

ALGUNOS PROBLEMAS DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN MEXICO

RAFAEL VELASCO FERNANDEZ*

Las instituciones de educación superior son responsables de la formación de buena parte del personal que interviene en el sector salud. Analizar lo que está ocurriendo en esta área de la enseñanza y con base en un diagnóstico confiable proponer los cambios necesarios, es algo que rebasa las posibilidades de una presentación de sólo unos minutos como ésta. He optado por intentar una exposición apenas esquemática del perfil de los recursos humanos, para después proponer tres o cuatro puntos que deben considerarse en una discusión acerca del tema y terminar con una reflexión sobre ciertos cambios curriculares de la carrera de medicina que se están poniendo en práctica y que, en mi opinión, representan un serio obstáculo académico para la adecuada formación de los médicos. Es muy común hablar de la penuria, en los países en desarrollo, de personal calificado para los servicios de salud. Se dice que sin éste, ninguna resolución de cualquier problema, por bien concebida que esté, tiene posibilidades de éxito. De la idea francamente insostenible de que la atención a la salud sólo incumbe al médico auxiliado en cierta medida por personal de apoyo, se pasó al convencimiento de que la eficacia de un servicio de salud depende más bien de una amplia variedad de formas complejas de acción, en las que deben intervenir muchos otros profesionales. De hecho, las tareas involucran a todos los ciudadanos, no sólo a los hombres y mujeres “de bata blanca”.

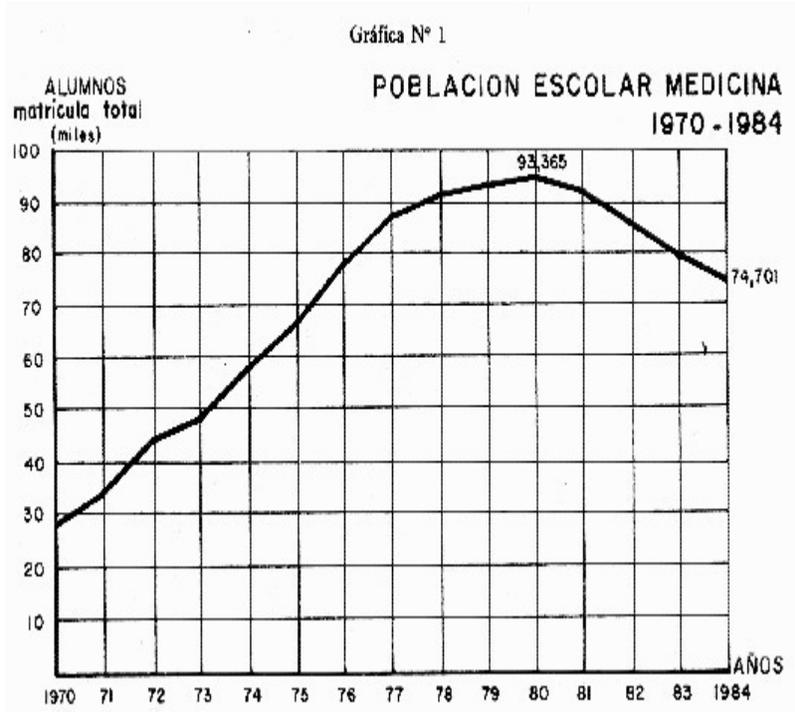
Basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, hay actualmente en el mundo en desarrollo cientos de miles de personas que, tras un breve curso de formación, pueden atender algunas necesidades de salud de la población local. Entre los servicios más importantes que proporcionan a la colectividad están la protección de las madres gestantes, la asistencia durante el parto y la divulgación de conocimientos elementales sobre el cuidado de los hijos y la planificación de la familia.

En términos óptimos, el perfil de los recursos humanos debería corresponder al perfil de las necesidades de salud del país con sus variantes regionales. Los factores que obstaculizan esta deseable coincidencia tienen su origen tanto en el propio sistema de salud como en el entorno social. En el caso de México, sin el ánimo de ser catastrofistas, señalemos que hasta el inicio del actual régimen faltó una clara política sanitaria nacional que involucrara a todos los servicios de salud; aún hoy sufrimos la deficiente vinculación del sector con otros elementos del desarrollo nacional y la inadecuada formación del personal.

Dentro de este último tema, debe destacarse por su gravedad el problema de la sobrepoblación de estudiantes de la carrera de medicina; (Gráfica No. 1.) La afirmación de que hay un excesivo número de estudiantes en la carrera encuentra sustento en dos hechos: el primero es la ruptura del equilibrio deseable entre los recursos que son necesarios para la adecuada preparación de profesionales de la medicina y el número de estudiantes de esa carrera. Cabe advertir aquí que al referirnos a los recursos necesarios para la enseñanza de la medicina debe tenerse presente no sólo a los profesores, los laboratorios, las bibliotecas, la comunidad misma, etc., sino a lo que es insustituible e indispensable: las oportunidades de aprendizaje frente al paciente, en la consulta externa o en la cama del hospital.

Tales oportunidades constituyen precisamente el recurso que irremediablemente se diluye por los incrementos tan notables de la matrícula. Los hospitales generales y los servicios de consulta de primer contacto están saturados de estudiantes. A cada cama útil para la enseñanza acude un número impreciso pero siempre excesivo de estudiantes de pregrado, además de los de posgrado y los de otras carreras del sector. Los problemas y deficiencias que se derivan de esta saturación son bien conocidos.

*Subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica, Secretaría de Educación Pública.



El segundo hecho en que se sustenta la afirmación de que la carrera de medicina en México está sobrepoblada, consiste en la imposibilidad de que una gran proporción de egresados de esa carrera se incorporen al sistema oficial encargado de ofrecer servicios de salud a la comunidad. Al respecto, algunos afirman que el problema no está dado por el número de egresados. Lo constituye, dicen, el tamaño y lo imperfecto del sistema nacional de salud. Esto puede revisarse desde luego, pero en la formación de los recursos humanos para la salud se deben cumplir muchos requisitos, entre otros el de la oportunidad: el egreso de los nuevos profesionales debe coincidir con el momento en que se les necesita; por tratarse de seres humanos, los excedentes no pueden almacenarse para ocuparlos cuando sea posible. Otros, además de referirse a la deficiencia y la poca cobertura del sistema, se resisten a regular el egreso de médicos destacando la gran necesidad que tienen millones de mexicanos de atender su salud. A estas personas cabe recordarles que los problemas de salud no se resuelven sólo con médicos, como lo han demostrado ya varios países de diferente sistema político. Precediendo y acompañando las acciones del médico deben intervenir otros miembros del equipo de salud que actualmente hacen falta en el sistema mexicano.

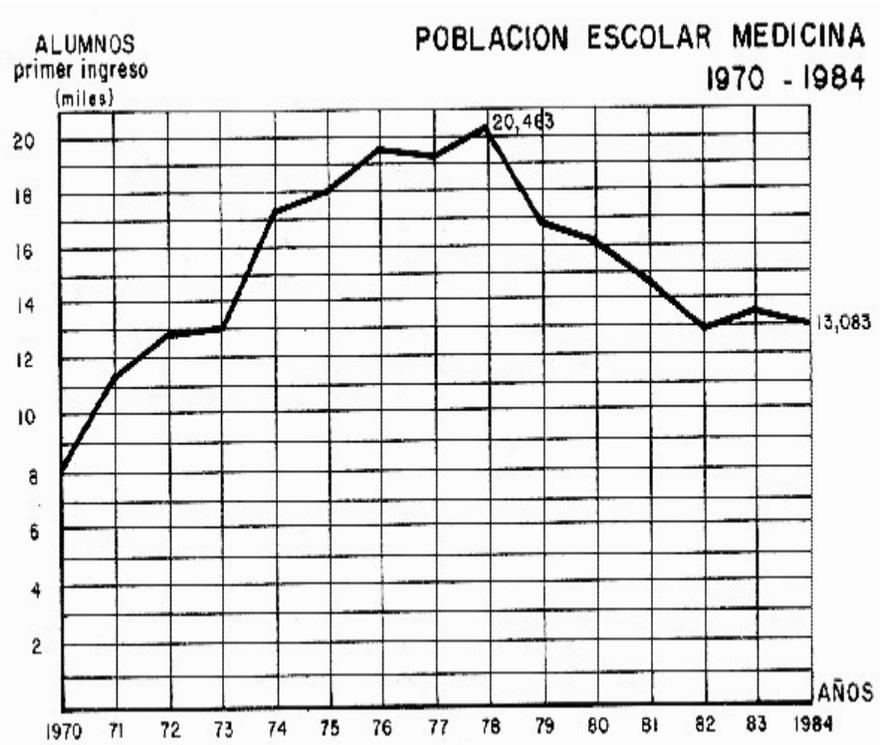
Pondérense además los siguientes datos: 1) en el año de 1984 había 74,701 alumnos de la carrera de medicina en todo el país, pese a un esfuerzo parcialmente exitoso de las universidades que llevó a reducir la matrícula de primer año de más de 20,000 en 1978, a 13,000 en 1984; Gráfica No. 2; 2) existen 59 escuelas de medicina, poco más de la mitad de ellas fundadas en los últimos 10 años; 3) no ha habido una política nacional que regule la creación de escuelas ni la admisión de alumnos al primer año; 4) el sistema de salud está incapacitado para absorber a los egresados de medicina: la captación posible, incluyendo a la medicina institucional privada, es aproximadamente de cuatro mil médicos por año, en tanto que en 1983 egresaron de las escuelas y facultades 11,540 médicos; Gráfica No. 3. Respecto a la idea tan generalizada de que existe sólo un tipo de médico adecuado para enfrentar nuestros problemas de salud, debemos señalar que esta concepción proviene de una posición ideológica, más que del conocimiento de nuestra realidad. Siempre que evitemos ese error, llegaremos a conclusiones más humildes pero sin duda más útiles. Para el ejercicio de una medicina moderna se necesita no uno, sino varios modelos de enseñanza médica. Cada uno de ellos proporcionará los conocimientos y las técnicas que son necesarios para una tarea particular o para una serie de tareas. No ignoro que hay quienes proponen la preparación de un solo tipo de profesional de la medicina que en la práctica resulta ser mitad sociólogo y mitad sanitarista, quien resolverá los problemas de salud del país sin contaminarse del biologicismo

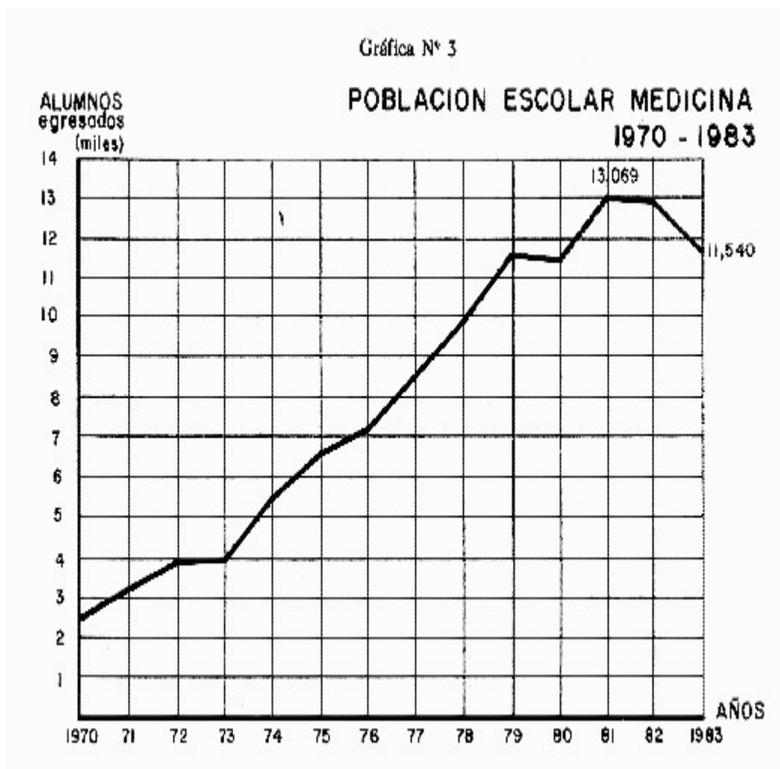
y el anacrónico somaticismo de una medicina obsoleta. Pero parece más prudente prestar atención a lo que se nos dice en un conocido reporte de la Organización Mundial de la Salud: “nos aguarda una nueva era de la medicina que requiere sus propios modelos. . . no habrá muchos niveles sino muchos tipos de personal médico y sanitario, que poseerán títulos de diversas clases”. En todo caso, lo que necesitamos en nuestro país es una variedad de trabajadores de la salud, capaces de coadyuvar en la prestación integral de los servicios con la participación activa de la comunidad. Para ello es indispensable que se coordinen el sector de la salud con las instituciones educativas.

Esta anhelada coordinación a la que hago referencia se ha propiciado ya con los trabajos que realizan las dos comisiones interinstitucionales, en las que las universidades están representadas por los rectores que integran el Consejo Nacional de la ANUIES. Dado el interés específico de esta presentación, destaco solamente los siguientes objetivos:

- 1) Propiciar que la formación de recursos humanos se oriente por las políticas del Sistema Nacional de Salud y la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior (CON PES); 2) coadyuvar a la definición de los perfiles de los profesionales de la salud en su etapa de formación, congruentes con los objetivos del Programa Nacional de Salud, y 3) promover la colaboración entre las instituciones de salud y las educativas para la realización de programas conjuntos de investigación.

Si estas metas se consiguen, querrá decir que se habrán alcanzado seguramente otros objetivos tan importantes como los de definir los tipos y las cantidades de los recursos humanos que el sistema necesita, superar los tradicionales problemas que afectan el proceso de formación de profesionales y estimular el desarrollo de nuevas fórmulas de relación entre los sistemas de salud y educación, que garanticen la calidad de los egresados.





Desde mi perspectiva, creo que en el seno de estas comisiones interinstitucionales se están definiendo políticas y estrategias de la mayor importancia. Sólo con la intención de contribuir con un punto de vista (por supuesto discutible), que es producto de la experiencia de muchos años de ejercer la docencia y como universitario en niveles de dirección, opino lo siguiente:

1. No se justifica establecer para las carreras de medicina y odontología, y en general para ninguna del área de la salud, programas destinados a formar un solo tipo de profesional. Estudios serios respaldarán los cambios necesarios para establecer diferentes modelos que respondan a distintas necesidades. Sin embargo, de acuerdo con los objetivos del Programa Nacional de Salud, la preferencia deberá ser la formación del médico familiar, porque es el protagonista más activo de la atención primaria a la salud. En este sentido, considero que el plan A-36, con los cambios que recomienda su reciente evaluación, puede ser un buen instrumento, sobre todo si se le incorporan las experiencias de la UNAM, las universidades autónomas de Nuevo León, San Luis Potosí y otras.
2. Las universidades, coordinadas con el sector salud, seguirán formando el personal de nivel superior, es decir, de licenciatura y posgrado. Los niveles llamados técnicos y los que corresponden a una educación media y media superior de carácter terminal, no son el campo natural de las instituciones de educación superior. Además, su formación está muy ligada a la actividad asistencial y es más lógico que ocurra precisamente en las instituciones de salud.
3. Es indispensable establecer mejores procedimientos para la aceptación de los alumnos de primer ingreso a la carrera de medicina, siempre en función de la capacidad que las instituciones de salud tienen para atender la enseñanza en los ciclos clínicos. La apertura de escuelas y facultades deberá estar igualmente condicionada por este requisito que, finalmente, habrá de establecerse entre las universidades y el sistema de salud.

4. Los programas de estudio de la carrera de medicina deben ser revisados responsable y detenidamente. Pero se tendrá especial cuidado en no permitir que so pretexto de la necesidad de un mayor conocimiento de los aspectos sociales de la enfermedad, se formen médicos incapaces de cumplir sus tareas tradicionales.

Sobre este último punto, permítanme transmitirles una reflexión. Es lícito decir que el papel del médico ha estado siempre bien definido. Lo estuvo desde el nacimiento de la medicina hipocrática, cuando no sólo quedó plasmada para siempre la ética de nuestra profesión, sino, además, apareció la observación clínica con sus primeros balbuceos en el ejercicio de la inferencia científica.** A partir de entonces (hace 24 siglos) se aceptó, sin que nadie lo pusiera en duda, el deber esencial del médico: “cuidar con devoción al hombre enfermo para devolverle la salud o, cuando menos, para mitigarle el sufrimiento”. Este verdadero mandato ético ha resistido el paso de los tiempos. Pero el deber del médico no se agota ahí; el propio avance de la medicina, y no tanto el reclamo de la sociología, ha dado un nuevo significado a esa “cuestión radicalmente social” que es la enfermedad y, por ende, a la función del médico en la comunidad. Sabemos que la acción del medio entendido como el habitat natural del hombre que comprende tanto lo físico como lo psico-social, condiciona las reacciones humanas siempre en interacción con los factores hereditarios y constitucionales. Así pues, tratar de corregir el medio insalubre u hostil es la forma que el médico tiene para cumplir con un deber eminentemente social, porque aparte de la ayuda al enfermo, se busca la protección de la comunidad. Para que el médico pueda actuar en tal sentido, los programas de estudio incluyen lo necesario y esto no ha variado substancialmente desde hace mucho tiempo. Lo menciono porque en ciertos círculos académicos se hace hincapié en la necesidad de introducir un mayor número de materias de contenido social, filosófico y político, que atiendan básicamente los aspectos relacionados con la comunidad y sus problemas de salud. Pero creo que alguien debe advertir, aun remando contra la corriente, que los “cambios curriculares” que algunos desean no van a favorecer la formación de un “buen médico” en el sentido en el que lo entendemos. Quisiéramos que se reivindicara la función social del médico preservando la orientación de la enseñanza hacia la medicina general o familiar, porque nuestra disciplina, concebida integralmente, no puede sustentarse sólo en las especialidades. Pero entiendo que ese buen médico general, buen médico a secas, tiene que formarse en las instituciones de todos los niveles de atención cualquiera que sea su nombre y cuyo desideratum es una filosofía docente-asistencial. Esta es una verdad que apenas si necesita ser defendida, pero el hecho real es que hay quienes sostienen puntos de vista contrarios.

El aprendizaje puramente empírico en la comunidad es un mito que debemos combatir. Llevar al alumno a las áreas marginadas en las que no existen centros de contacto primario y creer que bastarán ciertas prácticas de tipo preventivo y los planteamientos teóricos sobre la forma en que la medicina “debe contribuir al cambio social”, es caer en un espontaneísmo verdaderamente paralizador, contrario a la filosofía del aprender y enseñar-haciendo. Señalamos, pues, el peligro de aceptar sin reflexión suficiente los programas de estudio que como novedad se están proponiendo y, en algunos casos, llevando a cabo. No existe, como se pretende, oposición verdadera entre prevenir y curar, ni tampoco entre el acto singular del médico ante su enfermo (“una conciencia frente a una confianza”, se ha dicho) y la práctica de la medicina comunitaria.

Hoy día es inseparable la acción de prevenir las enfermedades, de la de promover la salud; igualmente es indistinguible el acto curativo del rehabilitatorio, en sentido estricto.¹ Ciertamente: la atención médica ha dejado de estar a cargo exclusivamente de profesionales organizados en unidades simples de producción y orientados hacia el individuo, para convertirse en actividades realizadas por personal diversificado, llevadas a cabo en unidades complejas, orientadas hacia la comunidad y bajo el liderazgo gubernamental. Esta forma dominante de producción de bienes y servicios de salud requiere de recursos humanos que tengan una concepción integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad. Pero decir esto es una cosa; otra muy distinta es proponer cambios en los programas de estudios que sólo producirán “médicos” que difícilmente merecerán este título. En todo caso lo que había faltado es planeación, una planeación que hoy es participativa, concertada entre las universidades que son autónomas por ley y los sectores de salud y educación del Estado mexicano. El marco normativo lo da con claridad la ley de planeación y la acción se

** Así lo expresó el maestro Ignacio Chávez en una conferencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en julio de 1975 (puede consultarse en *Humanismo Médico, Educación y Cultura* editado por el Colegio Nacional, Tomo 1, 1978).

funda en la voluntad política de llevarla a cabo.

Los próximos meses, cuando se tomen acuerdos trascendentes en el seno de las comisiones interinstitucionales, serán cruciales para la enseñanza de la medicina en México. Seguramente las universidades darán buena contestación a la expectativa que recientemente expresó el doctor Guillermo Soberón con estas palabras: “Frente a la firme determinación del gobierno de la República en los últimos dos años en materia de salud, se hace necesaria una respuesta de la misma magnitud por parte de las instituciones de educación superior.”

¹Recientemente lo dijo, en términos parecidos, el Dr. José Laguna, al inaugurar el VI Congreso Nacional de Médicos Residentes del ISSSTE.