

## CONSIDERACIONES SOBRE PROBLEMAS ACTUALES DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN MEXICO

OCTAVIO RIVERO\*

Uno de los aspectos predominantes en la formación de nuevos médicos en nuestro país en los últimos años ha sido el aumento explosivo de candidatos a estudiar medicina, manifiesto en dos tendencias: a) el aumento de la matrícula en las ya existentes, y b) la aparición de nuevas escuelas de medicina. El fenómeno no es privativo de México, sino que sucede en otros países latinoamericanos; si uno analiza las cifras de otros países, al parecer Brasil pasó por la etapa que ahora estamos viviendo al final de la década pasada y el comienzo de ésta; este fenómeno adquiere aquí características peculiares que analizaremos adelante.

Es importante insistir desde ahora que entre las medidas esenciales para evitar la confusión existente en la preparación de recursos humanos para la salud, podríamos mencionar en primer término: a) la formación de un Plan Nacional de Salud bien definido, con objetivos claros y políticas a seguir bien conocidas por los organismos formadores de recursos, y b) la necesaria vinculación del Plan de Salud con un Programa acorde con él, destinado a la formación de los recursos humanos necesarios para ese Plan, ni más ni menos en número, ni en el tipo de recursos necesarios. Esta estrecha vinculación es tan importante entre un Plan Nacional de Salud y un Programa Nacional de formación de recursos humanos para la Salud que un simple ejemplo puede poner en claro las contradicciones en que podría caer si no se ajustan las soluciones a una previa planificación: muchos países han resuelto, al menos en parte, el problema de salud de las comunidades rurales apartadas con la formación de técnicos médicos medios y técnicos médicos especializados. Su formación puede o no considerarse útil, indispensable o no para resolver los problemas de salud de un país; lo que no puede hacerse es tender a la formación de los mismos en forma desvinculada de un sistema. Actuando aisladamente no sólo no pueden resolver todos los problemas que se les presenten, sino que tienden a tener una acción competitiva con el médico y a ejercer en forma liberal, acciones para las que no fueron adiestrados; por otro lado, como no han sido preparados para formar parte de un sistema, quizá muchas de las acciones programadas para ellos vayan a ser realizadas por médicos comunitarios y en vez de conjuntar acciones en un sistema organizado, van a entrar en conflicto coadyuvando a magnificar el problema en vez de resolverlo.

Mucho se ha insistido en algo que parece un estribillo: que “las escuelas deben formar los médicos que el país necesita”; y al repetirlo se extienden los autores en mencionar cómo el médico debería tener mayor acción en el campo de la medicina preventiva, de la medicina social o la comunitaria. Sin embargo, al decir esto parece como si toda la responsabilidad en la formación de un médico recayera en las escuelas que lo forman, cuando que en realidad un médico en formación en cualquier escuela, bajo cualquier plan de estudios, va a ser un reflejo del patrón de médico existente en las instituciones y en la sociedad en que se desenvuelve. Mientras el médico especialista tenga mayor rango que el médico general o el dedicado a la medicina preventiva en las instituciones y en la sociedad, los alumnos mostrarán la misma tendencia que ahora, esto es, que el 87% de ellos al terminar la carrera expresarán el deseo de seguir una especialidad. La corresponsabilidad para el cambio es doble: 1) de la sociedad y las instituciones para reconocer la posición del médico general, y 2) sobre todo del médico general, del dedicado a la medicina preventiva, a la medicina social o comunitaria para demostrar que en estas formas de ejercicio médico hay tanto lugar para trascender como, o más aún, que en cualquier otra especialidad; entonces los jóvenes seguirán sus pasos.

En el último decenio la sobrepoblación del estudiantado ha hecho impacto en las escuelas de medicina y aunque hay quien no lo ve así, hay suficientes datos para pensar que ha ocasionado problemas en la enseñanza y el deterioro de algunas formas de ella. Se ha intentado combatir los perjuicios ocasionados, con la implantación de modernas técnicas educativas; sin embargo, estas solas no son suficientes para resolver el problema y aún su aplicación es difícil ante grandes grupos que demandan enseñanza.

---

\* Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (CU).

## **1. DEMANDA EXCESIVA DE MATRICULAS**

Es evidente al estudiar los cuadros publicados por Ma. Isabel Rodríguez, que de 1967 a 1972 el incremento por lo que se refiere a México sucedió principalmente en el número de alumnos; pues mientras que en 1967 había 21 escuelas de medicina, en 1972 había 25, lo que supone un aumento razonable, en tanto que el número de alumnos se había duplicado de 21127 a 41675 (cuadros 1 y 2).

De 1972 a comienzos de 1977, la situación ha cambiado en forma dramática e irresponsable, a un punto tal que se antojaría que debiera existir alguna acción gubernamental que pusiera freno a estos hechos; de las 25 escuelas en 1972, en marzo de 1977 la cifra se ha elevado a 55 escuelas de medicina y si el número no fuera suficiente para alarmarnos por la necesaria improvisación que supone, algunos hechos aislados subrayan la gravedad del problema: a) existe una escuela que funciona sólo los fines de semana; b) algunas aceptan alumnos de preferencia-casi exclusivamente- norteamericanos; c) hay un estado de la República que tiene 5 escuelas, y d) en alguna población mediana de la República que no cuenta con 500 camas hospitalarias, la matrícula del primer ingreso en un año ha llegado a cerca de los 2 000 alumnos. Las razones de esta desmedida proliferación de escuelas son diversas y van desde el simple ceder ante la presión estudiantil desorientada, hasta el lucro; en algunas de ellas, aunque no cuentan con instalaciones clínicas adecuadas, la colegiatura mensual es francamente abusiva.

En el momento actual el número de alumnos en formación ascendió de 41675 reportado en 1972, a 78 000 en 1977 (cuadro 3). Aceptando que estas cifras pueden no ser muy exactas y que un porcentaje elevado de alumnos, que puede llegar al 40 %, no termine la carrera-lo cual en sí es un doloroso desperdicio de recursos-es de esperarse que en los próximos años el flujo anual de graduados en medicina en todo el país oscile entre 8 000 y 10 000; con dos situaciones que son singularmente graves: 1) un número importante de ellos estará formado en escuelas que por la carencia de recursos, programas y sobrepoblación, no les habrá proporcionado una preparación idónea, y 2) la demanda de mercado del país será muy inferior al número de médicos formados en tal número. Sólo los más aptos y calificados encontrarán acomodo en instituciones oficiales o privadas. Entrará en este momento necesariamente un mecanismo de selección que no fue implantado en el momento oportuno. Es más justo a fin de cuentas, ayudar a un joven de 17 años a encontrar la vocación y orientarle a seguir los estudios que por su inclinación y capacidad está más apto, y no dejarle que haga y termine una carrera de médico en la cual, en el momento actual, la demanda de mercado-de 1 500 a 2 000 cada año podrán colocarse en forma segura-es muy inferior a la producción.

En pocas palabras, la formación de recursos humanos para la salud no obedece a un programa determinado acorde con un Plan Nacional de Salud, que enmarque claramente las acciones a seguir y las necesidades en elementos humanos, así como en su tipo, nivel y número, sino obedece simplemente a la demanda y al deseo de abrir escuelas.

## **2. NUEVAS ESCUELAS**

De las escuelas existentes ahora en el país, sólo 34 han sido avaladas en sus requisitos mínimos para operar por la Asociación de Escuelas y Facultades de Medicina del país; algunas no han solicitado este reconocimientos y otras, habiéndolo solicitado, no les fue concedido por no haber cumplido con los requisitos mínimos. De esta forma la apertura de escuelas de medicina en México no cumple con dos postulados reconocidos internacionalmente como convenientes: 1) Estar acorde con estudios o planes que marquen claramente las necesidades del país, y 2) Cumplir con los requisitos necesarios: instalaciones, laboratorios, facilidades clínicas, personal docente (cuadros 4, 5, 6 y 7).

## **Selección de aspirantes**

La selección de estudiantes de primer ingreso se maneja en forma variable en las diversas escuelas del país. En general, México es un país que no selecciona alumnos de primer ingreso; aunque una vez médicos, el mercado institucional sí selecciona a los mejores. En México se ha manejado la idea de que todo joven mexicano tiene derecho a una educación superior, aunque sería más razonable hablar de que todo joven mexicano tiene derecho a demostrar su deseo, su aptitud, su disciplina para alcanzar una educación superior. Rechazadas otras formas de selección por elitistas o convencionales, lo que menos podría pedirse a un candidato es que demostrara su vocación y su ferviente deseo de hacerse médico una vez bien informado de lo que constituye en realidad el ejercicio médico; quizá debe estudiarse alguna forma de servicio social preprofesional que ayude a los mismos jóvenes a encontrar su verdadera vocación. En la actualidad un número no despreciable de ellos ingresa a las escuelas de medicina creyendo que los estudios no son muy pesados y que va a cambiar fácilmente su estatus socioeconómico, ya que tiene una imagen deformada de lo que es el médico, de cómo trabaja y del papel que desempeña en una sociedad como la actual.

## **Otras carreras en ciencias de la salud**

Algunos países han considerado conveniente preparar otros elementos humanos para la atención de la salud, a base de elementos preparados en forma más sencilla, en menos tiempo, con menos costo, con menor preparación previa y frecuentemente formados en las mismas regiones en que son necesarios. Un ejemplo cercano lo tenemos en Cuba, que prepara técnicos médicos medios y especializados hasta de 36 variedades distintas que le ayudan a procurar salud principalmente en regiones rurales o marginadas. Un aspecto muy interesante que se observa a primera vista y en el que los mismos autores cubanos del plan insisten, es que estos profesionales son efectivos y han sido útiles, porque forman parte de una estructura organizada; reconocen su labor como un engrane en la estructura de un sistema médico en el que junto con enfermeras, auxiliares, médicos generales y médicos muy especializados forman parte de un grupo, en el que cada integrante tiene acciones bien definidas. Este comentario viene al caso porque se insiste actualmente en que las escuelas de medicina deben señalar, aunque ellas no los instrumenten, los diferentes currícula de otras opciones profesionales en la formación de recursos humanos para la salud.

Hay que comprender el alcance positivo de esta acción, pero insisto en que todas las acciones en la formación de personal deben estar de acuerdo a un Programa Nacional de formación de recursos humanos acordes a su vez con un Plan Nacional de Salud. Acciones aisladas no contribuyen a solucionar el problema sino a hacerlo más confuso.

## **La enseñanza de posgrado**

En muchos lados se dice que los países latinoamericanos necesitan más al médico general que al especialista para resolver sus problemas de salud. Hay quienes no han entendido el fondo de esta aseveración y consideran que el especialista sólo es un médico dedicado al cultivo del ego, al lucro y a la tarea académica más como una manifestación de vanidad que como el auténtico deseo de saber más e investigar; considerarlo así es absurdo y es evidente que un especialista bien preparado y bien intencionado tiene un lugar insustituible en el equipo médico y cumple funciones no sólo de asistencia, sino muy frecuentemente de docencia e investigación de la más alta calidad. El problema existe, sin embargo, en el hecho de que realmente la mayoría de los problemas médicos deben ser resueltos a nivel de un buen médico general, y en contraposición, la mayoría de egresados manifiestan o tienen el deseo de continuar el estudio de una especialidad. ¿A qué se debe esto? Son varias las causas: la primera de ellas es que el joven recién graduado siente que la carrera no le ha proporcionado los suficientes conocimientos y destrezas para considerarse un buen médico general; existe además el hecho de que al lograr una residencia en una especialidad, el alumno de posgrado ve asegurada no sólo una preparación mejor que le permitirá desempeñarse mejor en su profesión, sino el natural interés por la remuneración económica durante la residencia en la que al mismo tiempo que aprende se está integrando a una institución de salud; además presiente que con la especialidad estará en mejores condiciones de enfrentarse al mercado del trabajo que a ese nivel necesariamente selecciona a los más aptos y preparados; este es el modelo que el

joven estudiante observa en la sociedad en que vivimos: el especialista es un médico de mejor jerarquía social, de mejor situación académica, de mejor retribución económica. ¿No es natural con este panorama que el 87 % de los estudiantes al salir de la escuela quiera realizar una especialidad?; y sin embargo necesitamos más médicos generales; y no vamos a tenerlos buenos obteniéndolos de grupos que deseaban ser especialistas y como última opción al no tener la especialidad, se decidieron a ser médicos generales. Es preciso modificar los hechos que causan esta desorientación y para ello: Primero: Es indispensable lograr que a nivel de licenciatura los estudiantes logren el objetivo de la escuela de formar buenos médicos generales; quizá un buen momento para reforzar esta preparación sean los últimos cuatro ciclos de la enseñanza en donde mejores programas, mejor supervisados, con evaluaciones precisas de la enseñanza puedan lograr este objetivo, para lo cual se requiere la comprensión necesaria del problema de las instituciones, de los coordinadores de estos ciclos y de los alumnos; por otra parte, es necesario que el médico general sienta que tiene un ejercicio asegurado, ya sea a nivel institucional o del ejercicio mismo de su profesión, para lo cual es indispensable que llegue a existir una adecuada proporción entre el número de profesionales de la medicina producidos por todas las escuelas del país y las necesidades reales del mismo. Finalmente, tarea de los propios médicos generales es la de recuperar el prestigio antes tradicional de esta posición. Debemos recordar que el médico general, médico familiar, o de la familia, no son conceptos nuevos y que los Terrés, los Jiménez y los Liceaga, cuyo prestigio llega hasta nuestros días, se parecían más en su ejercicio profesional a un médico familiar que a uno de los hoy llamados especialistas. Sólo que estos y muchos otros médicos generales nacionales o del extranjero pensaron que su ejercicio no debería estar ajeno a la enseñanza y a la investigación. Son estos dos aspectos, auténticamente de superación académica, los que dieron prestigio a estos médicos generales, los que dieron después el sitio preminente a los especialistas de los últimos 30 años y los únicos mecanismos por los que en el futuro el médico general puede regresar a la importante posición que le corresponde en el equipo médico.

## PROPOSICIONES

- 1º Realizar una campaña utilizando todos los medios posibles para que los jóvenes aspirantes a médicos conozcan bien las necesidades de preparación previa, el esfuerzo necesario a realizar durante la carrera, y en qué consiste realmente el ejercicio de la medicina y el mercado real de trabajo del país.
- 2º Desarrollar de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, la Secretaría de Educación Pública y las universidades del país, un Programa Nacional destinado a la formación de recursos humanos para la salud, con objeto de formar éstos de acuerdo al número, tipo y grado de formación que los requerimientos de salud del país exigen.

## BIBLIOGRAFIA

- NERI, CARLOS ALDO.** “La formación del recurso humano y las necesidades de los servicios de salud”. Ed. Med. y Salud. 9:272-823, 1975.
- Informe Final.** Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. Ed. Med. y Salud. 10: 109-139, 1976.
- VIDAL, CARLOS.** “Medicina Comunitaria: nuevo enfoque de la medicina”. Ed. Med y Salud. 11-45.
- RODRIGUEZ, MA. ISABEL.** “El estudiante de medicina. Su distribución en las Américas 1971-1972”. Ed. Med. y Salud. 8:360-387, 1974.
- HERNANDEZ, ELIAS R., MARQUEZ, M.** “Docencia médica media en Cuba”. Ed. Med. y Salud. 10- 1 -29, 1976.
- EIBERSCHUTZ, C.** “Técnicos en Salud Comunitaria”. Ed. Med. y Salud. 10:293-301, 1976.

**Cuadro No 1**  
**NUMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA EN LA AMERICA LATINA, CANADA Y**  
**LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, 1967-1968, 1969-1970 Y**  
**1971-1972**

País	1967-1968	1969-1970	1971-1972
Brasil	31	69	73
México	21	22	25
Argentina	9	9	9
Venezuela	6	7	7
Colombia	7	9	9
Perú	4	7	6
Bolivia	3	3	3
Chile	3	5	5
Ecuador	3	4	5
Cuba	2	3	3
República Dominicana	1	2	2
Costa Rica	1	1	1
El Salvador	1	1	1
Guatemala	1	1	1
Haití	1	1	1
Honduras	1	1	1
Jamaica	1	1	1
Nicaragua	1	1	1
Panamá	1	1	1
Paraguay	1	1	1
Surinam	1	1	1
Uruguay	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>151</b>	<b>158</b>
Canadá	12	14	16
Estados Unidos de América	94	101	108
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>115</b>	<b>134</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>206</b>	<b>266</b>	<b>282</b>

Tomado de GARCIA, J. C. Características generales de la educación médica en la América Latina, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica N° 7, 1970.

**CUADRO No 2**  
**NUMERO DE ESTUDIANTES MATRICULADOS EN LAS ESCUELAS DE**  
**MEDICINA DE 24 PAISES DE LAS AMERICAS, 1967 Y 1971-1972**

País	No. de estudiantes	
	1967	1971-1972
Brasil	21 907	44 074
Estados Unidos de América	34 538	43 650
México	20 127	41 675
Argentina	27 790	29 891
Cuba	4 516	7 098
Venezuela	5 491	6 232
Canadá	4 362	5 817
Ecuador	1 660	4 638
Colombia	3 572	4 547
República Dominicana	1 109	4 087
Perú	2 580	3 487
Uruguay	2 244	2 674
Chile	2 320	2 546
El Salvador	323	2 179
Guatemala	551	1 830
Bolivia	2 179	1 788
Honduras	176	761
Haití	416	532
Jamaica	372	504
Paraguay	272	411
Nicaragua	245	312
Costa Rica	188	282
Panamá	148	147
Surinam	59	54
<b>TOTAL</b>	<b>137 145</b>	<b>209 216</b>

Tomado de RODRIGUEZ, MA. ISABEL. "El estudiante de medicina Su distribución en las Américas", 1971-1972. Ed. Med. y Salud. 8:3603-87, 1974.

CUADRO 3

TOTAL DE ALUMNOS INSCRITOS EN LAS ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO DURANTE 1977

Lugar	A ñ o e s c o l a r						S.S.	Total
	1º	2º	3º	4º	5º	Int.		
U.N.A.M.								
Fac. de Med.	2 828	3 566	2 137	3 016	—	2 950	3 340	17 837
Otras	17 387	13 748	9 005	7 593	1 777	5 311	4 127	58 948
<b>TOTAL</b>	<b>20 215</b>	<b>17 314</b>	<b>11 142</b>	<b>10 609</b>	<b>1 777</b>	<b>8 261</b>	<b>7 467</b>	<b>76 785</b>

FUENTE: F. M. U.N.A.M. DGSCSE, Oficiales y Particulares.  
 CLAVE: Int.: Internado Rotatorio de Pregrado.  
 S.S.: Servicio Social.

CUADRO No 4  
 ALUMNOS DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DEL PAIS  
 CENTRO

	1er. ingreso	Total
COLIMA:		
Escuela de Medicina de Colima	53	53
EDO. DE MEXICO:		
Escuela de Medicina	1 781	3 075
GUANAJUATO:		
Escuela de Medicina de León	121	
HIDALGO:		
Escuela de Medicina	230	778
JALISCO:		
U. A. de Guadalajara	710	5 620
Universidad de Guadalajara	600	2 980
MICHOACAN:		
Escuela de Medicina	1 140	5 107
PUEBLA:		
U. A. de Puebla	1 014	6 114
Universidad Popular	260	731
SAN LUIS POTOSI:		
Escuela de Medicina		

**CUADRO No 5**  
**ALUMNOS DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DEL PAIS**  
**SUR**

	1er. ingreso	Total
<b>CAMPECHE</b>		
Esc. Medicina Campeche	72	72
<b>GUERRERO</b>		
Esc. Medicina de Acapulco	110	191
<b>MORELOS</b>		
Centro de Est. Univers. Xochicalco	57	80
Esc. Medicina U.A. Morelos	54	125
<b>OAXACA</b>		
Escuela Medicina U.A.B.J.O.		156
<b>TABASCO</b>		
Escuela de Med. A.U. Tabasco	133	438
<b>VERACRUZ</b>		
Fac. Medicina Veracruzana	600	3 079
Esc. Medicina de Poza Rica	115	377
Esc. Medicina de Jalapa	700	1 887
Esc. Medicina Cd. Mendoza	400	1 156
Esc. Medicina de Minatitlán	126	189
<b>YUCATAN</b>		
Escuela de Medicina U.A.Y.	293	972

**CUADRO No 6**  
**ALUMNOS DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DEL PAIS**  
**DISTRITO FEDERAL**

	<b>1er. ingreso</b>	<b>Total</b>
Esc. Mexicana de Medicina Universidad Lasalle	196	909
Esc. Nacional de Medicina Homeopática I.P.N.	120	511
Escuela de Medicina U. A. Metropolitana	187	423
Esc. Médico Militar	137	404
Esc. Superior de Medicina I.P.N.	978	3 570
Facultad de Medicina U.N.A.M.	2 828	17 837
Esc. Medicina U. Anáhuac	79	102
C. Interdisc. de Ciencias de la Salud I.P.N.	120	200
Esc. Libre de Homeopatía Inst. Privada	90	317
Escuela de Medicina ENEP. Unidad Iztacala UNAM	583	1 880
Esc. de Medicina ENEP. Unidad Zaragoza UNAM	531	1 126

**CUADRO No 7**  
**ALUMNOS DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DEL PAIS**  
**NORTE**

	1er. ingreso Total	1er. ingreso Total
<b>AGUASCALIENTES</b>		
Centro Biomédico U. A. G.	75	723
<b>BAJA CALIFORNIA NORTE</b>		
Esc. Medicina Mexicali	128	506
Esc. Medicina Tijuana	134	299
<b>CAMPECHE</b>		
Esc. Medicina Campeche	72	72
<b>COAHUILA</b>		
Esc. Medicina de Monclova	27	52
Esc. Medicina U. Torreón	258	613
Esc. Medicina U. Saltillo	127	825
Esc. Med. "Evaristo Cruz Escobedo"	20	20
<b>CHIHUAHUA</b>		
Esc. Medicina	350	819
Esc. Medicina Cd. Juárez	213	801
<b>DURANGO</b>		
Esc. Medicina U. Durango	351	1 126
Esc. Medicina U. Gómez Palacio	150	150
<b>NUEVO LEON</b>		
Facultad de Medicina	2 731	6 014
Div. de Ciencias de la Salud	171	453
Esc. Medicina Aulas Anexas	39	186
Esc. Medicina de Montemorelos	47	88
<b>NAYARIT</b>		
Escuela de Medicina	132	271
<b>TAMPICO</b>		
Esc. Medicina U. Matamoros	98	339
Fac. Medicina Tampico	150	862
Esc. Medicina del Inst. de Ciencias Biomédicas	307	565
<b>ZACATECAS</b>		
Escuela de Medicina	154	716