

El médico general en México. Presente y futuro**

I. Introducción

Juan Garza-Ramos*

El Sistema Nacional de Salud desarrolla sus actividades con el concurso complementario de todos sus actores: las instituciones de salud del sector público y privado, los proveedores de insumos y equipos, los profesionales de la salud, las instituciones formadoras de recursos humanos y de realizar investigación, y no menos importantes, los individuos que componen nuestra sociedad, quienes con sus conductas pueden favorecer o impedir salud o enfermedad.

La ANM, ha constituido grupos de trabajo que se encargan de realizar estudios, propuestas y acciones que contribuyan al mejor ejercicio de la Medicina, y a lograr mejor salud para los mexicanos.

Dentro de estos grupos de trabajo están los Comités de Vinculación Externa, a los que pertenece el Comité de Educación en Salud. En las Jornadas Médicas Nacionales de la ANM realizadas en Querétaro en mayo de 1996, los coordinadores de los comités tuvieron la oportunidad de discutir los diferentes programas de trabajo para buscar la adecuada articulación y complementación entre ellos. El Comité de Educación en Salud reconoce los esfuerzos complementarios de otros Comités de la ANM, orientados a favorecer la formación y el desarrollo de los médicos. Destacan los esfuerzos realizados en el Programa Nacional de Actualiza-

ción y Desarrollo Académico para el Médico General, con cursos en 28 sedes de 22 universidades estatales del país. A través de Educación a Distancia, se desarrollan con reconocimiento de créditos el Programa de Actualización Continua, que está siendo entregado a 25 mil médicos y el Programa de Acreditación de la Práctica Médica que pretende abarcar 15 mil médicos generales. Sin embargo, estos importantes esfuerzos están orientados a la actualización y a superar deficiencias en la formación universitaria, es decir, son remediales.

El Comité de Educación en Salud en sus trabajos realizados a lo largo de 22 sesiones desde 1995, ha reconocido como su finalidad central, estudiar y hacer recomendaciones para mejorar la educación en salud en el país. La educación médica se compone de varias fases, todas importantes cualitativamente, pero que tienen un gradiente decreciente de participantes. Se inicia con la de pregrado, sigue con el internado y el servicio social y generalmente tiene como fin último la especialización. En el ejercicio de la medicina deben participar de manera articulada y complementaria desde los médicos con licenciatura hasta los más connotados especialistas, auxiliados por los demás profesionales del equipo de salud.

* Académico numerario.

** Trabajo presentado en el Simposio "El médico general en México: Presente y futuro: Academia Nacional de Medicina, 23 de abril de 1997. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Montaña 234, Col. Arnl. Jardines del Pedregal C.P. 04530. México, D.F. Tel. 652 3754.

La formación del Médico General está sujeta a fuerzas contradictorias.

Por un lado, el mayor número de estudiantes detienen sus estudios al alcanzar este nivel y se incorporan al mercado profesional con diversos grados de éxito dada su preparación aun insatisfactoria para incluirse en el Sistema Nacional de Salud, ya sea en el sector público, privado, en equipos o de manera independiente. Los médicos generales, se estima, resuelven la gran mayoría de padecimientos y realizan importantes acciones de atención, prevención y educación en el primer nivel, costo efectivos, es decir de bajo costo y alto impacto.

Por otro lado, el médico general recibe poco reconocimiento por la sociedad, incluido el resto del propio cuerpo médico, pues el modelo existente está orientado a ver a la formación de especialistas como el fin último y deseable en la carrera de los médicos. Quienes deseando ser especialistas y no lo alcanzan, sufren frustración, inconformidad y pérdida de la autoestima.

El reto para las escuelas de medicina es producir médicos generales por vocación, y no como resultado de la exclusión de los programas más avanzados de especialización por falta de cupo y preparación. En la actualidad, el ambiente académico en las escuelas de medicina no es estimulante hacia el ejercicio de la medicina general.

La Organización Mundial de la Salud, en su 48 Asamblea, aprobó en 1995 el documento "Reorientación de la Enseñanza y el Ejercicio de la Medicina en Pro de la Salud para Todos" y en la Asamblea 49 de 1996 adoptó una Estrategia Global dirigida a modificar la educación médica y la práctica de la medicina con el propósito de lograr salud para todos. Los documentos de la OMS, signados por México, establecen compromisos para reorientar la enseñanza y el ejercicio profesional de todos los agentes sanitarios. Conscientes de la importancia de los documentos referidos, de sus recomendaciones y de los compromisos asumidos por nuestro país, el Comité de Educación en Salud de la ANM, ha asumido el compromiso de promover la realización de un proyecto sobre el médico general en México. Además este proyecto se enmarca en la necesidad de que la enseñanza de la medicina corresponda a la nueva organización del Sistema Nacional de Salud de México que pretende incorpo-

rar a la mayor población posible a los servicios de salud, garantizar un paquete básico de servicios de salud para quienes carecen de ellos, reforzar el principio de equidad y proporcionar más y mejores servicios a un costo razonable.

Las reformas en el ejercicio y en la enseñanza de la medicina deben ser coordinadas, pertinentes y aceptables. Se requiere un replanteamiento de todo el sistema de salud y no sólo de la educación médica, en el que se privilegie la prevención y la atención en el contacto primario sobre la muy especializada, se ofrezcan oportunidades de desarrollo dentro de la medicina general y no sólo saliendo de ella.

En esta sesión dos propósitos se reúnen: la presentación pública de temas que merecen ser conocidos y discutidos en el seno de nuestra corporación. Asimismo, para quienes integramos el Comité de Educación en Salud es un privilegio que mucho agradeceremos esta oportunidad de presentar a los miembros de la corporación y personas interesadas, las reflexiones que se han hecho sobre un tema toral que ha incluido en su programa de trabajo, el relativo a los temas fundamentales de la Medicina General, que serán presentados por distinguidos académicos: su desarrollo histórico que presentará Armando Cordera, el perfil del Médico General que ha sido elaborado por Alberto Lifshitz, la formación de médicos generales tomando como estudio de caso a la Facultad de Medicina de la UNAM a cargo de Alejandro Cravioto, su papel en el Sistema Nacional de Salud que será presentado por Enrique Wolpert y las conclusiones que nos presentará Carlos Varela.

Conviene destacar que en la elaboración del programa de éste simposio participan todos los miembros del Comité ya que los trabajos presentados han sido discutidos en las sesiones del Comité por todos los miembros asistentes, por lo que agradezco a todos su interés y compromiso en las labores del Comité y en la preparación de esta sesión.

En México, la ANM tiene una posición privilegiada para facilitar las relaciones entre las autoridades de salud, las asociaciones profesionales y las escuelas de medicina. Por ello tiene la autoridad moral para promover la coordinación de esfuerzos para que se realicen cambios a las modalidades de

ejercicio y nuevas condiciones de trabajo que capaciten mejor a los médicos generales. Agradece-mos de antemano los comentarios de los asistentes a esta sesión, que serán tomados en cuenta por el Comité de Educación en Salud en la realización del proyecto sobre el Médico General en México.

Nuestro objetivo es lograr crecientemente que en el *currículum* existente en las escuelas de medicina, se reorienten las actividades educativas para favorecer un actitud positiva hacia la formación y el ejercicio del médico general, reconociendo

su importancia estratégica en el sistema de salud, las necesidades que satisface y otorgándole el prestigio y reconocimiento que su acción merece.

Referencias

1. Lifshitz A. Tendencias de la Educación Médica. *Gac Méd Méx* 1997; 133:25-33.
2. World Health Organization. Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all. Geneva. 1996.

II. Desarrollo histórico de la medicina general**

Armando Cordera-Pastor*

La historia del médico general es, de hecho, la de la medicina, de la que tenemos datos desde 3000 años a.C., pero en ese largo periodo jamás se habló, al referirse al médico, del de tipo general; esa denominación se inicia a principios del siglo actual. No obstante, para saber como llegamos a esta situación, revisaremos, a grandes saltos, la evolución de la medicina.

La medicina se ejerce en razón de las ideas prevalentes acerca de lo que es la enfermedad, y estos pensamientos sólo han tenido tres grandes etapas, claramente identificables.

La primera idea acerca de la enfermedad, desde las épocas remotas hasta fines del siglo XVIII, la asociaba con el mal. La enfermedad era enviada por los dioses, y por ende, los únicos que podían negociar con ellos eran los sacerdotes, los chamanes o los exorcistas. Desde luego, siempre hubo médicos interesados en la enfermedad física.

Al principio, el mal era enviado como castigo, pero en plena Edad media, la iglesia católica lo consideró como "prueba" para el enfermo ante el sufrimiento y medio para ganar el cielo, pero también obtener votos para quienes lo cuidaban, el que se curaba era por que obtuvo el perdón divino.

Los médicos-sacerdotes tenían como propósito darle un sentido a la muerte. Al contrario de los chamanes, y de los cirujanos, tenían prohibido tocar al enfermo; si acaso tocar el pulso, sin medirlo, pues no tenían reloj. Su arte consistía en interpretar la facies del paciente, observarlo, olerlo, ver la orina y aplicar los aforismos hipocráticos.

Cirujanos siempre los hubo: en los circos romanos, en las guerras y en las abadías, donde hacían una sangría mensual a los monjes. Es precisamente en las abadías, conventos y prioratos, en donde se inicia el pensamiento filosófico que lleva a separar el mal físico del mal decretado por Dios.

Especialistas también siempre los ha habido. En épocas lejanas fueron dioses, en Egipto entre otros, Thot y Seth. En Grecia, Apolo, Esculapio, Higia y Salus; en Roma Salus, Mefis, Febris y Carma. En el México prehispánico Quetzalcoatl, Texcatlipoca, Xolotl y Xochiquetzal.

Ya con el cristianismo, al haber un solo Dios, pero seguir las guerras, catástrofes, epidemias y un saber médico inexistente, los dioses son sustituidos por los santos especialistas. Ahora eran Roque, Damián, Adriano, Sebastián, Fiacro, Vito; y unas santas, Apolonia, responsable de las caries

* Académico titular.

** Trabajo presentado en el Simposio "El médico genera en México: Presente y futuro", Academia Nacional de Medicina, 23 de abril de 1997. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Prado Norte No. 440, Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F. Tel. 208-7211.

dentarias, Catalina quien exorcisabay Santa Lucía relacionada con la luz/ojos. A su vez los santos fueron reemplazados por los reyes. San Luis Rey de Francia decía "El Rey de toca, Dios te cura".

En el siglo XI se abrió la primera escuela de medicina, la de Salerno, la educación del médico duraba cinco años, en los que el aprendiz leía la Anatomía y las Teorías Galénicas, un compendio de medicina doméstica, los Aforismos hipocráticos, Obstetricia, las descripciones del tétanos, la epilepsia, el asma y la histeria.

En el siglo XIII y el XVI dominan las grandes epidemias; sobresalen en Europa la peste de 1346 y en México la viruela, que mató en pocos años a 19 de los 25 millones de habitantes del país. Como la viruela no dañó a los españoles se consolidó la idea: ¡El mal tenía que ser divino!

En el siglo XVI, el año de 1578, se inicia la educación médica en América y es precisamente en México. Las materias que se enseñaban durante cuatro años eran acordes con las ideas sobre la medicina: elementos, temperamento, humores, recursos naturales, latidos y tirones, fiebres, arte curativa del glaucoma, emisión sanguínea, purgantes, aforismos hipocráticos, el IX libro de Rhazes, resoluciones cotidianas, crisis y método médico.

El Renacimiento primero y ya en el siglo XVIII el pensamiento de los enciclopedistas, le dieron visiones diferentes al mundo y a la medicina. En el siglo XVIII ya se habla frecuentemente de la cirugía como parte del ejercicio médico; en esos años, dice Foucault, sale el primer enfermo vivo de un hospital.

La Revolución Francesa niega, por primera vez en la historia, la responsabilidad divina en la enfermedad y la sustituye por una de tipo social, que presidirá el enfoque médico del siglo XIX y tres cuartas partes del XX.

El segundo, gran período histórico de la medicina se consolida en el siglo XIX.

A partir de la primera década se inicia la medicina clínica, que ubica la enfermedad en los órganos. El médico debe tratar de identificarlos en su forma, tamaño y consistencia. Ya no está prohibido tocar al paciente, ahora es obligatorio explorarlo. Comienza el interés por ver el cuerpo humano por dentro y exhalar, no sólo los órganos, sino los tejidos.

Los avances en anatomía, epidemiología, antiseptia, higiene, investigación fisiológica clínica y bacteriológica, la invención de aparatos endoscópicos, el

descubrimiento de la anestesia, de los rayos X y del Radium, etc. no son producto de la casualidad, sino de un cambio conceptual de la medicina.

Pero a pesar de todo, los tratamientos seguían siendo los que correspondían al cumplimiento de una confusa teoría humoral iniciada por Empédocles (490 a 430 a.C.) que recomendaba mantener el equilibrio de los humores. Por lo tanto, se seguía recurriendo como terapéutica básica a las sangrías, los eméticos, los purgantes y los diuréticos.

En México, la carrera de la Facultad de Medicina en 1833 duraba cinco años, como en Francia. En contraste, en las escuelas de E.U.A su duración era de meses y si acaso, de dos años. Las materias que se enseñaban en México eran Anatomía, Fisiología, Higiene, Patología, Medicina Interna, Medicina Externa, Cirugía, Obstetricia, Materia médica, Medicina forense y Farmacia.

Ya en este siglo, quizá con el cambio operado en la educación médica a partir de 1910 en Estados Unidos, se inicia el reconocimiento explícito de las especialidades. En 1913 se fundó el Colegio Americano de Cirujanos y en 1917 el Consejo de exámenes para oftalmólogos que serán seguidos por el de ORL (1924), Ginecología y Obstetricia (1930), Dermatología y Sifilología (1932), Pediatría (1933), Cirugía Ortopédica, Radiología y Neurología/Psiquiatría (1934). Fue en la tercera década de este siglo cuando la medicina se hace científica y aumenta el número de especialidades y así se comenzó a hablar del médico general, tendencia que creció en los años 30, pero sobre todo a partir de 1940, en que se aceptó certificar las subespecialidades de Cardiología, Gastroenterología y Enfermedades pulmonares que eran hasta entonces parte de la Medicina Interna, lo que fue seguido de 57 subespecialidades más hasta 1992.

A mediados de este siglo se inicia un tercer período, la enfermedad ya no está en los órganos o en los tejidos, sino en las partes más pequeñas de la célula, en las moléculas y para diagnosticarla o para tratarla es menester recurrir a tecnologías como Microscopía electrónica, Bioquímica, Inmunología, Genética, Medicina nuclear, Tomografía computada o por positrones, Resonancia Magnética e Informática.

Lo interesante es que esta época transicional simultáneamente aumenta el deseo de sociólogos, economistas, políticos, así como de agencias in-

ternacionales (la OMS y la OCDE) por incrementar las responsabilidades del médico general. El gobierno de E.U.A generó una intensa discusión cuando habló de las Reformas a su Sistema Nacional de Salud. Al principio de esta década entre las ideas más frecuentemente expresadas con relación a los médicos generales, se extraen las siguientes:

- Para el año 2000 sólo habrá 25% de médicos generales en ese país. Es deseable que existan cuando menos un 50% de médicos familiares, médicos generales de adultos y niños (En México el año de 1994, se calcula que en la medicina privada, el 52% era médico general).

- Las escuelas de medicina que educan a los médicos y los hospitales que los capacitan, son fundamentales para lograr un cambio, ya que allí encuentran los residentes a los modelos que imitarán en su práctica profesional.

- La capacitación de especialistas no está regulada; sobran de muchas especialidades y faltan de otras. El gobierno quisiera que fueran para servir a

los intereses del país y no los de los propios hospitales. Pero no se ha emitido una guía u orientación de lo que debe ser. (En unos pocos países de Europa esta capacitación sí está regulada).

- En cuanto a las escuelas de medicina, señalan que no es su culpa, pues el gobierno de E.U.A debe definir cuál es su política general, con relación a la salud y qué tipo de productos desean que les entreguen las escuelas de medicina.

- El médico recién egresado de la escuela prefiere ser especialista, porque trabaja menos, gana más, estudia menos y tiene más prestigio.

Reflexiones similares debemos hacernos en México si se considera deseable que haya un mayor porcentaje de médicos generales.

La historia antigua es fácil de valorar, pero la reciente tiene muchas variables difíciles de interpretar, pues tienen un alto contenido emocional y en el caso del médico general es todo un reto con componentes políticos, económicos, sociales, técnicos, culturales y aun ideológicos.

III. Perfil del médico general**

Alberto Lifshitz*

La delineación de las características del médico general aceptavarios enfoques que incluyen por lo pronto el plano conceptual y el plano situacional. Describir al médico general de hoy en día en México implica una investigación que no ha sido hecha. La población de médicos generales incluye por lo menos dos grupos: los aspirantes frustrados a la especialidad y los que tienen auténtica vocación de generalista. Suelen ubicarse en el medio suburbano y rural, predominantemente en la medicina privada y relativamente desvinculados de los medios académicos y los sistemas oficiales de salud, en muchos casos recibiendo sólo la información distribuida por la industria farmacéutica que es la que

modula su conducta prescriptiva. Cualquiera que sea su perfil, tendría que contrastarse con las cualidades que la Sociedad espera tengacualquier médico general; esta presentación se centrará en ese modelo, muchas de cuyas características-las que significan a todo médico- se comparten, por supuesto, con los especialistas.

Bajo el punto de vista formal, médico generales cualquier egresado de la licenciatura en Medicina, que posee una cédula de la Dirección General de Profesiones y que no ha hecho estudios de especialización, independientemente de las actividades de educación continua que realice. El futuro contempla, además, una certificación de competencia

* Académico numerario Coordinador de Educación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

** Trabajo presentado en el Simposio "El médico general en México: Presente y futuro" Academia Nacional de Medicina, 23 de abril de 1997. Correspondencia y solicitudes sobre: Av. Cuauhtémoc 330 Col. Doctores México, D.F. C.P. 06725 Centro Médico Siglo XXI IMSS Tel. 761-0747

profesional una acreditación periódica que garantice a la sociedad que se sigue actualizando y está apto, aún cuando hayan pasado muchos años después de haber concluido la etapa de formación.

En el campo laboral, el médico general ejerce la atención médica en el primer nivel de operación, mayoritariamente en pacientes ambulatorios y en domicilio y realiza actividades de medicina preventiva y salud pública para las que puede ser específicamente contratado. Su desarrollo se centra fundamentalmente en la educación continua; aunque puede optar por algunas derivaciones, casi todas implican dejar de ser médico general, como pueden ser la especialización, la maestría y el doctorado.

Sus funciones comprenden:

- Atención médica de los pacientes con enfermedades de alta prevalencia en los que no se requiere de recursos tecnológicos complejos, ni de hospitalización.

- Identificación y referencia oportuna de los pacientes que requieran atención médica especializada.

- Colaboración con los especialistas en la vigilancia y atención médica de enfermos crónicos:

- Vigilancia de las personas sanas en busca de factores de riesgo.

- Aplicación de medidas preventivas.

- Educación para la salud de los pacientes y sus familias.

- Participación en los programas nacionales de salud.

- Educación médica.

- Investigación médica.

Sus competencias básicas se relacionan con la provisión de servicios de salud, la toma de decisiones, la comunicación, el liderazgo y la gerencia.

Sus competencias específicas son la atención a la salud, el humanismo, el profesionalismo, la continuidad de la atención, el aprendizaje y la superación.

En la atención a la salud es capaz de:

- Entender el modelo de salud-enfermedad del paciente y trabajar con él en la consecución de logros en salud.

- Generar diagnósticos preliminares con base en las características demográficas, síntomas de comienzo, inspección general y otra información inicial.

- Obtener datos apropiados del interrogatorio, la exploración física y pruebas de laboratorio y gabinete que apoyen o refuten sus hipótesis diagnósticas preliminares.

- Diagnosticar y manejar las presentaciones clínicas comunes de las enfermedades frecuentes.

- Buscar y reconocer enfermedades asintomáticas y factores de riesgo.

- Desarrollar estrategias diagnósticas en casos con información ambigua o incompleta, aplicando un razonamiento probabilístico.

- Utilizar la literatura y la opinión de expertos o colegas para resolver las dudas en la atención de los pacientes.

- Utilizar apropiadamente el instrumental y equipo de un consultorio general e interpretar los resultados de las pruebas básicas de laboratorio y gabinete.

- Enfrentar las enfermedades y accidentes de presentación aguda y resolver provisional o definitivamente la situación de apremio.

- Asesorar por vía telefónica a los pacientes y sus familias.

- Discernir los pacientes que requieren de hospitalización o de atención especializada.

- Asesorar y convencer sobre cambios conductuales que incidan favorablemente en la salud de los pacientes.

En lo que se refiere al humanismo, profesionalismo y continuidad de la atención, es capaz de:

- Establecer y mantener relaciones médico-paciente que propicien los mejores desenlaces para los pacientes, sus familias y la sociedad, y las mayores satisfacciones personales para el médico. Considerar al paciente de manera integral, como parte de una familia y una comunidad y proveer atención de alta calidad, comprensiva, continua y personalizada, en una relación de largo plazo basada en la confianza.

- Escuchar activamente, entender, estimular y fortalecer en el paciente su capacidad de participar en el mantenimiento o la recuperación de su salud.

- Atender a los pacientes terminales y moribundos, proporcionarles cuidados paliativos y manejar la ansiedad y la depresión del paciente y de sus familiares.

- Reconocer y manejar apropiadamente a los llamados "pacientes difíciles", incluyendo sus trastornos de personalidad y sus patrones problemáticos de conducta.

- Actitud personal de altruismo actuando consistentemente en favor de los mejores intereses del paciente.

- Mantener registros escritos de su actuación profesional.

- Aceptar la responsabilidad en la atención de los pacientes, independientemente de los inconvenientes que las circunstancias impongan.

- Demostrar honestidad e integridad en la propia conducta, reconociendo y evitando los conflictos de intereses y rehusando ganancias personales indebidas que sacrifiquen los mejores intereses del paciente.

- Comportarse con consideración y respeto hacia otros médicos, otros integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus familias.

- Colaborar efectivamente con los integrantes del equipo de salud y con otros médicos.

- Dar prioridad a la atención de los pacientes.

- Mantener la confidencialidad de los datos clínicos, pero proporcionar información a sus colegas que la requieran y a las autoridades sanitarias cuando sea necesario.

- Demostrar un conocimiento de las leyes, normas y reglamentos relacionados con la salud en México y mantener su actuación profesional dentro de los límites que éstos marquen.

En cuanto al aprendizaje y superación es capaz de:

- Demostrar una superación constante a modo de mantener permanentemente los estándares que la profesión exige.

- Desarrollar un método personal para mantenerse al día de los avances y cambios en su profesión.

- Participar activamente en programas educativos.

- Manejar bases electrónicas de datos y servicios de recuperación de información médica.

- Criticar la literatura médica y discernir lo valioso de lo superfluo, lo cierto de lo falso y lo aplicable de lo teórico.

- Mostrar capacidades docentes tanto con los alumnos y colegas como con pacientes, familiares y comunidad en general.

- Proponer mejoras a los servicios de salud.

- Mantener una actitud de cuestionamiento y búsqueda de mejores soluciones a los problemas de sus pacientes.

- Reconocer la importancia de la investigación médica y participar en proyectos de investigación clínica.

El médico general es el eje de la atención médica en la mayoría de los sistemas de salud, quien tiene la visión global del proceso salud-enfermedad, la multipotencialidad para profundizar en las necesidades de la comunidad que atiende; ha sido rejerarquizado en muchos países y representa la visión arquétipica del médico que la Sociedad aÑora.

IV. La formación de médicos generales en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)^{***}

Luis Felipe Abreu-Hernández,* Alejandro Cravioto**

La Facultad de Medicina de la UNAM se ha caracterizado por sus esfuerzos innovadores y la continua evaluación y revisión de sus planes de estudios. La última actualización del *currículo* culminó en el año de 1993. Daremos sus antecedentes. En el año de 1991 coexistían tres planes de estudios:

a) El Plan 67, denominado de esta manera por haber sido aprobado en 1967, era una variante del modelo flexneriano (2+2), con dos años de estudios en las ciencias básicas y dos años en la clínica, además del internado y el servicio social. Pese a que este plan, había desaparecido formalmente y no aceptaba inscripciones de nuevos alumnos, persistía vigente por la existencia de alumnos rezagados que solicitaban inscripción al mismo.

b) El Plan A-36 o Plan de Estudios Experimental de Medicina General (aprobado en 1974). Fue un plan integrado con *currículo* que incorporaba enseñanza de las ciencias básicas en módulos con orientación hacia la práctica clínica y además daba énfasis a la enseñanza de la sociomedicina. Como ocurre frecuentemente con este tipo de planes, se tropezó con dificultades en la enseñanza de las ciencias básicas. Pues, al distribuir sus contenidos en varios módulos, se rompe la lógica estructural de cada disciplina científica, que existe con independencia de sus aplicaciones a la medicina. Este problema se agrava cuando el alumno carece de una sólida formación científica previa. Sin embargo, en la enseñanza integrada las asignaturas clínicas suelen tener una mayor proyección hacia la práctica profesional.

c) El Plan 85, cuyo nombre provenía de su aprobación en 1985, era una modificación del Plan 67, con algunos rasgos de la enseñanza clínica y la sociomedicina tomados del Plan A-36

Durante los setentas, se consideró que los problemas de salud requerían fundamentalmente de una respuesta práctica y que eran más problemas sociales que problemas científicos. Por ello tanto el Plan A-36, como el 85 ponían el acento en la enseñanza práctica de la medicina, en demérito de sus fundamentos científicos.

El doctor Juan Ramón de la Fuente, Director de la Facultad de Medicina en ese año, consideró pertinente unificar los tres planes de estudios en un Plan Único. Los objetivos de la unificación fueron:

I. Rescatar las mejores experiencias educativas de los tres planes, con el objetivo explícito de lograr un equilibrio entre la formación científica y la práctica clínica. Resultó evidente que los avances de la biología molecular, genética, neurociencias, bioquímica, epidemiología e inmunología, entre otras disciplinas, cobran un peso creciente en la práctica médica contemporánea.

II. Asimilar nuevos métodos de enseñanza, con una orientación cognoscitiva, tal fue el caso del aprendizaje basado en la solución de problemas.

III. Unificar los criterios utilizados para la organización académica y la administración escolar.

Después de un amplio proceso de evaluación que culminó con la organización de un seminario académico denominado: "El *Currículo* Médico a Debate". Se configuró el denominado: Plan Único de Estudios para la Carrera de Médico Cirujano, también conocido como Plan 93 por el año de su aprobación.

* Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional de la Facultad de Medicina.

** Director de la Facultad de Medicina.

*** Trabajo presentado en el Simposio "El médico general en México: Presente y futuro": Academia Nacional de Medicina, 23 de abril de 1997. Correspondencia y solicitud de sobretiros Dr. Luis Felipe Abreu Hernández, Secretaría de Planeación y Desarrollo Institucional de la Facultad de Medicina. UNAM. Ciudad Universitaria C.P. 04510, Coyoacán, México, D.F.

Este plan establece tres ejes:

1. "Vinculación de la enseñanza de las ciencias básicas con las disciplinas clínicas".¹ Ello implica respetar la lógica interna de las ciencias básicas, pero proyectando continuamente su importancia para la práctica clínica

2. "Formación integral: Inclusión de aspectos sociales éticos y humanistas". El plan reconoce que las ciencias sociales son parte del fundamento científico de la medicina y que el estudio de las humanidades es indispensable para la adecuada formación profesional del médico.

3. "Equilibrio entre la formación científica y el aprendizaje de habilidades y destrezas propias del ejercicio médico". El gran dilema del currículo médico ha sido la articulación de la ciencia con la clínica, este matrimonio es indisoluble pues la diferencia de la profesión médica con otros "curadores" sociales, es el fundamento científico de su práctica, plasmado en la evidencia demostrable de la eficacia y seguridad de sus procedimientos.² Sin embargo, pese a su vínculo indisoluble, la ciencia y la clínica miran en direcciones opuestas: Mientras la ciencia busca respuestas universales a preguntas generales, la clínica busca respuestas específicas a los problemas del paciente? Por ello alternativamente se ha puesto mayor acento en la ciencia o en la práctica. El plan 93 busca un equilibrio entre ambas áreas.

El plan 93 tiene una organización anual, la carrera tiene una duración de 6 años, y su estructura comprende:

a) Disciplinas básicas (impartidas en los dos primeros años de la carrera).

b) Disciplinas clínicas (impartidas en el tercer y cuarto año de la carrera).

c) Disciplinas sociomédicas (distribuidas en los cuatro primeros años de la carrera).

d) Asignaturas de libre elección, que permiten al alumno complementar su formación y otorgan flexibilidad al plan (las cuales se distribuyen en los cuatro primeros años).

e) Internado rotatorio de pregrado (se cursa en el quinto año académico) y comprende, las rotaciones por: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Urgencias. Además, con objeto de promover la formación de médicos, generales posee una rotación por comunidad o medicina familiar.

f) Servicio social (sexto año de la carrera) que implica la práctica de la medicina general en una comunidad, de preferencia rural.

Las disciplinas básicas constan de:

(Anatomía, la cual se ha reforzado con casos clínicos y sus aplicaciones al estudio de las imágenes médicas.

(Biología del Desarrollo, que sustituyó a la embriología con un enfoque más actual y dinámico.

(Biología Celular y Tisular, que enriquece la visión descriptiva de la histología tradicional con los fenómenos biológicos celulares.

(Bioquímica y Biología Molecular, su denominación resulta de la ampliación de sus contenidos de biología molecular. Además los aspectos inmunológicos que hasta entonces eran un capítulo de la bioquímica se transformaron en una asignatura independiente.

(Inmunología, por su importancia médica se constituye en una disciplina por derecho propio.

(Fisiología, se reestructuró por secciones para otorgar al alumno una visión más equilibrada de los diferentes aparatos y sistemas.

(Microbiología y Parasitología, se le devolvió su orientación original de carácter médico, con un enfoque más riguroso teniendo como eje la relación agente-hospedero.

(Farmacología, en 1996 el Consejo Técnico aprobó reestructurar sus contenidos para reorganizar su enseñanza con base en los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que explican de manera lógica las acciones y comportamiento de los fármacos.

Las disciplinas sociomédicas incluidas en el currículo son seis:

(Psicología médica, se han actualizado sus contenidos.

(Historia y Filosofía de la Medicina, abarca cuatro áreas: Historia de la Medicina, Antropología Médica, Ética Médica y Filosofía de la Medicina.

(Salud pública I, II, III, IV, la cual incluye los contenidos de nutrición, epidemiología general, estadística, salud pública y epidemiología clínica.

Las disciplinas clínicas, la actual administración de la Facultad, por medio de su Secretaría de Enseñanza Clínica, ha reorientado la formación clínica, Las asignaturas se han reestructurado de conformidad con el perfil epidemiológico que habrá de manejar el médico general, sus asignaturas son:

(Cirugía I, desarrolla las habilidades quirúrgicas básicas.

(Cirugía II, se orienta al conocimiento de la patología quirúrgica.

(Patología, comprende tanto los mecanismos básicos de la enfermedad, como la anatomía patológica.

(Propedéutica y fisiopatología, esta asignatura tiene una orientación eminentemente tutorial para promover la adquisición de las habilidades clínicas básicas.

(Medicina General I, orientada a la enseñanza de la medicina interna, actualmente se está reorientando hacia una educación por competencias.

(Medicina General II, comprende la Ginecología y la Obstetricia, la Pediatría, las Urgencias (médicas y quirúrgicas), la Psiquiatría y la Medicina Legal, se han establecido estándares de desempeño y se lleva un control de la evolución de cada alumno.

(Seminario clínico, se dirige a estudiar padecimientos de trascendencia epidemiológica o gran relevancia científica.

(Genética clínica, constituye una asignatura nueva que permite incorporar los conocimientos de frontera, que están transformando la práctica de la medicina.

Perspectivas a futuro: Actualmente la Facultad tiene un Proyecto Institucional de Mejoramiento de la Enseñanza denominado: "Desarrollo y evaluación de la Competencias profesionales del médico", el cual se orienta a crear un sistema de enseñanza y evaluación por competencias. Una competencia se define como la habilidad para desarrollar actividades profesionales con el nivel esperado de desempeño. Así mismo se desarrollan habilidades de largo plazo como aprendizaje autodirigido, trabajo en equipo y pensamiento crítico.

La implantación de estándares de competencia significan: mejor desempeño en el trabajo, preparación para hacer, autodesarrollo profesional, asesoría y evaluaciones objetivas. Las competencias se guían por las necesidades a las cuales debe responder el médico general. Cada elemento de competencia: enuncia lo que la persona debe ser capaz de hacer, establece los criterios de una buena ejecución, e identifica el rango de situaciones variables en las cuales el profesional habrá de actuar. Este último aspecto es de gran importancia, porque la práctica de la medicina en nuestro medio demanda la capacidad de actuar en ambientes heterogéneos y requiere tanto la habilidad para contender con la patología de la pobreza, cuanto con las enfermedades crónico-degenerativas.

Consideramos de gran importancia es la incorporación de la computación. Todo alumno lleva por lo menos un curso extracurricular de informática médica, y se ha promovido el uso de la computadora como instrumento de enseñanza. En este momento se trabaja para crear una red de cómputo con los pasantes de servicio social, para incorporarlos a la educación continua y permitirles interconsultas vía red.

Hemos descrito brevemente, los esfuerzos que realiza la Facultad de medicina para mejorar la calidad de la educación del médico general.

Referencias

1. Facultad de Medicina. Plan Único de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 1993, 36:4 supl. No. 1.
2. **Freidson E.** La profesión médica. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
3. **Melker R.A.** Diseases: the more common the less studied. Family Practice 1995;12:1,84-7.

V. El médico general en el Sistema Nacional de Salud**

Enrique Wolpert*

La salud es un factor de desarrollo, de bienestar y de satisfacción social y por tanto, es de la competencia del Estado promover, preservar y restaurar la salud en la concepción moderna de ésta que remonta la sola "ausencia de enfermedad. Más aún, se ha dado a la protección de la Salud, con óptica justa, el margen de derecho constitucional, aunque bien sabemos que para alcanzar cabalmente esa meta, se requiere la participación de muchas variables interactuantes en un flujo continuo, de modo que la modulación de esos factores obliga al concurso de muchos actores, el sujeto mismo es un actor principal y corresponsable; sus actitudes como individuo o como parte de la sociedad en la que vive, pueden ser determinantes para lograr la salud en forma más o menos permanente en un ambiente biológico, en donde la salud es un estado transitorio.

Aun con tan formidables vallas, es obligación del estado construir un sistema de salud de alcance nacional, con matices regionales, que sea sostenible en términos económicos y sea compatible con la realidad que prevalece en un momento dado.

En cualquier sistema de salud, la Medicina tiene un papel de pivote, y por tanto, el médico, profesional de la Medicina en sus horizontes asistenciales, curativos o promocionales, en la investigación científica, o en la formación de recursos humanos, ocupa una posición central distribuidora y de modulación del sistema mismo. Y me refiero precisamente al médico general, al egresado de la escuela o facultad de Medicina que se incorpora a labores profesionales sobre las que gravita la distribución de deberes y responsabilidades de profesionales de la salud no necesariamente médicos. Así, el médi-

co general tiene relación con los aspectos de la Salud Pública a través de interactuar con sanitarios, enfermeras, nutricionistas, veterinarios, biólogos y personal administrativo con responsabilidades hasta nivel gerencial. En esta tesitura favorece e impulsa programas circunstanciales y permanentes de muy diversa factura, con la orientación general de prevención y promoción de la salud.

En otra vertiente, el médico es el motor de la asistencia, de acciones predominantemente curativas, pero donde hay también un importante rubro de educación para la salud, limitación del daño y rehabilitación, reincorporando al sujeto tanto como sea posible a la producción, generando valores de autoestima y representatividad.

El médico general es el engrane central para la incorporación de elementos auxiliares en la prestación de servicios de salud, como son los profesionales y técnicos de los laboratorios y gabinetes clínicos, en la atención de enfermería, la asistencia social y psicológica y en los servicios de rehabilitación que cada día rebasa la antigua concepción de su función de apoyo limitada a problemas neurológicos y músculo esqueléticos.

El entorno de ésta vertiente con predominio asistencial es el consultorio, la clínica y el hospital hasta el segundo nivel de atención, pues el médico general tiene la función ancilar de reconocer las condiciones en las cuales debe referir a especialistas dentro de las cuatro ramas troncales, así como recibir aquellos pacientes que, atendidos por el especialista, requieren atención general. Se establece así, en forma natural, la referencia y contra-referencia que, si funciona de manera armónica y

* Coordinador de Institutos Nacionales de Salud.

** Trabajo presentado en el Simposio "El médico general en México: Presente y futuro: Academia Nacional de Medicina, 23 de abril de 1997. Correspondencia solicitud de sobretiros Carretera Picacho Ajusco No. 154, 6to. Piso, Col. Jardines en la Montaña C.P. 14210 México, D.F. Tel. 6305204

oportuna, es un factor crítico en la calidad de la atención y favorece una gestión económica sana.

Pero también el médico general es engrane distributivo para la atención de la salud de alta especialidad. Puede y debe en un caso dado referir al subespecialista, indicándole la contrarreferencia a sí mismo o al especialista troncal, en la inteligencia que las decisiones son independientes, aunque sería deseable, fueran concertadas.

Por otro lado, el médico general es también un factor importante en las relaciones del sistema de salud con otras instancias y actores sociopolíticos; establece el puente entre los sistemas de salud y de educación pública, con impacto indudable en un sentido o en otro, para inducir una vía amplia de educación para la salud que permita el tránsito a conductas saludables, de respeto al ambiente y a la prevención del daño, con un sentido humanista y de interacción comunitaria abierto a opiniones y propuestas de individuos y organizaciones congruente con la atmósfera imperante de democracia.

El médico general es producto de la sociedad en que vive, y hay diferencias en la calidad y cantidad de su educación, que se reflejan en la heterogeneidad de la clase médica. Las escuelas y facultades de Medicina reciben una numerosa y aún creciente demanda de ingreso. Así, se debe revisar permanentemente el número ideal de estudiantes que accedan a las escuelas y facultades de Medicina. Estas deben comprometerse a educar con calidad, a que las cosas que vale la pena hacer se hagan bien desde la primera vez. No podemos aceptar que el médico general tenga una desventaja de principio: la preparación deficiente, ni que una desventaja educativa favorezca condiciones negativas: pobre autoestima, confianza y ambición, que generen limitaciones sociales y económicas, no deseamos producir cuasiprofesionales que se insertan en un sistema de salud como un burócrata más. Hay que favorecer un mejor punto de partida, una real igualdad de oportunidades, para que alcanzada ésta sea factible establecer una trayectoria al mérito por medio de la autogestión y el compromiso individual.

Debemos reconocer las posibilidades de intervención por parte del Sistema de Salud. Dado que el internado hospitalario y el servicio social son requisitos antes de obtener el título profesional,

antes de ser médico general, podemos partir de ese punto: el interno de pregrado y el pasante de Medicina son cautivos en el Sistema. Aquí es necesario intervenir a través de organizar centros de enseñanza en el mismo hospital, con base a grupos tutoriales apoyados por medios de información múltiples: revistas, audiovisuales que cubran temas seleccionados en las 4 especialidades troncales, con soporte anatómico, fisiológico y epidemiológico básico, de modo que se alcance una base común donde se disponga de información suficiente sobre Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía, tomando en cuenta el horizonte epidemiológico nacional, incluso regional.

Al terminar el internado de pregrado, el programa se extenderá durante el Servicio Social mediante obligaciones que den base a medidas compensatorias y motivacionales, de modo que, en gran medida, se privilegie la participación. Al llegar al Examen Profesional, el futuro médico general habrá tenido ocasión de establecer una base propia, homogénea con igualdad de oportunidad para iniciar una carrera dominada por su decisión de superarse. El recién titulado, por así llamarle, sería de todas formas un médico en desarrollo, necesita aún de afinar el impulso motivacional, que le enseñe a aprender en forma continua, a no creer que ya sabe lo suficiente; para favorecer tal conducta se plantea la formación tutorial en el hospital regional por un año más, con énfasis en la aplicación de conocimientos, destrezas y habilidades en las 4 especialidades troncales y en aspectos selectos de la Atención Primaria de la Salud, reforzando el concepto de referencia y contrarreferencia y la incorporación a programas con orientación no estrictamente curativa y posibilidades de crecimiento profesional mediante su participación en actividades de superación personal y educación continua. Esta fase final de la formación del médico general puede ser determinante para acceder a una plaza dentro del sistema o para optar por una carrera especializada.

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud habrá de optar por una política de empleo que privilegie a quienes han perfeccionado sus conocimientos en el programa antes esbozado, de modo tal que ese incentivo favorezca su elección. En el tiempo, el médico general retroalimentará al Siste-

ma de Salud sobre el cumplimiento de sus expectativas y con sus reflexiones que sin duda servirán para el perfeccionamiento de su actividad.

Esta es pues, solo una propuesta general pero merece consideración y estudio, para acceder en el futuro a una planta profesional de Médicos Generales con una mejor proyección cualitativa.

Con una semilla de justicia como esquema de movilidad dentro del Sistema de Salud, con proyección social, necesariamente habrá que considerar una mejor distribución que garantice percepciones salariales dignas; el médico general será entonces un profesional autónomo, con honesta ambición y capaz de optar por responsabilidades más altas a través de una genuina motivación por la superación académica, no vía mejora económica/social viciada de origen:

"me especializo en lo que sea".

Finalmente, la plantilla académica de las escuelas y facultades de Medicina debe favorecer a los docentes comprometidos con la excelencia, gene-

rar una meritocracia y no un sistema de privilegio laboral por simple inercia; el claustro de profesores debe reunirse regularmente para buscar mejoras en su enfoque de enseñanza. Siempre que sea posible, el profesor debe enseñar en el laboratorio o en la clínica evitando el verbalismo decimonónico, acceder a grupos pequeños, promover el trabajo escrito de los educandos y estar accesible, en breve, enseñar a aprender. Por supuesto, estas condiciones nos llevarán a la producción de buenos y más homogéneos médicos, que, sin duda, serán más demandantes y esa actitud se iniciará en la escuela. Alcanzaríamos así un menor número de médicos pero de mayor calidad; a costa de reducir la masa de graduados de las escuelas de Medicina que no pueden incorporarse a un sistema de salud que otea ya un nuevo milenio; mejoráramos su educación y los médicos recién egresados estarían mejor preparados para interactuar en esta explosión científico-técnica sin precedente histórico en su magnitud y velocidad de cambio.

Conclusiones**

Carlos E. Varela-Rueda*

A pesar de que era un generalista, al tomar posesión en 1892 como presidente de la Sociedad Pediátrica de Boston, William Osler dijo que "el aumento del conocimiento ha hecho que la concentración en el trabajo sea una necesidad; el especialismo está aquí, y está aquí para permanecer".

La pregunta que surge de inmediato ante la aseveración de Osler es si la aparición y la evolución tan pujante de las especialidades médicas son suficientes como para condenar fatalmente a la medicina general y a su oficiente -el médico general- a su desaparición total.

En el Comité de Educación en Salud de la Academia Nacional de Medicina pensamos que no, debido a que la práctica correcta de las especiali-

dades no sería posible sin el sustento de la medicina general y a que la sociedad no vería atendidas cabalmente sus necesidades, si no es que satisficidas, sin la valiosa actuación del médico general. Además, estamos convencidos de que sin buenas bases de medicina general, el desarrollo de los distintos especialistas difícilmente tendría un justo equilibrio, y sus acciones el alcance requerido por la propia sociedad.

Los cambios tan profundos y vertiginosos que están ocurriendo en la medicina de nuestros días solo podrán ser comprendidos si se les mira al través de una perspectiva histórica.

Cuando se estudia el desarrollo histórico de la medicina general se puede deducir que no hay

* Académico numerario. Director Administrativo del Hospital *Metropolitano*. México, D.F.

** Trabajo presentado en el *Simpósio* "El médico general en México: Presente y futuro"; Academia Nacional de Medicina. 23 de abril de 1997. Correspondencia y Solicitud de sobretiros: Zempoala 374 Depto. 9 Col. Narvarte C.P. 03020 México, D.F. Tel. 584-9470.

nada nuevo acerca del cambio. Se puede afirmar que la medicina general ha cambiado constantemente desde el principio de su historia y que lo seguirá haciendo, sólo que en la actualidad el ritmo y el paso del cambio son diferentes y son más acelerados que lo que fueron en los tiempos anteriores, los cercanos y los remotos.

El contenido y la práctica de la medicina general han cambiado y lo seguirán haciendo en respuesta a muchas influencias, algunas de orden científico y tecnológico y otras de carácter social, económico, político, y sobre todo, cultural.

Por razones diferentes, de la medicina general han surgido nuevas disciplinas. Algunas, como la cirugía y la obstetricia, se desarrollaron a partir de habilidades artesanales muy antiguas; otras aparecieron alrededor de técnicas nuevas, como la otorrinolaringología del siglo XIX y la anestesiología del siglo XX; algunas más, como la psiquiatría, la proctología y la rehabilitación, se han formado alrededor de un área de necesidad no satisfecha por otras.

A su vez, en un proceso dialéctico que se antoja interminable, también han surgido cambios en la medicina general a partir del cuerpo de conocimientos de todas las demás disciplinas médicas, así como del de otras disciplinas científicas, humanísticas y sociales.

Es por ello que la figura y el ejercicio del médico general han cambiado con el tiempo y lo seguirán haciendo. Además, lo han hecho y lo tendrán que hacer siempre, porque la sociedad a la que el médico general se debe y a la que le sirve, también cambia y, asimismo, como consecuencia de ese cambio, también lo hacen sus necesidades.

En el Comité de Educación Médica en Salud pensamos que el perfil que se ha enunciado en este simposio ubica de manera realista el desempeño futuro del médico general en lo referente a las funciones y competencias profesionales propias de su práctica y que el contenido de ésta está representado precisamente por la medicina general. Asimismo, consideramos que la medicina general es fundamental para que a partir de ella se desarrollen los especialistas que el país pudiera requerir en el futuro.

Es indispensable tener en cuenta que el endocrinólogo es un generalista comparado con el insulinólogo, que el internista es un generalista

comparado con el endocrinólogo y que el médico general es el más generalista de los generalistas cuando se le compara con cualesquiera de ellos, por amplio que estos pudieran definir su propio campo de acción.

El Estado Mexicano está empeñado en construir y hacer funcionar de manera eficiente un sistema de salud de alcance universal pero que tenga matices regionales y que sea equitativo, sostenible en términos económicos y compatible con la realidad que prevalece en un momento dado. El médico general es la figura central para hacer realidad dicho sistema.

Además del gran número de factores organizacionales, financieros y políticos que se requieren para lograr el sistema mencionado, son vitales el desarrollo y los resultados de la educación, entendidos éstos en términos de la formación de médicos generales que sean acordes a las características generales descritas para el sistema, ya que como dijera Morris Fishbein, "... la educación médica es justamente una parte de la gran estructura médica... que empieza con los estudiantes, pasa por los individuos que se inician en la práctica profesional e involucra a los hospitales y a la provisión de servicio médico al público. Lo que los médicos hacen tiene grandes implicaciones en todo el esquema estructural de los servicios médicos de la nación. Sí, por ejemplo, las escuelas de medicina producen un exceso de médicos con preparación deficiente, el esquema completo de la práctica médica en el país sufre y se limitan de manera exagerada el número de médicos que egresan, obviamente también se afectará la estructura completa del país... es absolutamente vital que cada acción que emprendan las escuelas en relación con los estándares, el número de estudiantes, la metodología educativa que emplean y todo lo demás que ellas hacen se integre de manera apropiada a todo el esquema médico..."²

Recordemos que el profesor de medicina es un elemento esencial para la enseñanza, que el estudiante es un elemento esencial en el aprendizaje, y con el siempre actual Ignacio Chávez, que "... el profesor y el estudiante deben ir tras de la formación de un médico general que reúna la mentalidad científica con el adiestramiento clínico. Un médico que sea apto para atender eficazmente a un enfermo y capaz de entender racionalmente el problema

que la enfermedad plantea. No es cuestión de formar un sabio, pero tampoco un empírico, porque la medicina sin fundamentos científicos no pasaría de oficio el médico no sería sino un triste artesano de su profesión".³

"...en realidad no ha habido papel mejor definido que el del médico. Lo fue desde el nacimiento de la medicina hipocrática, cuando el empirismo cedió el paso a la observación clínica y a los primeros balbuceos de la inferencia científica y cuando quedó plasmada hace 24 siglos la ética de nuestra profesión. A partir de entonces quedó definido su papel esencial: cuidar con devoción al hombre enfermo para devolverle la salud o, cuando menos, para mitigarle el sufrimiento.

En nuestros días la acción del médico general ensancha el campo de sus deberes y responsabilidades y abarca tres áreas fundamentales: su deber profesional, el que asume frente al hombre sano o enfermo que en él deposita su confianza; su deber social, el que tiene frente a la comunidad en que vive; su deber íntimo, el que tiene frente a sí mismo".⁴

Si la educación médica se dedica a cumplir satisfactoriamente su misión última de servir a las necesidades de la sociedad⁵ y si las escuelas y facultades de medicina se vinculan adecuadamente con el sistema nacional de salud, el país estará en capacidad de contar con el médico general que la sociedad busca y que dicho sistema necesitará para asumir los compromisos que tendrá que cumplir en el siglo XXI. Dicho médico general:

("Requerirá ser altruista, compasivo, valiente e intelectualmente curioso; estudiante frugal y talentoso de la historia, la filosofía, la política, la economía, la sociología y la psicología.

(Deberá poseer conocimientos prácticos de biología, química, física y medicina.

(Deberá tener resistencia física, madurez intelectual y habilidad técnica y manual suficientes como para desarmar y juntar de nuevo el cuerpo y la mente humanos al nivel que se necesite, desde el micromoleculare hasta el de la totalidad.

(Habrá de mostrar flexibilidad para hacerse de todo conocimiento, escudriñarlo y desechar lo que ya no sea aplicable, al tiempo que descubra la información nueva en bases de datos, en la práctica clínica, en la medicina general y en la especializada.

(Tendrá como algo esencial su pericia en la docencia, la consejería, la administración, la presupuestación y la computación, al igual que su compromiso con los oprimidos.

(Será altamente deseable que tenga conocimiento práctico del derecho y que posea talento literario, artístico y musical.

(Deberá ser capaz de prevenir y curar las enfermedades, incluidas las depredaciones que producen en el ser humano la edad avanzada, el desaliño físico y los padecimientos espirituales, emocionales y económicos".⁶

Referencias

1. Osler W. Remarks on specialism. *Boston Med J.* 1892; 126:457-459.
2. Kassenbaum DG. Origin of the LCME, the AAMC-AMA partnership for accreditation. *Acad Med.* 1992;67:85-87.
3. Chávez I. La educación de un clínico. *San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 1975;17.*
4. Chávez I. Deberes y responsabilidades del médico de hoy frente a la sociedad del futuro. Morelia: Centro de Estudios sobre la Cultura Nicolaita, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 1993:319-332.
5. Anlyan WG. Introduction. En: Anlyan WG, Austen WG, Beck JC, et al. *The future of medical education.* Durham: Duke University Press; 1973: XIX-XXI.
6. Fitzgerald F. Wanted: 21st century physician. *Ann Intern Med.* 1996:124:71.