

Nueve reflexiones sobre la salud y la educación médica en México

José Narro*

Resumen

En el caso de México, los campos de la atención a la salud y la educación médica guardan una íntima vinculación. Por otra parte, la sociedad contemporánea vive un profundo proceso de transformación. En el presente trabajo se documentan algunas de las paradojas y contrastes que, en materia de salud y educación médica, caracterizan a la realidad de México. Particular énfasis merece el análisis de las profundas diferencias que existen entre las dos entidades federativas que presentan las cifras extremas en cuanto a la esperanza de vida al nacimiento. La tesis que subyace en el documento reconoce que es indispensable el análisis integral de los procesos de organización y administración de la atención y la educación médica en México.

Palabras clave: Educación médica, mortalidad, variaciones regionales en salud.

Summary

In Mexico's case, the fields of healthcare and medical education are closely vinctulated. On the other hand, contemporary society lives in a deep trasformation process. In the present article, some paradoxes and contrasts in relation to health and medical education characterize the reality in Mexico. Particular emphasis is made on the analysis of the profound differences which exist between the two federative entities which present the extreme figures on life expectancy at birth. The thesis which supports the document, recognizes the need for integral analysis of the organizational and administrative processes of healthcare and medical education in Mexico.

Key words: Medical education, mortality, regional variations in health

Reflexiones sobre salud y educación

Los campos de la atención a la salud y la educación médica están de suyo intensamente vinculados. En particular en nuestro país esta relación se ve reforzada por razones de la evolución de nuestro sistema asistencial, y por el papel asumido en el pasado por la entonces Escuela Nacional de Medicina.

Los vientos de cambio que caracterizan a la sociedad contemporánea alcanzarán, sin duda, a los dos campos antes referidos, y lo harán antes de que logremos consolidar un auténtico Sistema Nacional de Salud. Numerosas paradojas y contrastes pueden describirse en nuestros sistemas formadores y asistenciales. Los singulares logros se acompañan de problemas fundamentales.

En el presente trabajo se pretende documentar algunos de esos aspectos por lo que, en distintos apartados, se analizan los avances más sobresalientes en materia de salud, los cuales son contrastados con los problemas que afectan a una sociedad en plena transición.

Así, se presentan elementos que permiten ilustrar la existencia e importancia de las "enfermedades de la pobreza" y de la "civilización", la coexistencia de las "viejas y las nue-

vas plagas", las profundas diferencias regionales en materia de salud que todavía hoy caracterizan al país. Al mismo tiempo, se discute la factibilidad de que en un plazo relativamente corto, podamos alcanzar la cobertura universal en cuanto a la atención médica primaria.

Los asuntos cuantitativos de la educación médica son revisados en sus aspectos más elementales y también se hacen diversas consideraciones en cuanto a otros como la ética médica, el humanismo, la calidad del proceso y la necesidad de contar con un sistema planificado.

La tesis que subyace en este ensayo, reconoce implícitamente la necesidad de tener un acercamiento integral de los procesos de organización y administración de la atención y la educación médicas en México.

Los avances en materia de salud.

Los avances de nuestro país en materia de salud durante las últimas décadas son realmente importantes. Mientras que en 1930 la esperanza de vida al nacimiento era de menos de 37 años, en 1990 se acercó a los 70.¹ Seis décadas, atrás el paludismo, la viruela y la tosferina, se sumaban a las enfermedades diarreicas y respiratorias para explicar el 60 por ciento de las

*Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM. Secretario General del IMSS.

defunciones en nuestro país.² Hoy en día, la viruela está erradicada, la tosferina originó, en 1986, menos de mil fallecimientos y el paludismo sólo causó 80 defunciones, a pesar de que la morbilidad se ha reactivado en los últimos años.³ Las propias infecciones respiratorias e intestinales, aun cuando todavía representan un grave problema para la salud colectiva, han disminuido su importancia en la estructura de la mortalidad general. En 1990, estas dos enfermedades fueron la causa de poco menos de 44,500 muertes, es decir, de una de cada 10 defunciones, mientras que en 1930 tenían una representación cuatro veces más alta en la mortalidad general.^{1,4}

En la actualidad, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes y la diabetes mellitus, constituyen las principales causas de muerte entre nuestra población y explican casi el 40 por ciento de las defunciones.⁴

Todos los indicadores comúnmente aceptados para valorar las condiciones de salud de una comunidad, muestran claros indicios de mejoría en el tiempo. Si la mortalidad infantil era en 1930 de 146 por 1,000 nacidos vivos, en la actualidad es casi cuatro veces menor. La propia tasa cruda de la mortalidad general ha descendido más de un 80 por ciento y la mortalidad materna también lo ha hecho de manera sobresaliente (Cuadro 1).

Cuadro 1. Evaluación de algunos de los principales indicadores de salud en México

	Mortalidad general	Esperanza de vida	Mortalidad infantil	Natalidad	%de Rurality
1930	26.7 (a)	36.8 (c)	145.6 (c)	49.5 (a)	66.5 (a)
1950	16.1 (a)	46.9 (d)	132.0 (d)	45.6 (a)	57.4 (a)
1970	9.2 (a)	60.9 (d)	76.8 (d)	42.4 (a)	41.3 (a)
1990	4.9 (b)	69.8 (d)	46.6*(d)	32.2**(a)	

* Dato para 1987

** Dato para 1986

Fuente: (a) Información preliminar en salud

(b) Dirección General de Epidemiología. Listado de las 20 principales causas de mortalidad. México 1990.

(c) La mortalidad en México, 1922-1975. Compilación de Ignacio Almada B.

(d) Los desafíos de la educación médica en México. José Narro Robles y Julieta Ceballos (editores).

Enfermedades de la pobreza y de la civilización

El nuestro es un país que aún padece el azote de las enfermedades que en su causalidad reflejan enormes razagos e inequidades.⁵ La pobreza, caracterizada por deficiencias notables en la alimentación, el nivel educativo, el ingreso familiar, las condiciones sanitarias, la vivienda, el empleo y

el acceso a los servicios de salud, todavía golpea a núcleos importantes de nuestra población, y contribuye a que vivamos una situación aparentemente paradójica y a que parte de la patología perinatal, la influenza y las neumonías, las infecciones intestinales, los hechos violentos, las enfermedades carenciales, la tuberculosis y el sarampión, estén representadas entre las 20 primeras causas de muerte (Cuadro 2).

Cuadro 2. Veinte principales causas de mortalidad general Estados Unidos Mexicanos, 1990

No. de orden	causa	Número de defunciones	Tasa
1	Enfermedades del corazón	59 742	69.6
2	Tumores malignos	41 168	48.0
3	Accidentes	39 400	45.9
4	Diabetes mellitus	25 782	30.1
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	23 063	26.9
6	Influenza y neumonías	22 205	25.9
7	Enfermedades infecciosas intestinales	22 196	25.9
8	Enfermedad cerebrovascular	19 760	23.0
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	17 902	20.9
10	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	14 497	16.9
11	Deficiencias de la nutrición	11 788	13.7
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	9 629	11.2
13	Anomalías congénitas	8 969	10.5
14	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	8 269	9.6
15	Tuberculosis todas formas	6 355	7.4
16	Sarampión	5 899	6.9
17	Anemias	4 475	5.2
18	Lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionalmente infligidas	3 066	3.6
19	Úlceras gástrica y duodenal	3 042	3.5
20	Septicemia	2 826	3.3
	Las demás causas	72 770	84.8
	Total	422 803	492.9

Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología.

Por otra parte, sin haber resuelto satisfactoriamente ese problema, nuestra sociedad se ha visto afectada por las denominadas enfermedades del desarrollo, lo que ocasionó, que en 1990, una de cada tres muertes se originara en las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes.

La mezcla e importancia de estos dos grandes grupos de patología, puede reconocerse si se hace notar que las infecciones intestinales y respiratorias, dieron cuenta de más del 23 por ciento de los años potenciales de vida que se perdieron en 1986, en tanto que los accidentes, los tumores malignos y las enfermedades del corazón fueron responsables de la pérdida

de un 24 por ciento adicional (Cuadro 3). Es decir, que entre este grupo de cinco enfermedades se explica casi la mitad de los años potenciales de vida perdidos en ese año

Cuadro 3. Años de vida potencial perdidos previos a los 70 años de edad para las diez principales causas de muerte. México 1986

Causas	% de años perdidos
Accidentes	15.2
Infecciones intestinales	14.5
Afecciones perinatales	11.5
Influenza y neumonías	8.6
Homicidios	5.5
Tumores malignos	4.4
Enfermedades del corazón	4.3
Cirrosis hepática	2.6
Diabetes mellitus	1.7
Enfermedades cerebrovasculares	1.2

Fuente: Información prioritaria en salud. Consejo asesor en epidemiología

Un hecho realmente preocupante es el que tiene que ver con las muertes violentas. Durante los últimos 70 años, la mortalidad atribuible a este grupo no se ha modificado. En tanto que en 1922, la tasa por 100,000 habitantes era de 64.1, en 1968 ascendió a 64.8, y en 1990 a 66.4 (Cuadro 4).

Cuadro 4. Mortalidad por muertes violentas. México 1922, 1968 y 1990

1922		1968		1990	
Defunciones (a)	Tasa	Defunciones (a)	Tasa	Defunciones (b)	Tasa
9,262	64.1	25,650	64.8	56,963	66.4

Fuente: a) Pedro Daniel Martínez, Salud Pública de México 1970, Vol. XII¹

b) Dirección General de Epidemiología

Diferencias regionales en salud

Aun cuando ya fue señalado, todos los indicadores comúnmente utilizados para medir o representar el estado de salud de una sociedad, muestran en nuestro caso una mejoría notable al paso de las últimas décadas, también lo es que dichas cifras enmascaran las profundas diferencias que existen entre distintos grupos sociales, sectores y regiones de México.

Para ejemplificar esto, vale la pena recordar que aun cuando el promedio nacional de esperanza de vida al nacimiento alcanza ya casi 70 años, la cifra oculta las dolorosas diferencias que existen entre las entidades federativas con da-

tos extremos, Nuevo León con casi 74 años y Oaxaca con sólo 62. La cifra que hoy tiene Oaxaca la había alcanzado Nuevo León hace más de tres décadas, a mediados de los años 50.⁶

Es pertinente, sin fines exhaustivos, profundizar en los contrastes entre las dos entidades federativas. Los datos preliminares del pasado Censo de Población,⁷ muestran que el número de habitantes de los dos estados es similar. Mientras la entidad norteha tiene 3,086,466 pobladores, la del sur cuenta con 3,021,514. Las diferencias detectadas en la esperanza de vida al nacimiento, constituyen sólo uno de los numerosos elementos que diferencian a las dos entidades. Así por ejemplo, en tanto que cerca del 90 por ciento de la población de Nuevo León cuenta con la protección de los sistemas de seguridad social, en Oaxaca la cifra apenas si rebasa el 20 por ciento (Cuadro 5).

Cuadro 5. Población total y asegurada de Nuevo León y Oaxaca. 1990

	Población Total	Población derechohabiente		
		IMSS	ISSTE	Otras Instituciones
Nuevo León	3,086,466	2,763,794	261,274	28,624
Oaxaca	3,021,514	391,477	193,887	60,125

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística 1990.

Los dos Méxicos representados por los estados que nos ocupan, muestran grandes contrastes si se analizan algunos de los recursos de que disponen para la atención de la salud de su población (Cuadro 6). Como es fácil observar, las diferencias son notables en favor de Nuevo León, que cuenta con un presupuesto per cápita superior en más de tres veces y con más del doble de camas censables, de personal médico, de enfermeras y de quirófanos, en las instituciones públicas de salud.

Cuadro 6. Algunos recursos institucionales para la atención de la salud. Nuevo León y Oaxaca 1990

	Presupuesto Total (Millones)	Camas Censables	Personal Médico	Personal de Enfermería	Quirófanos
Nuevo León	766,775.7	2,830	3,663	6,758	81
Oaxaca	209,086.2	1,253	1,898	2,809	38

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística 1990.

Como sería de esperarse, la cantidad de servicios que prestan a la población tiene también amplias diferencias que

en casi todos los casos seleccionados muestran un predominio de más del doble en favor de la población de Nuevo León (Cuadro 7). El número de consultas, el de egresos hospitalarios, el de partos y el de intervenciones quirúrgicas así lo demuestran. Resulta interesante que la cifra de biológicos aplicados, sea favorable al estado de Oaxaca.

Cuadro 7. Algunos servicios prestados por las instituciones de salud Nuevo León y Oaxaca 1990

	Consultas	Egresos Hospita- larios	Biológicos Aplicados	Partos	Interven- ciones Qui- rúrgicas
Nuevo León	7,766,000	159,690	2,364,966	57,984	104,690
Oaxaca	3,132,693	60,002	2,769,176	31,073	27,091

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, 1990

Las diferencias en la mortalidad por causa entre las dos entidades federativas son notables. Al contrastar las tasas correspondientes y por tanto estimar el riesgo relativo en algunos padecimientos seleccionados, se puede apreciar fácilmente que el riesgo de morir por enfermedades infecciosas, homicidios, cirrosis, bronquitis crónica, accidentes y carcinoma del cérvix, es mucho más alto para los habitantes de Oaxaca, en tanto que sucede lo contrario en el caso de los suicidios, del resto de los cánceres, de la diabetes mellitus y de las enfermedades isquémicas del corazón, que muestran un claro predominio entre los habitantes de Nuevo León (Figura 1). Salvo por el caso de la tosferina, la fiebre tifoidea y el cáncer pulmonar, el gradiente encontrado es bastante uniforme y constituye una representación gráfica del fenómeno de la transición epidemiológica que se da entre las dos entidades federativas analizadas.

Nuevas y viejas plagas.

La conquista de las grandes epidemias de fiebre amarilla, peste bubónica, tifo epidémico, viruela y poliomielitis, así como el control del paludismo y la tosferina, debieron esperar el arribo del Siglo XX, que trajo aparejado el mejoramiento de las condiciones sanitarias de amplios núcleos de población y el advenimiento de eficientes mecanismos preventivos.

La estructura de la mortalidad general durante los últimos 60 años nos muestran algunas situaciones claramente definidas (Cuadro 8). En primer término, la eliminación de entre los primeros sitios de la mortalidad, de enfermedades como el paludismo, la tosferina, la viruela, el sarampión y la tuberculosis. Por otra parte, la persistencia tenaz de problemas como las enfermedades respiratorias y diarreicas, los accidentes, las muertes violentas y la patología perinatal. Por último, el ascenso sostenido de las enfermedades cerebrovasculares. A

Figura 1

GRADIENTE DE LOS RIESGOS RELATIVOS POR ENFERMEDADES SELECCIONADAS EN OAXACA Y NUEVO LEÓN, MÉXICO, 1988

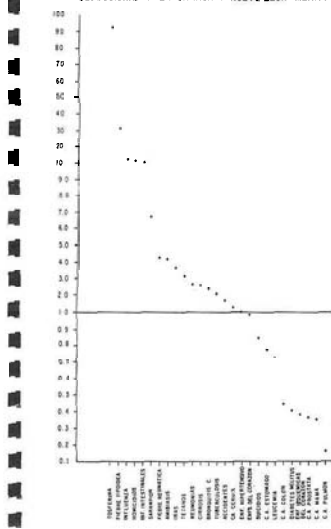


Figura 1.

este cuadro, debe sumarse la aparición o reactivación de algunas entidades nosológicas, tal es el caso del SIDA y del cólera, que si bien no tienen un impacto particularmente importante en la mortalidad general, se erigen sin embargo como enemigos de la salud colectiva. Recordemos que en 9 años se han acumulado cerca de 8,500 casos de SIDA y que desde su llegada a México, el cólera ha afectado a más de 2,800 individuos.⁴⁹ Este es también el caso del alcoholismo, de los problemas de la salud ambiental, de las muertes violentas, intencionales o accidentales, y de la salud mental de nuestra población.

El total de muertes violentas ascendió en 1990, a casi 57,000 casos (el 13.5 por ciento del total) o 156 fallecimientos cada día. En la actualidad esta cifra no es superada por la suma de lo que hace todavía 20 años constituía la peor amenaza para la vida de los mexicanos: las enfermedades diarreicas y la influenza y neumonías.

Mención particular, por la tasa de crecimiento que presenta, merece el caso de la diabetes mellitus. En sólo 20 años ha escalado posiciones en la estructura de la mortalidad general. En tanto que en 1970 no aparecía entre las primeras diez causas de muerte, dos décadas después se ubica en el cuarto

**Cuadro 8. Diez primeras causas de muerte en la República Mexicana
México 1930 - 1990**

Sitio	1930 (a)	1950 (a)	1970 (a)	1990(b)
1°	Diarrea y enteritis	Gastritis, duodenitis enteritis y colitis	Influenza y neumonías	Enfermedades del corazón
2°	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	Tumores malignos
3°	Paludismo	Enfermedades de la primera infancia	Accidentes o muertes violentas	Accidentes
4°	Tosferina	Accidentes o muertes violentas	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus
5°	Accidentes o muertes violentas	Paludismo	Causas de morbilidad y mortalidad perinatales	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
6°	Viruela	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Influenza y neumonías
7°	Sarampión	Tosferina	Bronquitis	Enfermedades infecciosas intestinales
8°	Debilidad congénita y y vicios de conformación congénita	Tuberculosis	Enfermedades cerebro vasculares	Enfermedades cerebro vasculares
9°	Tuberculosis	Bronquitis	Sarampión	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
10°	Enfermedades del hígado y de las vías biliares	Sarampión	Cirrosis hepática	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona

Fuente: a) La mortalidad en México, 1922 - 1975, Ignacio Almada.
b) Dirección General de Epidemiología.

lugar, causando más de 25,000 defunciones, una gran cantidad de patología asociada y el incremento de riesgos para otras enfermedades.

Sin duda la frecuencia de esta enfermedad está aumentando, pero no debemos descartar que su letalidad esté elevada en exceso, por ello deberá hacerse una revisión de la forma en que se están atendiendo estos pacientes y de los programas que para la detección temprana del padecimiento, su tratamiento oportuno, el control de la patología y la limitación del daño, existen en las instituciones de salud.

La relevancia del padecimiento puede subyacerse si se recuerda que en el IMSS ocasionó, durante 1990, 3,813 defunciones hospitalarias, constituyéndose de esta forma en la primera causa de muerte en pacientes hospitalizados, representando el 9.4 por ciento de los fallecimientos entre esta población, y explicando casi una de cada diez defunciones.¹⁰

La cobertura de la atención a la salud

La población de nuestro país puede ser dividida en tres grandes grupos, atendiendo a los servicios médicos de que dispone. Una primera categoría corresponde a la población derechohabiente de los servicios de la seguridad social. Otra a la población que por no contar con capacidad de cotización, ni con poder de pago, debe hacer uso de los servicios que para la atención de la población abierta se han desarrollado en el

país. La tercera corresponde a aquel núcleo que por tener posibilidades económicas, utiliza los servicios médicos privados.

Por supuesto que en realidad existe una multiplicidad de posibilidades, ya que existen grupos que disponen de los servicios de dos o más instituciones de seguridad social, otros que teniendo derecho a lo mismo, hacen uso de la medicina privada o de los recursos destinados a la población abierta sin capacidad de pago. El acceso y la utilización de los servicios privados está, por otra parte, condicionado por el tipo de patología, la duración del padecimiento, las condiciones económicas y la confianza del paciente, derivada de experiencias previas.

A pesar de los problemas que se originan de lo anterior, es un hecho que la cobertura real, por lo menos en materia de atención médica primaria, se ha incrementado notablemente en los últimos años. El gran esfuerzo que esto representa puede verse de mejor manera, si se considera que mientras la población derechohabiente de la seguridad social representaba en 1970 el 24 por ciento del total, en 1990 alcanzó casi el 60 por ciento y que, a pesar del crecimiento de la población en ese lapso, la población no cubierta por esas instituciones descendió de 38.6 millones a poco menos de 32 y medio.¹⁵

Al considerar la capacidad instalada para la atención de la población abierta por parte de los distintos programas existen-

tes, se puede derivar el número de población posiblemente cubierta. Por contar también con una estimación conservadora de la cobertura de la atención privada, ha sido posible calcular que cerca del 6 por ciento de la población no cuenta con acceso fácil y permanente a ningún tipo de servicio asistencial.¹⁶ Esto significa que alrededor de cinco millones de mexicanos no cuentan con atención profesional para sus problemas de salud. Esta cifra, si bien es importante en su magnitud, no se muestra como inalcanzable en el futuro cercano. De continuar la recuperación económica del país, si se generan más empleos y si somos capaces de hacer más eficientes y productivos nuestros servicios, es probable que podamos alcanzar pronto uno de los objetivos más anhelados en materia de justicia social; la cobertura universal de las necesidades de salud de nuestra población.

Para hacerlo, tendremos que probar nuevas fórmulas, hacer uso de la tecnología disponible en materia de telecomunicaciones, reactivar algunas estrategias que en el pasado dieron muestra de sus bondades y posibilidades; pero sobre todo, deberemos estimular la voluntad política de los tomadores de las decisiones para que la intención se transforme en acción.

La educación médica.

Hoy en día, el campo de la educación médica tiene más preguntas que plantear, que respuestas que ofrecer.¹⁷ El nuestro, no es un caso ajeno al argumento anterior. Tan es así, que los últimos lustros nos han visto titubear frente a grandes núcleos de estudiantes que demandaron su ingreso a la carrera de medicina, o permanecer distantes de las novedosas experiencias pedagógicas que se instrumentaron en algunos programas de enseñanza.

Después de una etapa caracterizada por la plétora estudiantil, hemos llegado a una en que, por deficiencias del sistema, por la carencia de recursos, por una inadecuada planeación, o en virtud de falta de imaginación y creatividad, padecemos una situación paradójica: la existencia de un número importante de médicos desempleados o subempleados y la falta de cobertura de unidades médicas en el medio rural.

Hoy, de nueva cuenta, los aspectos cuantitativos de la educación médica deben preocuparnos. Esto es así, no porque estemos regresando a la década de los setenta, cuando se fundaron 29 escuelas de medicina, cuando llegamos a tener una población de primer ingreso de más de 20,000 estudiantes, o una población escolar superior a 90,000 alumnos.¹⁸ Aún más, la preocupación no debe residir en que sólo contemos con un poco más de 6,000 pasantes de medicina; en que la matrícula continúe disminuyendo y sea inferior a la existente en 1974; en que la población de primer ingreso siga aumentando como lo ha hecho durante los últimos cinco años, al pasar de 9,076 alumnos en 1986, a 12,090 el año anterior, con un crecimiento acumulado en el quinquenio del 33 por ciento.

Nuestra preocupación debe radicar más bien en que esto

sucede fuera de nuestra decisión. En que los hechos se presentan por sí solos, como realidades invariables e imbatibles, como acontecimientos consumados. Frente a esto, debemos una vez más llamar la atención y señalar que, mientras no encontremos la respuesta a ¿cuántos médicos formar?, muchas otras interrogantes tendrán que quedar pendientes, no sólo para su resolución, sino incluso para su adecuada formulación.

Sin embargo, si bien es cierto que debemos avanzar en la regulación y control de las variables cuantitativas, también lo es que otros aspectos de fondo deben ser abordados paralelamente. De manera ideal deberíamos partir de un auténtico diagnóstico de lo que pasa en el campo, de una evaluación de cómo estamos respondiendo al desafío estratégico de formar los recursos humanos en el área médica. Deberíamos hacerlo a partir de un profundo conocimiento de los perfiles de alumnos y docentes, de un detallado análisis de las estrategias y los contenidos educacionales que se han adoptado de una revisión cabal de los recursos materiales y humanos de que se dispone.

Los desafíos que tenemos que enfrentar son múltiples y trascendentes, en este momento me referiré, únicamente a dos de ellos, uno tiene que ver con los aspectos de calidad, y el otro con los de planificación estratégica. En cuanto al primero, debe hacerse notar que ahora como nunca, la calidad es divisa de cambio en todas las áreas y latitudes. La sociedad contemporánea es cada vez más exigente al respecto y la atención médica no es la excepción. Si en verdad deseamos alcanzar mejores niveles, hemos de preocuparnos de manera fundamental por este aspecto. Para lograrlo debe impulsarse la búsqueda de calidad en la educación médica. Es en el acto médico-docente donde debe iniciarse el proceso de cambio.

Por lo que toca a los asuntos de planificación de la educación médica, éstos deben dar inicio con una definición de cuál es la misión de las escuelas y facultades de medicina del país, para seguir con la determinación clara de las políticas nacionales, regionales y estatales correspondientes y con el establecimiento de las estrategias que conjuntamente han de emprender las instituciones educativas y las de atención a la salud.¹⁹ Así lo reclama el modelo que se ha desarrollado en el país. La interdependencia que en esta materia existe entre las dos áreas, obliga a que así suceda. Si se quiere tener éxito en la tarea, de esa forma debe abordarse el desafío, hacerlo de una manera distinta reactivaría el desencanto, la etapa de los "reproches y las incomprensiones mutuas" y sólo conduciría al fracaso.

Ética médica

Durante las últimas décadas se ha despertado un renovado interés por analizar y discutir asuntos referidos a la ética médica. Una gran cantidad de reuniones internacionales del más alto nivel, así como las diversas declaraciones suscritas a partir de las mismas, dan pie a esta argumentación.²⁰

Es probable que este interés aumente en el futuro cercano en virtud, entre otros factores, del cambio de valores que vive la sociedad contemporánea, así como en razón de los adelantos científicos y tecnológicos que presenta el campo de la atención médica.¹²

Muchos y muy variados son los asuntos que hoy en día están sujetos a controversia. Temas antiguos y novedosos se discuten por igual entre los estudiosos del campo. Tanto en el caso del aborto o la experimentación en humanos, como en el de la procreación artificial y la manipulación de material genético, los distintos puntos de vista se confrontan con gran frecuencia. Sin embargo, conviene hacer notar que para nuestro caso, además de lo anterior, debemos abrir una discusión en torno a la ética que debe prevalecer en el ejercicio de la práctica institucional.

Lo más sencillo sería afirmar que no deben darse diferencias, que la propia ética individual debe configurar la ética de la labor institucional. Sin embargo, debe reconocerse que esto no es posible en razón de las numerosas diferencias que se presentan en el ejercicio profesional en dos escenarios distintos: el privado y el público, el individual y el social.

Sin duda, muchos de los problemas que conducen a críticas e inconformidades de los pacientes que reciben su atención en la medicina institucional, tienen que ver con este tópico. Es ingenuo creer que el asalariamiento de los médicos, la definición previa de límites administrativos para el ejercicio profesional, el exceso de normatividad o la ausencia de la misma, las listas de espera para atender a los pacientes y muchos otros elementos que condicionan el ejercicio de la práctica médica, pudieran carecer de un impacto sobre el comportamiento y los valores de los profesionales de la medicina.

Es por esto que debe ventilarse el punto y, de manera participativa, construir un verdadero código de ética médica institucional, que contribuya a reafirmar el papel del médico en la tarea asistencial, que regule la práctica sin limitar la creatividad del profesional, que favorezca la relación médico-paciente, que norme el ejercicio y al mismo tiempo estimule el desarrollo pleno de las capacidades del médico. Un código, en síntesis, que contribuya a transformar los esquemas de organización de la atención médica y que, sobre todo, mejore los niveles con que se prestan los servicios.

Humanismo y ciencia

El paso del tiempo nos ha demostrado que la verdadera práctica médica se funda en dos elementos torales: el conocimiento científico traducido en capacidades clínicas, y la actitud de comprensión de los problemas de los pacientes que da el verdadero humanismo.

El ejercicio de la medicina debe sustentarse sólidamente en el conocimiento científico. Este es transmitido inicialmente a los estudiantes de medicina mediante las ciencias básicas

y debe seguirse cultivando durante la enseñanza clínica, la formación de posgrado y la propia práctica profesional. Los avances científicos de la medicina y los desarrollos y aplicaciones tecnológicas a la misma, no tienen precedente en la historia. Para que no suceda que el médico permanezca ajeno a esta realidad, o que en el mejor de los casos actúe como un simple utilizador de los recursos disponibles, debe fomentarse su formación científica.¹⁷

Los recursos diagnósticos, terapéuticos y preventivos de que pueden disponer el médico en la actualidad, son de verdad impresionantes. La responsabilidad del auténtico profesional no es otra que asegurar a sus pacientes que está al día en los desarrollos y que por tanto puede ofrecerles las mayores posibilidades de que se dispone. Esto reclama de constantes y sistemáticos esfuerzos de parte de él y de todos los participantes en el proceso; las instituciones de salud, las de educación superior y las organizaciones académicas profesionales. Sólo con la labor conjunta será posible alcanzar este propósito.

El trabajo del médico se centra en el hombre y sus condiciones de salud, es por esto que aquel debe ser un profesional con una cultura que le permita adentrarse en el conocimiento del ser humano. Debe ser un universitario con una formación humanista, preparado para reconocer las distintas necesidades de sus pacientes, sus creencias y expectativas. Su preparación ha de permitirle relacionarse con personas con distintas formaciones, orígenes y niveles de educación.

La formación humanista del médico, de ninguna manera es traducción de elementos vanos o superficiales. Por el contrario, significa tener la capacidad de conocer, de entender y manejar los valores del hombre y su cultura. No se trata de que muestre refinamiento alguno; sólo de que en su actitud cotidiana refleje interés y conocimiento en los asuntos de actualidad, que posea una cultura amplia que le facilite la comunicación con sus pacientes, así como el disfrute de las aportaciones y la creatividad humanas de ayer y del presente. *Para poder ayudar a un enfermo se requiere de conocimientos; de capacidad de juicio; del dominio de ciertas habilidades y de la capacidad de entender la dimensión humana del padecimiento, su génesis, su manejo y su evolución probable. Por eso es que en la formación del auténtico profesional, ciencia y humanismo son elementos básicos e insustituibles.*

Una reflexión final

Los tiempos que nos tocó en suerte vivir, se han caracterizado por profundos cambios. La medicina no ha estado alejada de esta condición y por el contrario habrá de profundizar su transformación. Las nuevas realidades del país así lo demandan. En el proceso deberemos ser creativos y flexibles para poder corregir nuestras deficiencias y al mismo tiempo plantear esquemas que se ajusten a las nuevas necesidades de la sociedad. *Lo construido a lo largo de las últimas décadas en*

materia de salud, es de verdad sobresaliente, sin embargo, el tramo que habremos de recorrer es todavía prolongado.

En el camino tendremos que contar con la fortaleza necesaria para derrotar mitos, para desterrar prácticas inadecuadas, para emprender nuevas tareas. Sólo de esta forma podremos consolidar lo alcanzado y aportar nuestra cuota para el desarrollo de la profesión médica y de los sistemas de atención a la salud.

Frente a los desafíos habremos de actuar con seguridad y sin complejos. Sabemos que los destacados médicos que nos precedieron en la tarea, nos legaron un enorme patrimonio constituido por nuestras instituciones, por el conocimiento acumulado, por su ejemplo que nos sirve de guía y de referencia.

En la educación y la investigación deberemos fundamentar el proceso de transformación. La planeación y la toma de decisiones deben tener como sustento el conocimiento de la realidad de salud y la movilización de las conciencias. Las decisiones deben servir para aumentar la cobertura, mejorar los servicios, atemperar las desigualdades y elevar los niveles de salud de nuestra población.

El país es todavía uno de marcados contrastes. Afectados aún por enfermedades de las que conocemos casi todo, padecemos ya de los excesos que producen patología, y sufrimos por los avances del desarrollo y los éxitos de la medidas médico-sanitarias que condicionan la presentación de otras entidades nosológicas.

Sin dominar el mundo de los microorganismos, sufrimos ya los problemas derivados de la conducta humana. A nuestras condiciones de susceptibilidad y de todavía bajos niveles de educación, sumamos la presencia creciente de prácticas inadecuadas como el alcoholismo, la mala nutrición, el tabaquismo y la vida sedentaria. Sin alcanzar los niveles generales de salud que deseáramos, tenemos que preocuparnos profundamente por las marcadas brechas regionales, y por las notables diferencias en los niveles de salud de los distintos grupos y clases sociales. Las condiciones de salud de nuestra población, sirven hoy más que nunca para caracterizar el mosaico cultural que define la diversidad del país.

La medicina tiene en la actualidad un enorme potencial para influir y modelar las formas de vida de grupos y de

individuos. Singular capacidad y enorme responsabilidad que se han alcanzado a pesar de las críticas y ataques que se han formulado a nuestra profesión. Sin dejar de reconocer el valor y trascendencia que representa lo anterior, también debemos mantener la humildad que se requiere para identificar nuestras limitaciones y los mecanismos para subsanarlas. Sólo de esta forma avanzaremos en la lucha por la superación individual y profesional.⁶

Referencias

1. Alba F. La población en México, evolución y dilema, El Colegio de México, 2a. edición 1979.
2. Bravo M., Causas principales de mortalidad en México según edad y sexo en La Mortalidad en México 1922 - 1975, IMSS, México, 1982 pp. 52-79.
3. Consejo Asesor de Epidemiología, Información Prioritaria en Salud, México, 1990.
4. Dirección General de Epidemiología S.S.A., Listado de las veinte principales causas de mortalidad 1990, Documento mimeografiado.
5. Celis S.A. y Nava G. Patología de la Pobreza, Rev. Med. Hosp. Gral., Vol 33, número 1970.
6. Narro J. y Cevallos J., (Editores) Desafíos de la Educación Médica en México, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1990.
7. INEGI, cifras preliminares del Censo General de Población y Vivienda, México 1990.
8. Sistema Nacional de Salud, Boletín Mensual SIDA / ETS, Año 5, Número IX.
9. S.S.A. Boletín Epidemiológico, Semana 52, Dirección General de Epidemiología, México.
10. IMSS, Estadística de Egresos Hospitalarios 1990, Régimen de Seguridad Social, Subdirección General Médica, México 1991.
11. Vasconcelos R. (Coordinador), Iatrogenia y Ética Médica. Academia Nacional de Medicina, México, 1978.
12. Narro J., Quijano M. La ética en la educación médica. Documento Mimeografiado.
13. La Reforma de la educación médica, un desafío inaplazable. Bol. Of. Sanit Panam 107 (2), 1989.
14. De la Fuente J.R. Médicos para el futuro. Aceptado para su publicación en la Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México en el Vol. 469 correspondiente al mes de mayo de 1992.
15. Narro J., Presente y futuro de los médicos en las instituciones públicas. Gaceta Médica de México. Vol. 128, No. 2, correspondiente a 1992.
16. Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México 1990.
17. Aréchiga H. Las ciencias biomédicas en el Siglo XXI Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México. Aceptado para su publicación en el Vol. 469 correspondiente al mes de mayo de 1992.