigio académico de la investigación, atraen naturalmente a muchos de los mejores profesores hacia estas otras actividades, que también son importantes, pero dejan a la carrera docente en manos de quienes no necesariamente son los más preparados para ejercerla. Ciertamente, la remuneración económica juega un papel importante en este problema, pero no es el único. En 1991 se estimó, que sólo 15% de los profesores de todas las escuelas de medicina del país, esto es poco menos de 2,000 de aproximadamente 13,000, tenían un contrato de tiempo completo; la mayoría de ellos en las universidades públicas. En la Facultad de Medicina de la UNAM, la relación que alcanzada con la depuración de la planta docente y la disminución en la matrícula de alumnos es de un profesor de tiempo completo por cada 19 estudiantes, lo cual es ya una cifra bastante razonable.

El último problema al que me he referido, al igual que los otros dos, a grandes rasgos, me parece particularmente relevante al tema que se me ha asignado, porque a mi juicio, el modelaje y la imitación constituyen dos aspectos fundamentales en la formación de los médicos; y si los arquetipos no son los adecuados, las consecuencias pueden ser desastrosas. Es por ello que pensamos que el esquema tutorial que se ha iniciado en varias escuelas y que en la

Facultad de Medicina ya beneficia a aproximadamente 250 estudiantes, con el apoyo entusiasta y generoso de un numeroso grupo de miembros de esta Academia y de otros colegas que también son excelentes ejemplos para nuestros estudiantes, constituye una de las estrategias que más impacto puede tener en la formación de los futuros médicos durante su paso por la escuela.

Pienso que el futuro de la educación médica y de la medicina misma es quizá ahora más incierto que nunca. Acepto que el juego de la predicción es muy peligroso sobre todo, cuando se trata de predecir el futuro. Hace tan solo 30 años, en 1963 por ejemplo, quién hubiera pensado en la importancia que tendrían para la educación y la formación de los médicos, las microcomputadoras portátiles o el desarrollo de la fibra óptica o de la ingeniería genética o la aparición del SIDA. Seguramente que en los próximos años se definirán nuevas enfermedades como resultado del mapeo del genoma humano, se desarrollarán muchos nuevos fármacos e instrumentos terapéuticos y, sin duda, cada vez tendremos acceso a más *megabites* y más *megaflops* por menos costo; dispondremos de mejores redes informáticas de alta velocidad y la llamada computación neural, que es el siguiente paso en la inteligencia artificial, cambiará buena parte del quehacer médico. Pero algo habrá de prevalecer y es ahí donde habría que concentrar los esfuerzos formativos: en el contacto humano.

Ciertamente, hay que formar médicos capaces de aplicar el conocimiento científico, que por cierto acentúa cada vez más la temporalidad de las verdades médicas; hay que formarlos también para que sean capaces de usar en forma eficaz y racional la nueva tecnología que ya está encima y que seguramente también seguirá haciéndose cada vez más elaborada. Pero los aspectos fundamentales como son: la interpretación de la información, la explicación del significado de todo ello al paciente y a sus familiares, la toma de decisiones y la confrontación de los hechos con el enfermo y sus consecuencias, seguirán siendo elementos fundamentales e imprescindibles para el buen ejercicio de nuestra profesión.

Concluyo que el humanismo es la filosofía sobre la cual debe girar la formación de los médicos. El humanismo fue pilar de la medicina en su época precientífica, y si bien puede haber perdido cierta jerarquía ante los deslumbrantes avances de la ciencia y la tecnología, no por ello ha perdido importancia. De hecho, se observa ya su resurgimiento en muchas escuelas de medicina.

Referencias

1. McManus IC. Designing a doctor: How will medical education change? *The Lancet* 1991;337:1519-1521.

2. Godfrey R. Designing a doctor: All change? *The Lancet* 1991;338:297-299.
3. Educating Medical Students: Assessing change in medical education. Association of American Medical Colleges, Washington, D.C.
4. De la Fuente JR, Narro J, Villalpaldo J, Varela C, Fanghanel G, Abreu LF, Aréchiga H. Médicos para el futuro. *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México*. 1992;496:10-31.

III. El ejercicio profesional. Situación actual y perspectiva futura. Actividad institucional y actividad privada. Conflictos bioéticos a los cuales debe enfrentarse

JOSE KUTHY PORTER

Situación actual

A partir de los estudios realizados en nuestro país por el grupo de Julio Frenk (*Gaceta Médica de México* 128: 2 mayo-abril 1992), ha sido posible constatar que la población de médicos aún se mantiene por arriba de las estimaciones que auguraban una futura escasez; con un notable desbalance por su exceso en las áreas urbanas y bajo número de ellos en las rurales, anotando también una mayor participación de la mujer en la profesión médica, la que si bien es cierto considero posee, no sólo una excelente preparación académica, y en general un buen sentido de responsabilidad, además de un "sexto sentido" que por así decirlo la hace con mayor frecuencia, más sensible y receptiva al dolor humano, a corto plazo tiene una menor productividad por dedicarse en parte o en forma definitiva a las labores ligadas con el hogar y concentrarse en las áreas urbanas.

Es posible entonces asegurar que la situación actual es la de una mala distribución de médicos, con un notable predominio en las zonas urbanas y escasez de ellos en las rurales, que además existe un desequilibrio notable de sus ingresos: desde moderados hasta notables para los médicos especialistas en el ejercicio privado de su profesión, y modestos para los que la ejercen en forma exclusiva en las

* Académico

diferentes instituciones de salud oficiales y, francamente escasos para quienes la ejercen a la manera de médicos generales en el área rural y en forma exclusiva en algunas instituciones oficiales.

Por otra parte, la diversidad y calidad en los planes y formas de estudio de las 59 escuelas de medicina existentes en nuestro país hace que la formación de los médicos, que existen ahora en México sea también muy diversa, de tal forma que en la opinión de la ANUIES se han creado: "Discrepancias que en ocasiones son extremas". El haber aprobado el examen de licenciatura y así obtener la "patente" para el ejercicio profesional ante la competencia que ya existe, obliga al médico a superar su preparación a través de la especialización, siendo en este momento cuando la discrepancia entre la diversidad de calidad de enseñanza aflora, ya que sólo los mejor preparados pueden acudir a cursos de especialización calificados, pero además la formación de especialistas que se lleva a cabo en aproximadamente 500 unidades médicas receptoras de residentes, no todas de las cuales reúnen las características ideales, motivan que aun la especialización no sea siempre la mejor, además que la falta de orientación vocacional hacia la especialidad, el desconocimiento de las posibilidades del mercado de trabajo y el deseo por obtener mejores recursos económicos, motivan la preferencia por ciertas especialidades, como es el caso de gineco-obstetricia, dejando desamparadas otras, como la anatomía patológica.

Desafortunadamente tampoco existe un verdadero sentido de superación profesional, ni motivaciones cuando se trata de que el médico se mantenga actualizado en sus conocimientos, un número de ellos no tiene interés, otro grupo lo hace sólo por "mantener un currículo" o por acumular puntos curriculares. Debemos admitir el hecho desafortunado de que en nuestro país no existen estímulos para que el médico general se mantenga al día en sus conocimientos.

Como modelo del estado de salud en nuestro país he querido tomar algunos parámetros comparativos con otros países de Latinoamérica, los que en cierta forma revelan la situación actual del médico y de la medicina en México.*

* Nuestro país todavía presenta un índice elevado de mortalidad infantil, pero menor que muchos otros en Latinoamérica. La esperanza de vida al nacer es de 70 años, su población con acceso a servicios de salud llegaba en 1990 a 78%, aun cuando el gasto público en salud era sólo del 2,3% del PNB en comparación (por ejemplo) con 80% para Panamá, pero con un gasto público del 5,7% del PNB. Llama también la atención que México utiliza solamente 0,5% de su PNB como gasto público militar, en tanto que en otros países como Nicaragua llegan al 28,3%, situación que considero muy favorable para nuestro país.

Si bien es cierto que sólo un pequeño porcentaje de los médicos se dedican a la práctica privada como especialistas, haciéndolo con el éxito académico y económico, comparable a cualquier país desarrollado, muchos de ellos, además combinan la práctica privada con la institucional, lo que les permite una mejor actualización de conocimientos y mayor superación académica, quizá el mayor porcentaje dedica su tiempo en exclusiva o en su mayor parte, al ejercicio institucional de la medicina (MSS, ISSSTE, SSA, etc.) en unidades que varían desde el primer nivel hasta el tercero de la atención médica, siendo a través de ellos, que nuestro país ha logrado obtener una cobertura muy extensa de salud para nuestros conciudadanos, de tal manera que aun cuando en México utilizamos una proporción mucho más baja del PIB para salud que la que se utiliza en otros países más desarrollados, la distribución de estos escasos recursos es más adecuada obteniendo una cobertura mayor.

Recordemos que en los EU hay más de 35 millones de habitantes a los que no llega el más mínimo de los cuidados de la salud.

Si bien es cierto que esta es una realidad palpable y de gran beneficio para los habitantes de nuestro país, cabría preguntarse si lo es al mismo tiempo para los médicos, cuyo tiempo se dedica en exclusiva a la práctica institucional.

¿Qué podemos entrever para el futuro? ¿cuáles son las perspectivas que enfrenta el médico? Considero por una parte que disminuirá el número de candidatos a ingresar en las escuelas de medicina, y que por otra parte la demanda de la calidad del educando motivará una mayor selección de los aspirantes y también de un control de calidad de las escuelas de medicina, a través de ello quizá un menor número de ellas, permaneciendo sólo las que desde el punto de vista del factor humano y del equipo y mantenimiento adecuado, les sea posible proporcionar una enseñanza de calidad, para producir médicos mejor preparados no sólo desde el punto de vista académico, sino poseedores de una verdadera excelencia humana y profesional -ante los dilemas éticos que cada día representan una mayor carga en la medicina- será indispensable implementar lo necesario para contender con ellos, creando en el futuro médico, una conciencia recta a través de cursos de formación humana y de bioética, que los capaciten para enfrentar con firmeza y tranquilidad de conciencia dichos dilemas.

Los avances logrados por las ciencias biomédicas durante las últimas décadas han motivado que aparezcan nuevos marcos de referencia acerca de salud y enfermedad, maternidad y familia, herencia y genética, eugenesia y eutanasia, y en suma lo que en esencia es el hombre mismo, de tal manera que el médico enfrentará serios problemas bioéticos para lo cual debe estar preparado.

La práctica de tipo grupal de la medicina, aun de la privada, aumentará. La medicina institucionalizada será cada día mayor. Es necesario que desde sus años de formación hagamos conciencia de esta realidad al joven médico, de tal forma de que a más de asimilar esta realidad la acepte de buen grado y la enfrente con entusiasmo.

Referencias

1. Frenk J... et al.- Gaceta Médica de México 128:2 mayo-abril 1992.
2. Los niños de las Américas.- Unicef. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Santa Fè de Bogotá. Colombia. 1992.

IV. Dependencia tecnológica

FRANCISCO RUBIO DONNADIEU*

El costo de los servicios médicos aumenta proporcionalmente ligado al éxito de cada una de las innovaciones tecnológicas. El avance de la medicina, ha cambiado el futuro de todos nosotros; hasta hace apenas unas cuantas décadas, el tránsito hacia la muerte era relativamente barato; hoy en día, cuando la esperanza de vida se alarga, y en nuestro país ya llega a los 70 años, el mantener la salud, gracias al avance tecnológico, resulta cada vez más caro.

El problema de la medicina moderna es su propio éxito. A esta problemática debemos agregar la ineficiencia y la ineficacia, provocada frecuentemente, por los excesos de los propios médicos, la demanda de los mismos enfermos y las prácticas, en ocasiones desleales, de los prestadores de servicios, de los productores de tecnología aplicada y de sus proveedores.

“La tecnología es la acompañante inseparable y obligada de toda actividad humana; la evolución biológica ha llevado a ciertas especies animales a utilizar herramientas en la realización de actividades cotidianas.”

El médico general, encargado de la atención primaria, debe ser un especialista de lo frecuente, con la tecnología necesaria, desde el estetoscopio y baumanómetro, hasta el conocimiento de medicamentos útiles en la zona geográfica en donde ejercita la medicina.

Cuando la práctica de la medicina era mágica, la tecnología era ceremonial o ritual, después aparecen los antiespasmódicos, los eméticos, los enemas; posterior-

mente se inventa el fórceps, el estetoscopio, etc., hasta llegar a la era moderna, la era actual, en la que se ha llegado a considerar que las máquinas podrán hacer el interrogatorio, el diagnóstico y en algunos casos la prescripción.

La tecnología en el primer nivel de atención resuelve problemas; las vacunaciones, el manejo adecuado de los desechos, son sólo unos ejemplos; en cambio en el segundo y tercer niveles de atención, la tecnología frecuentemente, desde el punto de vista terapéutico, sólo es paliativa; la diálisis, las derivaciones ventrículo peritoneales, ejemplifican el alto costo y lo relativo de este tipo de avances.

Cuando consideramos los términos: tecnología médica, la mayoría pensamos en tomógrafos, equipos de resonancia magnética, monitores, etc.

Tecnología significa aplicar el conocimiento a un fin determinado, o bien, a un conjunto de conocimientos propios de un oficio mecánico o arte industrial; el término también denota la pericia o la habilidad para utilizar recursos producto de la ciencia o del arte.

De acuerdo con estos criterios, en la práctica de la medicina, la tecnología incluirá, no sólo equipos más o menos sofisticados, sino que abarcará también procedimientos clínicos, de información, de informática, etc.

Por otro lado, los avances tecnológicos han mejorado indudablemente la calidad de vida, esto ha sido notorio en los últimos 40 años.

El fin de la Segunda Guerra Mundial trajo además de la paz, beneficios tecnológicos sorprendentes en el caso de la transportación, los usuarios, de acuerdo con sus recursos, pueden optar por el ferrocarril o el avión de retropropulsión; sin embargo en el caso de los enfermos, el acceso limitado, por razones económicas, a los servicios médicos modernos, de tecnología avanzada, ese acceso limitado no es fácilmente aceptado por los desposeídos por el simple hecho de que no alcanza para ellos.

Con estos antecedentes, al analizar el tema de la dependencia tecnológica, dentro de este simposio: El médico entre la salud y la enfermedad (desde dos perspectivas: La dependencia tecnológica externa y la dependencia tecnológica interna), en un país, que como el nuestro, con pobres recursos financieros se encuentra en plena transición demográfica, transición epidemiológica y transición económica, debemos considerar que salvo contadas excepciones, los avances tecnológicos, limitando el concepto al de equipamiento e instrumentación, provienen del extranjero, por lo que su costo es elevado por esta razón la toma de decisiones para establecer costo-beneficio, debe hacerse con claridad, tomando en cuenta el beneficio de la sociedad, tanto desde el punto de vista de la salud como también por su propio valor científico, ya que la cultura y

*Director General del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Insurgentes Sur núm. 3877, México, 22 D.F.

el avance de la ciencia es parte de la salud de un pueblo. Es así como la responsabilidad de la toma de estas decisiones, caerá en los expertos que recomiendan la importación de determinada tecnología y los representantes de la sociedad, en nuestro caso, autoridades gubernamentales, que con la información adecuada deberán escoger de acuerdo con el sistema de salud aprobado la definición de lo conveniente de la importación tecnológica, el grado de dependencia y el acceso limitado a los servicios que se pretenden ofrecer.

Por otro lado en una economía mixta como en la que vivimos, es frecuente que dentro de la práctica de la medicina privada y en ocasiones de la llamada medicina socializada, ambas con mayores posibilidades de financiamiento, y que ofrecen sus servicios a grupos de nuestra sociedad más o menos privilegiados, la toma de decisiones depende, además de los puramente médicos, de criterios relacionados a la oferta y la demanda, el prestigio y en ocasiones de tipo político.

En cualquier caso, es esencial que antes de la toma de decisiones sobre la tecnología por importar, se aclaren las siguientes interrogantes: ¿funciona en nuestro medio?, ¿cuál es la eficacia clínica?, ¿cuál es el beneficio para los enfermos la sociedad o ambos?, ¿qué seguridad ofrece?, ¿qué riesgos tiene?, ¿cuál es su costo?, ¿a qué usuarios se aplicará?, ¿cuál es el beneficio para el desarrollo de la medicina?, ¿cuáles serán los efectos sobre el sistema de salud y los efectos sobre los valores éticos y sociales?, y por último, ¿estamos preparados para usar dicha tecnología?

Tenemos que considerar que la incorporación a la práctica médica de los avances tecnológicos, ya sean equipos o instrumentos en 95% de los casos, se han originado en el extranjero, y casi siempre se han desarrollado para satisfacer necesidades ajenas a nuestra realidad, lo cual requiere soluciones acordes con nuestro propio sistema de salud que ha sido diseñado para resolver nuestros problemas.

Las técnicas, procedimientos, productos y dispositivos, derivados del desarrollo tecnológico para atender problemas de salud, son a su vez consecuencia de la aplicación sistemática del conocimiento técnico y científico, que en nuestro país ha recibido poco impulso.

La falta de desarrollo tecnológico en nuestro país ha sido analizado en varios foros y sus causas las podemos resumir en: los problemas económicos, el bajo impacto de la actividad científica y la falta de vinculación entre los centros de investigación y desarrollo tecnológico con la industria nacional.

A pesar de los esfuerzos como la creación del Centro de Desarrollo y Aplicaciones para la Innovación Tecnológica de la UNAM, sólo 23% de las industrias relacionadas con los servicios médicos tienen interés en la producción de

artículos que requieren un desarrollo tecnológico limitado, la mayor parte de esos productos son generalmente poco sofisticados y no requieren de técnicas avanzadas y en muchos casos sólo reproducen artículos que son ya obsoletos en el extranjero.

El 77% de las empresas relacionadas con la industria de la salud, son simples distribuidores y 7% se dedica al mantenimiento y servicio de equipos extranjeros.

La transición económica, que tiene como base la instrumentación de políticas de ajuste para reactivar la economía y controlar la inflación, empieza a dar resultados positivos; sin embargo, el salario real y el bajo poder adquisitivo, a pesar de los incrementos en el presupuesto para el desarrollo social, dificultan alcanzar un sistema de salud, con desarrollo tecnológico moderno que tenga características de equidad, de acuerdo a nuestras propias necesidades demográficas y epidemiológicas, especialmente si consideramos la evidente dependencia tecnológica.

Vale la pena recordar una anécdota interesante, que a mi modo de ver, revela la grave dependencia del extranjero y al mismo tiempo ejemplifica la iniciativa frecuentemente apoyada por el afán de lucro.

En el año de 1973, unos cuantos meses después de la introducción al mercado de la tomografía computarizada, por la empresa EMI originalmente dedicada a la producción de instrumentos musicales en Londres, se compró en esa ciudad a través de un intérprete, el primer tomógrafo que fue instalado en la provincia mexicana. Cabe preguntarse si eso representa sólo intereses económicos de grupo; sin embargo, debemos recordar que el primer equipo radiológico importado a México, poco tiempo después del descubrimiento de Roentgen, a fines del siglo pasado, fue instalado en San Luis Potosí en un consultorio privado.

En la actualidad existen en México cientos de tomógrafos y miles de equipos radiológicos. ¿Han sido necesarios, han resuelto problemas de salud? Creo que definitivamente sí.

Ante la situación actual de apertura económica y comercial dentro de un marco de libre comercio, que seguramente facilitará aún más la penetración tecnológica, y por lo tanto la dependencia de productos extranjeros, que podrían acentuar la inequidad de los servicios, urge la definición de políticas de identificación, selección y evaluación de nuevas tecnologías para dar respuesta a las necesidades del país, de acuerdo con los patrones de morbilidad y mortalidad que no son estáticos, sino cambiantes, con el menor costo y la mayor eficacia.

La vinculación de los tres niveles de atención debe incrementarse y mantener los avances y logros de sistemas de información y políticas de adquisición, previa formación de recursos humanos y optimización de programas de mantenimiento y servicio.

Antes de la 2a Guerra Mundial, la tecnología médica podía acomodarse fácilmente dentro del clásico maletín. En las décadas 30 y 40, sólo uno de cada 16 médicos, trabajaba tiempo completo en el hospital; 40% de los encuentros paciente-médico, eran visitas domiciliarias y prácticamente 100% de los partos se atendían en el hogar; a partir de los años 50, esta relación se empieza a revertir; en la actualidad, más del 60% de los partos se atienden en el hospital.

En nuestro país el sistema de seguridad social, a partir de 1943, acentuó esta tendencia, a pesar de que prácticamente 30% de la población no tiene acceso a ella.

La tecnología médica es cara y seductora; ha seducido a los medios de comunicación, a los propios médicos y por lo tanto a toda la sociedad. Desde el más rico al más pobre, cuando surge la enfermedad, todos los ricos o pobres quisieran "lo mejor".

La aplicación de nuevos equipos -en todo el mundo- se realiza con frecuencia sin escrúpulos, sin evidencia clara de su eficacia, y también con frecuencia con el pretexto del avance exitoso de la propia tecnología; ésta pronto es obsoleta con consecuencias desastrosas para la economía, en detrimento de los pocos recursos para la salud.

V. Orientación profesional

ROBERTO URIBE ELIAS*

Si se nos pidiera caracterizar al siglo XX, seguramente lo haría señalando las tres grandes teorías que han realizado una revolución en las mentes y en la realidad del mundo: la teoría de la relatividad, la cuántica y más recientemente la teoría del caos; sin embargo, si nos pidieran hacer lo mismo con la medicina, los avances han sido tantos y tan espectaculares que dudáramos en seleccionar algunos de los más trascendentes pasos del hombre en ella.¹

Por contraste nos encontramos que ante esta explosión de la información y evolución de los conceptos, el médico medio, a pesar de estar rodeado de tecnología, recursos farmacéuticos y quirúrgicos de avanzada, se ve influenciado por los medios de difusión masiva y como el hombre de la calle sigue las corrientes de la moda médica sin reflexionar, acepta los medios paramédicos o paracientíficos de manera abierta sin analizar su trascendencia y en última circunstancia a veces no se diferencia grandemente del "no médico" en seguir remedios o tratamientos francamente mágicos o del dominio popular; sólo esto, para señalar la falta de impacto que la educación formal pueda tener en

*Académico numerario

relación con la educación informal no oficial y que aun en profesionales como el médico, tiene amplia repercusión y aceptación.

En esta era de conocimientos, el médico se ve rebasado por la información extracurricular y el avance tecnológico, que aplicado en medicina hace de la obsolescencia un factor permanente de reto ante el quehacer profesional.

Estoy convencido que seremos testigos de la tarea de reescribir la ciencia médica, debido a los diversos enfoques que se van obteniendo derivados de la aplicación racional y crítica de la ciencia y la técnica en todos los órdenes y de los aplicados de manera preferente a la medicina.

Todo lo anterior es para llamar la atención sobre la paradoja actual en donde, a pesar de lo avanzado del conocimiento científico, el hombre médico esta a merced del influjo de las prácticas no científicas por la necesidad de enfrentar nuevos retos, manejar una realidad demasiado compleja o muy cambiante; con todo ello la reacción se dirige a buscar un camino que permita respuestas inmediatas o transitorias, independientemente de su validez.

Para entender esta urgencia del profesional de la medicina es preciso no olvidar el marco de referencia en el que los acontecimientos actuales le obligan a moverse como: la tendencia a la globalización enfrentada a los regionalismos, sin dar tregua a la supervivencia del nacionalismo, única vía estable y duradera para una época de transformación en todos los órdenes; también debe acortarse el evidente enfrentamiento entre las tendencias individualistas sobre las comunitarias, ya que todos los factores de progreso y de modernidad tienden a dar preeminencia al individuo sobre la comunidad, lo que no ofrece tampoco un trecho largo de paz, sin una evidente manipulación o represión por parte de las estructuras de poder.

En la época presente en la que nos prestamos al cambio de milenio, más que a un cambio generacional en donde se establezcan los relevos de los viejos por los jóvenes, nos encontramos con un enfrentamiento claro entre la tecnología obsoleta y la nueva tecnología, que caracteriza a la modernidad que se impone en todos los órdenes.

La característica de toda la tecnología a lo largo de la historia del hombre, ha sido a veces su inesperado y otras planeado surgimiento, pero en todos los casos, su permanencia con desplazamiento definitivo de las técnicas previas; hacen de la aplicación tecnológica uno de los males necesarios en la vida del hombre y dentro de la medicina no hay excepciones².

La propia evolución con el desarrollo tecnológico nos lleva de igual manera al predominio o imposición de modelos en medicina, como el economista o el administrativo, en donde el eficientismo o la productividad por un lado, y la excelencia por el otro son las metas a lograr;

emerge el modelo de libre mercado que aplicado a la medicina busca en apariencia la satisfacción del paciente, pero con un capitalismo desbordado integra la comercialización al acto médico en todas sus fases, en donde para preservar al paciente transformado en cliente, se emplea múltiple tecnología (la más sofisticada), se elevan los costos y también se privilegia el estatus de la enfermedad con el fin de hacer más impresionante el ejercicio de la medicina. En todos los casos no se otorgan beneficios adicionales o reconocimientos al paciente, a la medicina o al médico, es a los medios o rapidez supuesta de los logros lo que interesa por sobre todas las cosas.

Con la caída del socialismo ha surgido la búsqueda desahogada de un pluralismo que todo lo justifique y que es tan sólo la vía popperiana de la sociedad cerrada *versus* sociedad abierta, que por lo menos en teoría no está resuelta.

Lo anterior caracteriza el marco en donde el médico de hoy y el de mañana reciben las exigencias que inciden sobre su orientación profesional. Las demandas más evidentes para el individuo consisten en: la pertenencia a una organización formal, el evidente logro real o supuesto de la excelencia, que de no lograr pueden ser sustituidas mediante la meritocracia, que les asegura ser aceptadas; aplicación externa de medios que favorezcan la productividad, mostrar a propios y extraños la eficacia obtenida en el trabajo cotidiano, resaltar los mecanismos de integración al sistema y como un elemento muy importante a pesar de los anteriores, subrayar la sumisión a los núcleos de poder como condición *sine qua non* para funcionar y proyectarse.

Como contraparte el profesional tiene como posibilidades reales para luchar o contender con la realidad circundante: la libertad de pensar, que le permite ubicarse en el contexto social y conocerse como individuo; la obtención de objetivos o metas individuales que le sustenten, su estima personal a una participación activa con aporte efectivo al trabajo en equipo, pero sobre todo la libertad de crear, lo que le permitirá incursionar en los más diversos campos con cierta solidez y entusiasmo evidente; tendrá además una proyección acorde con el conocimiento que posea y vaya incrementando a lo largo de su práctica diaria, o que enriquezca para hacer de su experiencia en el campo de trabajo de cualquier naturaleza, clínico, docente, investigador, etc. el mejor motivo de avance y de logro.

Sin embargo, existen hechos que marcan diferencias significativas entre la medicina actual y la anterior, siendo estos los que determinen en gran porcentaje la orientación que seguirá el profesional de la medicina; el primero de ellos, sin decidir que sea el más importante, es la explosión de la información que como fenómeno de nuestro tiempo

impacta no siempre de manera positiva al médico, ya que en la mayoría de los casos logra abrumar de tal manera que el interesado toma la vía del menor esfuerzo ante la avalancha no seleccionada de datos; la computación, los índices internacionales, el servicio bibliográfico y las revistas científicas son alternativas reales de manejo de la información.

Existe una transformación real del conocimiento en medicina por el ensanchamiento de la base científica y por los nuevos enfoques que la aplicación tecnológica ha imprimido a la investigación básica y clínica, el quehacer profesional y el empleo de investigaciones fuera del terreno médico a problemas de la vida del hombre. Estas aplicaciones tienen varias facetas, por un lado, el desarrollo innegable del conocimiento que ahora permite realizar análisis y relaciones antes no sospechados, pero por otro lado, lo sencillo se ha hecho complejo y ante los problemas no se piensa, se accionan aparatos intentando lograr respuestas pseudo científicas, ya que no por provenir de una máquina y darnos los datos cuantificados o en gráficas, nos resuelve la interrogante original.

El hombre de hoy es el mismo que Hipócrates y Galeno conocieron pero los problemas de salud se han diversificado y hecho más complejos, la evolución de la medicina paralela al desarrollo del conocimiento del hombre, ha hecho surgir la nueva medicina, la nueva patología que no son sino nuevos enfoques de los problemas ancestrales de la vida humana y que ahora, los vemos a la luz de más conocimientos, mejores técnicas y apoyados en más tecnología, cayendo en orientaciones a veces muy localistas y que ahora se ha convertido en una búsqueda por enfoques más integrales como podrían ser los estilos de vida, para los cuales la escuela hipocrática ya tenía tratados de dietética, entendida ésta en su amplia acepción, escritos desde entonces³.

Otro hecho relevante es la transformación de la medicina de aplicación general en una esfera de alta comercialización, donde por la demanda se le imprime un giro mercantilista como alternativa de solución a problemas de evaluación, supervisión, control y calidad de los servicios de atención médica, adoptando los seguros médicos que sólo cambian la denominación de patrón de médico y no resuelven los problemas de cobertura o calidad, sin ninguna ventaja real para el propio médico que sigue siendo mal pagado por su labor.

Lo anterior, es un reflejo directo de la pérdida de poder del médico como profesional, de manera individual u organizada, ante la sociedad para la cual el saber médico ya no tiene la relevancia de otras épocas, y por lo tanto en la medida de la cultura médica es más popular el médico que aparentemente ha perdido su hegemonía y reconoci-

miento social, nada más alejado de la realidad ya que de mediar buena preparación, el médico seguirá siendo el factor insustituible para el hombre y la sociedad ante la salud y la enfermedad.

La última década en medicina se ha caracterizado por la presencia creciente de la mujer dentro de la profesión, esto ha ido moldeando el quehacer médico y deberemos de seguir la tendencia actual, aceptando un franco predominio de la mujer en esta actividad⁴.

El momento actual en donde el proceso económico se ve como el centro de la actividad humana, nos muestra que la economía del bienestar o de las cosas que el sujeto busca poseer, debería de pasar a la economía del conocimiento, en donde los hombres entenderían que su mayor y más preciado bien es el conocimiento, esto se está dando de manera lenta, imperceptible pero inexorable para lograr un avance real de la sociedad humana; y en medicina, esto debe favorecer el incremento de la cultura médica, la educación para la salud que en manera alguna desdora la imagen del saber médico, sino por el contrario lo complementa y lo favorece, permitiendo una actuación mucho más abierta y participativa en la labor del médico.

Se deberá estar alerta para calificar y estructurar ese conocimiento ya que también, es un hecho, que no todo conocimiento tiene una base científica, por lo cual el incremento del conocimiento no significa más ciencia y la presencia de corrientes no científicas o paracientíficas son en la actualidad motivo de alerta para evitar, se desvirtúe la acción científica. El peligro de la especulación como mecanismo generalizado, que en otros tiempos tanto tuvo que ver con el estancamiento de la ciencia médica, y por otra parte, el conocimiento aplicado que rinde monetariamente y que puede convertirse en un pretexto para la obtención inmoderada de beneficios económicos, olvidando en ambos extremos los principios éticos del ejercicio⁵.

La medicina requiere conocimiento y destreza, la medicina del conocimiento la podremos alcanzar a través de la creación, el desarrollo y la competencia, entendida como aplicación, efectividad y generalización que facilite el surgimiento de la medicina científica, y no exclusivamente como la lucha por imponerse.

Para entender la orientación futura de la medicina, debemos conocer las necesidades que ahora se plantean, tanto de manera institucional, organizativa o privada, como desde el punto de vista del sujeto o individuo que la ejerce; en este sentido comienza a surgir la demanda médica, ya que la sobreoferta y mala distribución habían incidido sobre el desarrollo del médico; pronto nos enfrentaremos a tener que estimular la formación por falta de interés para los jóvenes, debido en buena parte a expecta-

tivas limitadas y poco halagadoras, que hacen seleccionar en lugares secundarios a la medicina como opción de formación; esta demanda y expectativas ya se han establecido en algunas especialidades donde se requiere favorecer y estimular su enfoque (anestesiología, radiología y anatomía patológica) aceptando que las causas merecen ser tratadas en otro momento.

La búsqueda de reconocimiento o estatus al parejo del conocimiento y destrezas, sobre todo aquellas ligadas al empleo de nuevas tecnologías, son un capítulo muy importante para la formación, proyección y satisfacción del profesional lo que obliga a pensar en un mejor equilibrio entre la teoría y la práctica; la necesidad de enfrentar con audacia el problema de la cantidad *versus* la calidad, y la indeclinable decisión de buscar no más enseñanza sino mejores aprendizajes.

Dentro de las necesidades institucionales se plantea: la complejidad del trabajo que no requiere más administración o burocracia sino de profesionales con conocimientos múltiples y más diversificados, que puedan enfrentar los problemas de manera integral que les favorezca el manejo de varias áreas de manera natural que evite el concurso múltiple e inconexo de diversos profesionales (que no son siempre equipos de trabajo). La emergencia de las especialidades y la superespecialidad no han resuelto las necesidades y en algunos casos ha hecho complicado el manejo, así como el empleo de alta tecnología que en no pocos no resuelve sino que, pospone y encarece. Es necesario establecer estrategias que favorezcan la realización, y por consecuencia, la obtención de experiencias propias que enriquezcan y consoliden a los individuos y a los equipos⁶.

Se ha señalado de manera general al burocratismo como un mal real que debemos enfrentar y erradicar, entendiéndolo como todo aquello que privilegia los medios relegando los fines; los siguientes fenómenos que también inciden en la orientación profesional del médico, podrían catalogarse como resultantes del ejercicio de la burocracia, pero vale la pena desglosarlos: ruptura de las escuelas de formación, sobre todo de especialistas por un crecimiento desbordado de las áreas de formación, con la falta de creación del espíritu de cuerpo, del sentimiento y la emoción por una escuela con la consecuente multiplicidad de criterios, modelos y experiencias no comparables; surgimiento de conocimientos propedéuticos finales que obligan a un desprecio de los mismos y a la búsqueda injustificada de otros, como es el caso de la medicina familiar que ha sido rebazada por la ambición, al hacerla propedéutica de las otras especialidades; a pesar de ser históricamente la licenciatura en medicina un nivel terminal, la proyección de las especialidades ha transformado el nivel de licenciatura en un nivel no terminal; la presencia

de las superespecialidades ha fragmentado, limitado, encajido y no resuelto la problemática médica; por influencia del mercado se han desatendido áreas prioritarias sobrepoblado otras, apoyado por los mecanismos para acceder a las oportunidades; la mente del joven egresado se ha burocratizado y perdido la vocación o cuando menos la motivación inquebrantable de hacer, conocer y manejar una idea determinada; la preeminencia de la mujer no ha sido estudiada suficientemente ni comprendida; la organización del sistema de atención por niveles ha desequilibrado los recursos, la demanda y evidenciado subocupación en determinadas áreas; de igual manera, ha creado a los médicos de primera, segunda y tercera atención, así como medicinas desiguales; con reconocimientos de variada categoría a la labor médica que perpetúan la desigualdad, con la consecuente pérdida de poder del médico, es ahora manipulado por intereses económicos como los de las compañías de seguros que de ninguna forma representan un ejercicio comparable al institucional, por ejemplo el de la medicina de la seguridad social que ofrece estructura, organización, vanguardia y proyección, por mencionar sólo algunas características; en este momento partiendo del pluralismo en la acción, se favorece la dilución o delegación de responsabilidades, que nos lleva a la ineficacia e incompetencia que se traduce en punición administrativa e incremento del burocratismo.

Estos fenómenos se agregan al surgimiento de la llamada hiperescolaridad, en donde el sujeto que debe ser productivo a determinada edad pospone innecesariamente su entrada a la vida real; el sobreentrenamiento en donde la propia burocracia conduce y favorece inseguridades e incompetencias, en donde un sujeto busca inútilmente la firmeza del conocimiento en apoyos externos en lugar de enfrentarse con su responsabilidad y conocimiento a los problemas reales que le rodean.

Como una alternativa se pueden identificar los problemas de reciclaje profesional, y convertir en realidad la posibilidad de una segunda carrera y realizar un análisis crítico de las jurisdicciones del saber médico como elementos que rompan radicalmente con los problemas de motivación, desinterés, complejidad de enfoque, exceso de información y manejo insuficiente por manejos inacabados; estas paradojas son a las que nos enfrentamos y contra las que tendremos que contender⁷⁻⁸.

La medicina es el ejemplo de convertir el concepto en acción al servicio del hombre y de la sociedad.

¿Cuáles serían las vías para encontrar esa nueva orientación del médico?, ante el fraccionamiento de la información, parcelización del conocimiento, manejo múltiple y complejo, evidente falta de una visión integral y ante el intento fallido de la medicina de contacto primario, inter-

pondríamos una medicina integral fundamentada en el conocimiento científico, en donde los nuevos conceptos transformen la conducta médica, cambiando el cómo se ve y enfoca la enfermedad, los novedosos esquemas de la inmunología, la citoquímica como base de los procesos macro, el papel de las estructuras subcelulares, los determinantes genéticos, el papel de los sistemas suborgánicos como los priones, en fin, el reto de escribir la nueva medicina; encontrar la responsabilidad del órgano, de la función, del microorganismo o de la neurosecreción; es el reto permanente de encontrar, comprender y apoyar, la responsabilidad del ser humano, del hombre contemplado como un todo.

La orientación debe ser hacia la transdisciplina, entendida ésta como la posibilidad de aplicar avances de otras disciplinas para resolver problemas en otro campo, mediante una adecuada articulación que rebasa la interdisciplina y la pluridisciplina, pero se apoya firmemente en ellas y no acumula, no yuxtapone sino que articula de manera flexible y científica.

Es la medicina una concepción transdisciplinaria en donde coinciden las más

diversas disciplinas humanas y que permite una integración con las ciencias duras como la física; estos desarrollos epistemológicos deberán orientar nuevos esquemas de formación que apoyen el que inicialmente era pluripotencial en su finalidad sea transdisciplinario en su realización^{9,12}.

La orientación profesional integral y ética que sustente las expectativas humanas de una mejor vida, un desarrollo crítico y pragmático para el empleo, utilización y renovación de las tecnologías actuales y futuras, en el quehacer cotidiano del médico y en la investigación tenderá a la búsqueda del conocimiento básico con nuevos y audaces enfoques, que permitirán dar la evolución sólida de la medicina como ciencia.

Debemos consolidar sin descanso los mecanismos de difusión de la formación y de conservación del conocimiento, favorecer el desarrollo metodológico en las mentes de los jóvenes en formación y de los profesionales actuantes en cualquiera de las áreas de proyección del pensamiento médico, con una disciplina científica y lógica, que haga de sus mentes elementos abiertos y flexibles que los acerquen al nuevo conocimiento y tengan la capacidad de encontrar las nuevas vías de comprensión y aplicación para beneficio del ser humano.

El médico deberá seguir dedicando su mejor esfuerzo al combate de la enfermedad, para el cual deberá estar suficientemente preparado sin desentenderse de la visión, de la prevención y promoción de la salud, que ahora son enfoques indeclinables; sin embargo, si esos nuevos enfo-

ques requieren por su amplitud, progresión o complejidad, como podría ser la inquietud presente por analizar y proyectar lo referente a estilos de vida con base epidemiológica y de conocimiento sociológico, deberemos decidir la creación de una nueva figura profesional que amalgame las características, también transdisciplinarias, para hacer de este nuevo enfoque del bienestar del hombre un área de manejo serio, firme y científico.

De darse las condiciones necesarias deberá meditarase profundamente sobre la base de un cuerpo de conocimientos, una actitud y destrezas que complementen la labor tradicional del médico y la hagan necesaria en un momento del desarrollo social, en que no pueden desperdiciarse el ímpetu y la visión de la mente humana.

Referencias

1. Gleick J. CHAOS. Making a New Science. Penguin Books, New York 1988;3-8.
2. Uribe-Elias R. Tecnología y economía en el sector salud; tendencias, posibilidades y limitaciones. Gaceta Med. Mex. 1990;126, 552.
3. Cassell EJ. The Body of the Future en the Body in Medical Thought and Practice. Ed. Drew Leder. Kluwer Acad. Publ. Dordrecht 1992; 233-49.
4. Relman AS. The changing demography of the medical profession. N.Engl J. Med 1989; 321: 1540-42.
5. Nikolayev V. The new technological paradigm of intelligence-based Production. Global changes. Futures. 1991;23:828-48.
6. Prigogine I, Stenger I. Orter out of chsos. Man's New Dialogue with Nature. BANTAM BOOKS, New York, 1984;27-55.
7. Uribe-Elias R. La formación del médico en reflexiones sobre Educación Médica. SSA a México 1990;693-709.
8. Drucker PF. The Age of discontinuity. Guidelines to our changing society. Transactions Publ. New brunswick 1992;263-269,320-325,337-347.
9. UNESCO. Colloque International Sur L'interdisciplinarite. Rapport Final. Paris 1991;3-21.
10. Gusdorf G. Pasado, presente y futuro de la investigación interdisciplinaria En: Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas. L. Apostel. Tecnos/UNESCO, Madrid 1983;32-52.
11. Benoist JM. La interdisciplinariedad en las ciencias sociales. En: Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas. L. Apostel Tecnos/UNESCO Madrid, 1983;165-187.
12. Morin E, Piattelli-Palmarini M. La unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria En: Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas. L. Apostel Tecnos/UNESCO Madrid, 1983;188-212.