

Consideraciones en torno al programa de medicina general integral A-36

Hernán González Wood, Jorge Veramendi Carnicer,
Lindorfo Cárdenas García, Fernando Cano Valle,
Facultad de Medicina, UNAM.

“Los profesionales de la salud cargan sobre sus hombros un cúmulo importante de obligaciones, son agentes sociales por excelencia, líderes de la comunidad, necesitan tener, para servir mejor y para transmitirla, una imagen unificada del mundo, lo que lleva a aceptar el bienestar del hombre como finalidad primera y última. Tareas de primera clase, demandan hombres de esa misma jerarquía”.

Educación Médica en América Latina.

En los últimos 4 decenios se han realizado en América Latina numerosas reuniones de expertos en educación y salud tendientes a mejorar la enseñanza médica, haciendo más acordes los currícula con las demandas y necesidades prioritarias de las grandes mayorías de la población. De esta manera se ha ido conscientizando la necesidad de reformular los planes de estudio, rompiendo la estructuración netamente biologicista del proceso salud-enfermedad y profundizando, cada vez más, en el análisis y repercusión de lo social en la génesis y distribución de la enfermedad, así como en la comprensión de que la lucha por el estado de salud rebasa los aspectos netamente médicos.

En la educación médica, en América Latina, la influencia europea, especialmente francesa, da paso en la segunda mitad del siglo XX a la influencia norteamericana. La aplicación del modelo flexneriano fue rápidamente objeto de críticas e insatisfacciones por no responder a las necesidades sociales ni a los recursos para su aplicación.

En este sentido, en las últimas décadas se entra en un proceso de reflexión, modificaciones e innovaciones educativas con la incorporación, y nuevos enfoques, de las ciencias sociales, la pedagogía, la metodología de la ciencia y hasta de las ciencias políticas a los programas de formación de médicos, con el propósito de orientar la educación médica más hacia la salud que hacia la enfermedad e incorporar el componente preventivo en la práctica médica.

A partir de los años 50's, en algunas escuelas de medicina se empiezan a cuestionar: el sistema docente, los currículos anticuados, las clases magistrales y la formación erudita sin posibilidades de adquirir experiencia en la atención de los enfermos.

En la década de los 60's cobra auge la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en todas las escuelas de medicina latinoamericanas.

En los años 70's, puesto en marcha el Plan Decenal de

Salud para las Américas (1971-1980), se consolidan como básicas las acciones de Medicina Preventiva y Social y la planificación de los recursos humanos respectivos. Se comienza a destacar la importancia del proceso enseñanza-aprendizaje en relación con la formación de recursos humanos para la salud y emerge la necesidad de reformular los currículos, tomando en cuenta el aprovechamiento de los recursos tecnológicos educativos, sobre todo, aquellos cuyo énfasis se orientará hacia la concepción y estructura formal de objetivos educacionales concretos.

Surge en aquella época la estrategia docencia-servicio como alternativa para producir una estrecha relación entre las Escuelas de Medicina y el Sector Salud. Se profundiza la necesidad de transformar el papel social de los egresados. De una franca inclinación hacia la profesión liberal se va pasando hacia una etapa caracterizada por la declinación de la práctica privada y que se orienta hacia la medicina general y la atención primaria como estrategia de salud.

Es innegable que la medicina moderna es un producto de los países desarrollados y altamente industrializados, siendo evidente también que en ellos la Universidad y la enseñanza de la Medicina están orientados a llenar las necesidades de esa sociedad, de ahí, la importancia que depositan en la medicina individual. Sin embargo, para los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, resulta necesario que la educación médica se oriente hacia la comunidad, hacia la Medicina Preventiva y, por ende, hacia los problemas sociales.

A problemáticas distintas, soluciones diferentes; pero sin que esto signifique la formación de médicos de segunda clase para naciones de segundo orden económico. Esto tampoco significa que por la práctica se desdeñe la teoría. El primer objetivo y fundamental de las Escuelas de Medicina deberá ser el de formar profesionales con un cabal conocimiento científico y técnico adecuado, pero asimismo, con un profundo conocimiento de las realidades nacionales. El médico debe egresar con una comprensión clara del hombre, del hombre como una unidad biológica, psicológica y social; y con un concepto integral de la medicina; ambas características se consideran necesarias para cubrir en la atención médica los aspectos de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Gass (citado por Witker) dice:

“Frecuentemente las Universidades adoptan una actitud crítica en relación a la sociedad, pero muy conservadora en relación a la manera como ellas mismas reflejan a tal sociedad, especialmente en cuánto a lo que enseñan y como lo enseñan”.

Sin embargo y al decir de Jorge Andrade (citado por Ferreira):

“Resulta estimulante constatar que en años recientes se ha venido fortaleciendo la tesis de que las Escuelas Latinoamericanas de Medicina han de buscar sus propias soluciones a través de un proceso profundamente crítico y creativo, sustentado en su propia realidad y en las exigencias de la sociedad en la cual tiene su asiento”.

Witker en relación a la enseñanza universitaria predominante en nuestros países afirma: “La formación profesional no es una variable independiente de la formación social, sino más bien un reflejo evidente de la misma. El alejamiento de la sociedad real, de los contenidos informativos, los métodos de enseñanza y los sistemas de evaluación, la orientación libresca y repetitiva de la docencia, el autoritarismo docente y la pasividad del educando, integran, al decir de Colmenarez, ‘La didáctica de la dependencia’.

Witker resume la educación tradicional universitaria en los siguientes puntos:

1. Énfasis en los contenidos informativos.
2. Ambigüedad en las metas, con el resultado, que los alumnos no saben qué se espera de ellos ya que carecen de objetivos definidos en función de proyectos nacionales.
3. Aislamiento estructural entre los contenidos generalmente de orientación teorizante-libresca y la realidad social y profesional concreta.
4. Reforzamiento de la enseñanza informativa en desmedro del aprendizaje formativo del estudiante.
5. Evaluación subjetiva y separada del proceso global de enseñanza-aprendizaje y orientada a premiar la repetición acrítica de contenidos teóricos.
6. Separación de la docencia y la investigación.

Es así que el énfasis en los métodos de enseñanza se ubican en los aspectos del conocimiento “enseñado” por el profesor que constituye la preocupación esencial del estudiante. No hay cuestionamiento crítico por parte del estudiante. La hegemonía del libro como fuente del aprendizaje está en relación directa con el carácter teorizante y abstracto de la educación.

Los textos reemplazan a la realidad, que siendo contradictoria, lleva en sí el germen de la discusión y el diálogo. En esta forma se trabaja en realidades procesadas en los textos, sin sumergir al estudiante en los problemas reales de la sociedad. El concepto cientificista se apoya en postulados tales como: la ciencia es universal, neutra política e ideológicamente; la ciencia implica necesariamente progreso y desarrollo; las ciencias naturales son más científicas

cas que las ciencias sociales y que el modelo de desarrollo científico norteamericano sería el paradigma a seguir, especialmente por los países dependientes. Estos axiomas en términos generales, orientan el trabajo docente en la Universidades Latinoamericanas.

Para Carlos Vidal, la posibilidad de generar transformaciones en la práctica de la salud, con participación del proceso educacional, requiere de la planificación de las acciones conjuntas de las instituciones asistenciales y de las formadoras de los recursos humanos. La definición de perfiles ocupacionales claros, por parte de las instituciones de servicios, debe constituirse como la base de los perfiles educacionales que habrán de responder al proceso social y a sus demandas.

Si se requiere que la educación no continúe siendo teórica, el proceso de enseñanza-aprendizaje debe inscribirse en la realidad, en el servicio.

En el campo de la salud, esto plantea un cambio en los métodos de diseño de los planes de estudio, pasando así del "objetivo del contenido" (conocimiento) al "objetivo del proceso" (esquema de acción).

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, acorde con las estrategias y políticas orientadas para atender a la mayoría de la población y marcando rumbos innovadores, ha respondido como parte integrante de una universidad comprometida con la sociedad de la que es parte, poniendo en marcha planes de estudio en el pre y post-grado, tendientes a la formación de recursos humanos idóneos y acordes a la realidad y necesidades nacionales.

En este sentido comienza a funcionar en 1974 el Programa de Medicina General Integral (A-36) y, en 1975, el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria.

En 1981, se crea el Centro de Estudios de Atención Primaria de la Salud. En 1984 el Programa de Medicina General Integral, el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria y el Centro de Estudios de Atención Primaria de la Salud, pasan por decisión del Dr. Fernando Cano Valle, director de la Facultad de Medicina, UNAM, a formar parte de la Secretaría de Enseñanza e Investigación en Atención Primaria de la Salud, encargada de coordinar esfuerzos y acciones en todo lo que se refiere a esta estrategia nacional de salud.

En esta forma, la Universidad y su Facultad de Medicina responden a la problemática nacional de salud y encaminan la formación de recursos humanos, orientando la investigación hacia los problemas prioritarios del país.

Por último y como fruto del análisis y reflexión consecu-

tivo a la evaluación del Plan de Estudios por Asignaturas vigente desde 1967 y respondiendo a lo que debe ser el perfil del profesional egresado de esta Facultad, para la época y las necesidades actuales, se puso en marcha el nuevo Plan de Estudios por Areas Integradas en 1985.

Posteriormente a la iniciación de actividades del Programa de Medicina General Integral (1974) aparecen numerosos trabajos que en el marco de la educación médica, formación de recursos para la salud y estrategias refuerzan la concepción original y la necesidad del cambio y orientación de los estudios médicos.

En este sentido, en 1976, Julio de León expresa la necesidad de formar un médico diferente y con las siguientes características:

1. "Un médico general.
2. Que sea consciente de los problemas de la comunidad.
3. Que tenga fuerte vocación de servicio
4. Con preparación científica que le permita resolver problemas sin recursos de gran ciudad.
5. Que tenga habilidad e ingenio.
6. Capaz de continuar auto-educándose
7. Que sea conductor y orientador de un grupo multi-profesional:
Trabajadora Social
Enfermera de Salud Pública
Enfermera Hospitalaria
Educadores Sanitarios
Técnicos de Laboratorio
Maestros de Educación
Inspector de Saneamiento Ambiental.
8. Que dignifique la relación médico-paciente y la extienda a una relación médico-comunidad, a través de la familia.
9. Que conozca la dinámica y la estructura de la sociedad dentro de la cual se mueve.
10. Que conozca los factores económicos que influyen sobre él mismo, su paciente y su comunidad".

Del mismo modo agregaba:

"En una época cuando hay más inquietud de saber, más demanda de habilidades y más necesidades de servicio, nuestros métodos de enseñanza tienen que modificarse para obtener mayor rendimiento y efectividad".

"Tienen que modificarse basados en el mejor conocimiento y efectividad. Tienen que modificarse haciendo del estudiante de medicina el centro de nuestra atención. Por consiguiente, la estructura y contenido de un plan de estudios para formar un profesional para el futuro, debe tener sus bases en aquellos conocimientos que les podrá dar mayor efectividad, comprensión y versatilidad en la

práctica del mañana. La orientación de la educación médica posee en la actualidad nuevas dimensiones como tendencias y énfasis en el valor formativo del estudiante y en la utilidad real de los conocimientos a él proporcionados”.

En la Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe realizado en Caracas, Venezuela, en 1976, se recomienda que: “La educación médica deberá estar dirigida a permitir a los alumnos una visión integral del hombre en sus niveles biológico, psicológico y social y tal percepción deberá estar presente y ser favorecida a lo largo de todo el currículo y no ser únicamente el objeto de una disciplina o un conjunto de disciplinas más o menos aisladas del contexto general del proceso de formación de médicos”.

La histórica reunión de Alma Ata en 1978 y su resolución estratégica de la atención primaria de la salud refuerza los intentos educativos de reformular los estudios médicos con el objetivo de formar profesionistas con vocación de servicio al individuo, la familia y la comunidad y con el fin de lograr una medicina más equitativa, más justa y de mejor calidad.

Al decir de Carlyle Guerra de Macedo “los recursos humanos en Salud deberán estar determinados por los requerimientos de prestación de servicios adecuados a las necesidades de salud de la población”. Asimismo, destaca “se deben formar profesionales individualmente capaces y que comprendan el proceso social de la salud y se inscriban en él activamente”.

En 1979, el grupo de trabajo sobre Requisitos Mínimos para la Creación de Escuelas de Medicina, de la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, postuló que la creación de Escuelas de Medicina debería responder a una necesidad social y no a una necesidad social de educación, resultando ser éstas sus recomendaciones:

1. “Paso de un enfoque predominantemente académico, a un abordaje más pragmático, que tenga como punto de partida la atención de la salud.
2. Ruptura de la clásica separación entre ciencias básicas y ciencias clínicas.
3. Evolución de una enseñanza atomizada en esquemas basados en disciplinas aisladas, hacia una progresiva integración multidisciplinaria.
4. Salida del enclaustramiento institucional, en términos de organización e instalaciones, hacia una amplia reubicación en toda la red de servicios, que incluya:
 - a) Cambio de aula departamental, por instalaciones más sencillas, a nivel de los propios servicios.

b) Utilización del laboratorio multidisciplinario en casos especiales y, si es posible, paso a los laboratorios de servicio.

c) Paso de la actividad hospitalaria predominante al trabajo en la consulta externa y centros de salud.

d) Cambio de la relación profesor alumno a una amplia interacción con los profesionales a nivel del servicio”.

En la séptima década del siglo, siguiendo estas recomendaciones, muchas escuelas de Latinoamérica, como Ribernao Preto de Brasil, Cali en Colombia y Concepción en Chile, hacen modificaciones en su currículo, con la creación de departamentos de medicina preventiva y social, o la incorporación de materias de este tipo.

Estas modificaciones tienen el inconveniente de aumentar el número de asignaturas en los programas de estudio y se observa el predominio de los aspectos teóricos sobre los prácticos, por lo que se buscan modelos de integración como se observan en las Universidades de Case Western Reserve en Ohio y en la de Brasilia en Brasil.

Se proponen principalmente modelos de dos tipos:

- a) Modelo curricular por áreas de conocimiento y
- b) Modelo curricular modular.

Según Margarita Panza, “la acción de las escuelas se concreta en los currículos y detrás de cada uno de ellos hay una posición política que determina en gran medida las finalidades, los contenidos y las formas de instrumentación de los mismos”.

“Todo currículo tiene una estructura organizativa general que condiciona las decisiones que se toman para su diseño, lo que va a influir de manera decisiva en las experiencias de aprendizaje, formas de evaluación, tipo de profesores y apoyo de material didáctico necesario”.

“La etapa previa a todo diseño curricular debe ser el análisis de la práctica profesional y en este sentido debe distinguirse la práctica profesional dominante (práctica hospitalaria orientada a la especialización) y la práctica emergente (medicina comunitaria orientada a la medicina general y familiar). De esta manera un currículo innovador debe partir de la práctica dominante y ascender a la práctica emergente”.

A raíz de los antecedentes ya revisados a lo largo de esta exposición, nacen en México una serie de currículos de enseñanza modular, pero con enfoques disciplinarios y metodológicos distintos. Nace así, por ejemplo, el Plan A-36 en la Facultad de Medicina de la UNAM, y se crean planes modulares en la UAM-Xochimilco, y aparecen también otros planes innovadores en la Escuela de Medicina de Nayarit, Campeche, Chiapas, Escuela de Medicina de Tijuana, Baja California, Guadalajara y en las

ENEP (Iztacala y Zaragoza).

Siguiendo la opinión de la Lic. Panza, "el análisis de la práctica profesional lleva a la concreción de los problemas u objetos de transformación que debe abordar el estudiante y el conocimiento se va generando a partir de la acción sobre ellos".

"Desde el momento que el conocimiento es un proceso, al igual que la verdad, el estudiante accede a ellos por la acción sobre los objetos de transformación. Este es uno de los aspectos básicos de la enseñanza, la cual deja de ser dogmática y autoritaria, permitiendo al alumno asumir un rol activo en su formación".

María Isabel Rodríguez y Ramón Villarreal resumen el enfoque educativo en los estudios médicos en los últimos 30 años: "La primera etapa, del decenio de 1950, está caracterizada por la influencia del Informe Flexner; la enseñanza se organiza en el ciclo de las ciencias básicas y de la clínica; hay una separación casi completa entre medicina y sociedad, y en seminarios continentales se propone la inclusión de un enfoque integrado."

"La segunda etapa, del decenio 1960, es de grandes avances teóricos y prácticos; en las reuniones continentales de autoridades de salud, de asociaciones profesionales, se formula explícitamente la necesidad de integración de lo social y lo biológico en la educación médica. También se fortalece la base biológica de los planes de estudio. La tercera etapa, del decenio 1970, representa la consolidación del objeto de estudio de esa disciplina. Surge entonces el concepto de interdependencia entre la educación médica, la práctica médica y la organización de los servicios de salud, en un contexto social."

Según los mismos autores, "los años del decenio de 1980, son aún una etapa inconclusa de culminación del proceso de integración de lo social y lo biológico en medicina con la inclusión de la idea del compromiso del médico con la sociedad".

Por otra parte, el Programa de Medicina General Integral de la UNAM tiene el mérito de adelantarse a nuevas orientaciones educativas en el campo de la Medicina como el informe G.P.E.P. (1984) y las recomendaciones del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de las Academias Nacionales de Medicina (Lima, Perú, 1987).

En septiembre de 1984, el Consejo Ejecutivo de la Asociación de Escuelas Médicas Norteamericanas (AAMC) presentó a sus miembros el informe G.P.E.P., documento relativo al análisis que, durante tres años, se llevó a cabo para revisar la educación profesional general del médico y la preparación universitaria.

Posteriormente, el grupo de trabajo formado por los Consejos de Decanos y Sociedades Académicas formuló comentarios sobre las conclusiones y recomendaciones del informe G.P.E.P., que de ponerse en práctica, significarían un cambio trascendental en el modo cómo actualmente se forman los estudiantes de Medicina en Norteamérica.

Las principales recomendaciones se pueden resumir en:

1. Cambiar el énfasis con que se enseñan las destrezas, los valores y las actitudes en las Escuelas de Medicina.
2. Limitar el volumen de información que se espera sea retenida por los estudiantes.
3. Enunciar mejor los niveles de conocimientos y destrezas requeridas en cada etapa de la educación médica.
4. Modificar los ambientes educacionales.
5. Reiterar la responsabilidad de los médicos frente a sus pacientes y comunidades.
6. Que la educación de bachillerato sea amplia y exigente en lo que respecta a las Ciencias Sociales y Naturales y a las Humanidades.
7. Mejorar las destrezas en el arte de escribir y en la comunicación.
8. Valorar las destrezas y capacidad analítica para el aprendizaje independiente en los estudiantes que postulan su ingreso a las escuelas de medicina.
9. Estimular el aprendizaje independiente.
10. Revisión de los métodos docentes seguidos por las escuelas de Medicina particularmente durante los años dedicados a las ciencias básicas.
11. Objetivos educacionales alcanzables.
12. Reducción de las clases teóricas.
13. Aumento de las actividades que dan a los estudiantes mayores oportunidades para aprender independientemente y resolver problemas.
14. Formulación del currículum alrededor de conceptos centrales que sean susceptibles de articularse en "relaciones secuenciales", orden progresivo y lógico.
15. Mejor integración entre las ciencias básicas y la preparación clínica.
16. Que durante los años clínicos se recalque la preparación general de los estudiantes, más que permitir la adaptación de sus programas hacia el logro de residencias en especialidades.
17. Aumentar la dedicación y el interés genuino del profesorado hacia las actividades educativas de su escuela de medicina.
18. Mejor organización docente.
19. Que se establezcan las funciones de mentor en las relaciones entre profesor y estudiantes, como guía de un

pequeño número de alumnos.

20. Que se imparta menos enseñanza especializada.

Es necesario destacar el hecho de que estas sugerencias contenidas en el informe G.P.E.P., que comienzan a difundirse en 1985 por F.E.P.A.F.E.M., son posteriores en una década a la concepción curricular del Programa de Medicina General Integral.

Asimismo, la Reunión Internacional sobre Planes Innovadores en Enseñanza de la Medicina, celebrada del 19 al 24 de octubre de 1986, en la Universidad de Nuevo México en Albuquerque U.S.A., refuerza la necesidad de que las Escuelas y Facultades de Medicina contemplen planes innovadores paralelos que sirvan como modelos experimentales y fuentes de retroalimentación permanentes a los planes de estudios médicos para la formación de médicos generales impregnados de la filosofía de la atención primaria, la medicina preventiva y la atención al individuo, la familia y la comunidad.

Entre los días 23 y 25 de abril de 1987, se reunieron en Lima, Perú, los presidentes de las diez Academias Nacionales de Medicina que integran el Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de estas corporaciones y en relación a la Medicina en la sociedad contemporánea enunciaron las siguientes conclusiones y recomendaciones.

1. "La persona humana es el origen de la sociedad, por lo tanto, la medicina debe atender tanto los problemas de salud individuales como los de la organización social.
2. La medicina asume frente al hombre deberes ineludibles vigentes desde antes de la concepción, durante todo el transcurso de su existencia y después de la muerte.
3. Las acciones médicas deben ser humanizadas, eficientes, actualizadas, accesibles e igualitarias, y ejercitarse en la salud y en la enfermedad, tanto en la medicina colectivizada, corporatizada y comunitaria como en la de libre elección.
4. Las acciones médicas deben tener un profundo sentido ético impreso en todas las etapas de su intervención: investigadora, preventiva, promocional, curativa y rehabilitadora, especialmente en los casos de acciones punitivas cometidas por sistemas políticos represivos. Las actividades promocionales deben estar desprovistas de motivaciones políticas y comerciales, lo que también concierne a la investigación.
5. Las acciones médicas deben preservar la dignidad de la persona humana en todas las circunstancias de la vida y de la muerte.
6. La medicina, guardiana de la vida, se integra a la sociedad a través del individuo y su familia donde se inicia y

converge el sistema de relaciones establecido desde el nacimiento. Por consiguiente, las responsabilidades de la medicina se extiende a la familia y la sociedad.

7. La concepción del hombre integrado a la sociedad impone a la medicina la obligación de procurar que las condiciones de vida, en todos los aspectos ecológicos, físicos, psicológicos, espirituales y laborales, sean adecuadas al mantenimiento de su bienestar.
 8. Los riesgos que rodean al hombre en la sociedad contemporánea se incrementa cada día con nuevos y más destructores agentes que lo amenazan. La medicina debe estar alerta para advertirlos y conjugarlos; corresponde a los médicos educar al individuo y a la colectividad para el cumplimiento de los deberes relativos a la promoción y el cuidado de la salud.
 9. Los principios anteriormente enunciados deben incorporarse a la educación, teniendo en cuenta que la salud es un patrimonio de la vida y que todos debemos preservar.
 10. La preservación de la salud constituye un deber del Estado, y es derecho y responsabilidad individual. Los servicios médicos y de salud -sean estatales, municipales o privados- deben integrarse a los programas de desarrollo nacional y extenderse a todas las regiones del país, incluyendo los sectores urbanos, marginales y rurales"
- Finalmente, debemos destacar que entre los días 7-12 de agosto de 1988, se celebró la Conferencia Mundial sobre Educación Médica en Edimburgo, Escocia, cuya declaración final incluimos dada la trascendencia que habrá de tener en la nueva orientación de los estudios médicos.

La Declaración de Edimburgo.

"Miles de personas padecen y mueren a causa de enfermedades que son prevenibles, curables o son auto-provocadas, millones más carecen de cualquier tipo de atención de salud".

Tales hechos han dado lugar a una creciente preocupación en la Educación Médica en cuanto a la atención de salud igualitaria, la impartición humanitaria de servicios de salud y su costo social".

"Dicha preocupación ha adquirido relevancia en las discusiones tanto nacionales como regionales, en las que se encuentran involucrados un gran número de individuos de diversos niveles de educación médica y de servicios de salud en la mayoría de los países del mundo, y ha sido enérgicamente enfatizado en la Conferencia por las ponencias sobre los aspectos básicos que enfrentan dichos grupos. Asimismo, refleja las convicciones de un número cada vez mayor de maestros y estudiantes de Medicina, médicos y otros profesionales de la salud, así

como el público en general en todo el orbe”.

“El continuo desarrollo de la Medicina es básicamente el resultado de la investigación que la sustenta, y tras un siglo de investigación científica continúa alcanzando grandes logros; sin embargo, el hombre requiere algo más que la ciencia pura, y es por ello que ahora los educadores médicos deben dirigirse hacia ellos mismos, con objeto de satisfacer las demandas del género humano en su totalidad, así como de los individuos.

“La finalidad de la Educación Médica es producir médicos que promuevan la salud para todos, no simplemente otorgar servicios curativos a aquellos que puedan pagarlos o para quienes sea de fácil acceso. Dicha finalidad no ha sido reconocida en muchos lugares, no obstante, el enorme progreso que se ha alcanzado durante el presente siglo en las ciencias biomédicas. Este problema no es reciente, sin embargo, los anteriores esfuerzos para lograr una mayor conciencia social dentro de las Escuelas de Medicina no han sido del todo exitosas”.

“Las anteriores apreciaciones indican que muchos de los adelantos pueden alcanzarse por medio de acciones tomadas por las mismas Escuelas de Medicina, las que tienen como objetivos:

1. Aumentar el número de sitios en los que lleven a cabo programas educativos, para incluir a todos los recursos de salud de la comunidad y no únicamente hospitalares.
2. Asegurar el aprendizaje continuo de por vida mediante el cambio del énfasis otorgado a los métodos didácticos tan difundidos actualmente- hacia el estudio independiente y auto-dirigido, así como métodos de tutoría.
3. Integrar tanto el sistema curricular como el de exámenes para asegurar la consecución de la competencia profesional y los valores sociales y no simplemente adquirir y repetir información.
4. Asegurar que los planes de estudio reflejen las prioridades de salud nacionales y la disponibilidad de recursos económicamente accesibles.
5. Entrenar a los maestros como educadores, que no sean solamente expertos en su materia, y recompensar la excelencia en dicho campo, tal como se hace en la investigación biomédica o en la práctica clínica.
6. Complementar la instrucción en cuanto al manejo de los pacientes con un marcado énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
7. Integrar la educación teórica con la práctica mediante la solución de problemas en sedes clínicas y en la comunidad como base para el aprendizaje.
8. Utilizar en la selección de estudiantes de Medicina métodos que trasciendan la capacidad intelectual y los lo-

gros académicos para incluir sistemas de evaluación de las cualidades personales.

“Otras reformas tienen mayores implicaciones:

1. Fomentar y facilitar la cooperación entre las Secretarías de Salud, las de Educación, los Servicios de Salud Comunitarios y otros grupo de importancia para el desarrollo de políticas conjuntas, la planeación de programas la implementación y la revisión.
2. Asegurar que las políticas de admisión logren que el número de estudiantes entrenados sea congruente con las necesidades nacionales en cuanto a médicos.
3. Incrementar las oportunidades para que el aprendizaje, la investigación y los servicios se lleven a cabo de manera conjunta con otras profesiones de la salud y las relaciones con la misma”.

“Las reformas de la Educación Médica requieren más que un acuerdo, requieren un compromiso generalizado para la acción, un enérgico liderazgo y voluntad política. En determinadas zonas se requerirá inevitablemente apoyo económico, no obstante, creemos que mucho puede lograrse mediante una redefinición de prioridades y una redistribución de los que actualmente se dispone”.

“Por medio de esta declaración nos comprometemos y buscaremos que otros se nos unan en un sostenido y organizado programa para modificar las características de la Educación Médica, de tal manera que realmente satisfaga las necesidades particulares de la sociedad en que se sitúa. También nos comprometemos a crear la base de organización que se requiere para que estas solemnes palabras se vean traducidas en acciones sostenidas y efectivas. La situación está planteada, el tiempo para la acción es nuestra responsabilidad”.

Hemos querido destacar en todo lo señalado anteriormente, la visión que tuvieron los creadores intelectuales, ejecutores y operativos que diseñaron el Plan de Medicina General Integral o Plan A-36.

Readecuación Curricular del Programa de Medicina General

1. Fundamentación del Proyecto.

1.1 Introducción.

La educación es un proceso dialéctico sometido por tanto a reformulaciones acordes con el momento histórico en la cual se inserta. En el caso específico de la educación médica, ésta debe responder y adecuarse al avance científico y tecnológico como asimismo al movi-

miento social en sus necesidades legítimas de mejorar la atención de la enfermedad y del estado de salud individual y colectivo.

Es indudable que los modelos educativos en la formación de los estudiantes de Medicina no responden en su gran mayoría a las necesidades prioritarias de demandas de atención de la enfermedad y mucho menos a las necesidades de salud de las poblaciones en que los futuros profesionistas habrán de laborar.

“El médico no puede prepararse o perfeccionarse ajeno al medio humano que lo circunda y en el que va a ejercer su misión. No bastan el mejor conocimiento o la más admirable habilidad para asegurar que su aplicación debe producir los efectos esperados, porque cada ser humano es un mundo en sí mismo y las comunidades que constituyen reflejan, en la mirada de las interrelaciones, la naturaleza, la conducta y las actitudes de sus componentes. Probablemente por haber exagerado en el pasado los aspectos tecnológicos de nuestra ciencia y arte, imitamos más de lo que innovamos, nos encasillamos en el seno de las Universidades e ignoramos la realidad ambiente, nos concentramos en la evolución científica y subestimamos el dinamismo social. Fomentamos posiblemente un buen médico, pero no siempre el que nuestros países requerían, sino tal vez, otros países con grados diversos de desarrollo”.

En América Latina el médico que se necesita es el que corresponde al momento histórico, económico y social de nuestros pueblos. Es por tanto necesario formar estudiantes con una personalidad integral, madura y libre, pero con profunda comprensión sobre la naturaleza humana, sus derechos y responsabilidades, su esencia y apariencia, y sobre el devenir social y sus vicisitudes, con capacidad para comprender e interpretar la realidad en sus múltiples facetas, cualquiera que sea la especialidad a que se dedique, sea que trabaje en su práctica privada o al servicio del estado.

En esta forma, el médico que las escuelas de Medicina deben formar “debe estar estrechamente vinculado a los problemas económicos, políticos y sociales, con un concepto integral del hombre como unidad bio-psico-social, con un concepto ecológico del fenómeno curativo, con la formación de un pensamiento científico que aúne la teoría con la práctica, con una formación en el trabajo, con actitud positiva al trabajo en equipo, conocedor de los valores culturales de nuestra sociedad”.

En relación a la planeación de la enseñanza de la Medicina, María Isabel Rodríguez destaca, ya desde 1978:

“No hay duda que el camino más importante

en el proceso de planeación en la enseñanza de la Medicina lo constituye su orientación hacia la problemática de salud y la consideración de dicha problemática como resultante del momento histórico y de las condiciones sociales de los países”.

“En la planeación de la enseñanza de la Medicina actual, se realizan intentos porque las tres políticas fundamentales de educación, investigación y servicio derivados de un marco conceptual definido por la institución tienden a influir para generar el proceso formativo integral”.

Ma. Isabel Rodríguez plantea, en aquel momento, que 5 tendencias fundamentales parecen ser dominantes en la planeación del proceso educativo.

1. La exposición temprana del estudiante a la práctica en salud.
2. La integración docencia-servicio y en ocasiones docencia-servicio-investigación.
3. La interdisciplinariedad.
4. El balance entre ciencias biológicas y sociales con un mayor énfasis en el estudio de las ciencias sociales aplicadas al proceso de salud-enfermedad.
5. Formación de recurso médico en estrecha relación con los restantes miembros del equipo de salud, familiarizándose con la concepción de la dimensión social del trabajo.

Agregaba Ma. I. Rodríguez:

“Concebimos el proceso de integración docente-asistencial como un medio de lograr la formación de un profesional innovador que aplique el método científico a la transformación cualitativa de su práctica médica, de acuerdo al momento histórico y el contexto social en que deberá actuar”.

Por su parte, J.R. Ferreira recalca: “la concepción del proceso de integración docente asistencial se enriquece con la contribución de las ciencias sociales aplicadas a la salud”. Asimismo agrega “el enfoque social de la salud y de las ciencias de la salud requiere considerar al individuo y a la comunidad no como un objeto pasivo receptor sino como un sujeto activo con decisiones propias para solucionar sus problemas” y continúa “la comunidad no debe considerarse solamente como un espacio geográfico con una población determinada, con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además como un espacio social en el cual se incorporará el espacio de la satisfacción de sus necesidades y el poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas.

Este concepto de la comunidad como espacio social nos da una perspectiva nueva del espacio en que se desarrolla el proceso salud enfermedad, que no puede restringirse a la dimensión tradicional de la cama hospitalaria o con la estrecha visión que tiene el individuo altamente especializado, quien tiende a dominar en casi todos los países". Y agregaba, citando a Ordoñez que "utiliza en el concepto de espacio social geográfico que estamos analizando toda una variedad de fuerzas que afectan la condición humana que influye en la salud y en la enfermedad, implicando al mismo tiempo una necesidad de poder clasificar en forma adecuada cada uno de estos factores, para poder hacer un análisis más ordenado y objetivo".

Para Ferreira "el enfoque pedagógico en las transformaciones curriculares de los estudios médicos debe dar mayor importancia a los módulos adicionales, a la orientación tutorial, a las técnicas de autoinstrucción y a la evaluación del desempeño".

En síntesis, resume que el proceso de la integración docente asistencial abarca los aspectos siguientes:

- Involucra a la comunidad como espacio social participativo.
- Se centra en las necesidades reales de salud de la población.
- Exige una cobertura de servicios con base a una población adecuada.
- Tiene control epidemiológico de riesgo y patología predominante.
- Incluye el cuidado de salud en todos los niveles de atención.
- Adopta orientación colectiva con participación de todas las escuelas.
- Busca la interpretación crítica de la realidad.
- Reconoce a los actores como agentes de cambio social.
- Ajusta el plan de estudios a la logística de los servicios.
- Usa la autoafirmación y evaluación del desempeño.

Daniel López Acuña plantea las definiciones que en México se observan en la enseñanza médica. Textualmente anota:

"La situación nacional de la enseñanza de ciencias de la salud, desde el punto de vista cualitativo, es particularmente estremecedora.

La explosión irracional de estudiantes de medicina que se forman bajo programas librescos y anacrónicos; la relación anónima entre alumnos, maestros y enfermos; los enfoques de especialización; la discriminación hacia los aspectos preventivos de la medicina; la improvisación del personal docente; el olvido de las fases promotoras de la salud; el abandono del adiestramiento en procedimien-

tos psicológicos utilizables en la práctica médica; la prescindencia de los fenómenos psicológicos de la salud y la enfermedad; la falta de métodos que permitan ejercitar los sentidos en los procesos diagnósticos clínicos; la tecnificación carente de imaginación crítica; la ausencia de trabajo en equipo, la carencia de sistematización sobre las fases de la atención médica en las que se interviene y de los límites de cada una de ellas, son, entre otros, los rasgos definitorios de la formación médica profesional. Esto reunda naturalmente, en una labor sanitaria-asistencial cada vez menos competente."

Ronaldo Luna manifiesta que "la formación de profesionales de la medicina es la formalización institucional de experiencias que se realizan en la práctica profesional y que ésta debe contribuir a resolver los problemas de salud de la población. Para ello, el proceso de formación debe servir en la solución de los problemas de salud individual y colectiva actuales y futuras".

Según el mismo autor, los principios de la planificación de la educación médica son:

1. Considerar las características cambiantes del contexto nacional como un todo y su concreción en un perfil de salud en modificación.
2. Responder a las necesidades nacionales, específicamente a los problemas prioritarios de salud y explícitamente participar en su definición y modificación.
3. Los determinantes de la salud-enfermedad deben buscarse dentro del entorno socioeconómico, tecnológico y cultural.
4. La práctica médica que adopta la sociedad y que se legitima en los servicios de salud, es un condicionante en la organización de los programas de formación profesional.
5. El crecimiento exponencial del conocimiento y la tecnología obliga a desarrollar las habilidades para manejar eficientemente la información.
6. Las nuevas formas de la atención médica y su extensión del individuo a la colectividad deben buscarse en la aplicación del conocimiento social y epidemiológico a la administración en salud.
7. Dar importancia a las políticas de salud, a la vigencia de su cumplimiento y a la evaluación.
8. Las características de la población y el desarrollo nacional deben ser el marco de fondo de las acciones en salud.
9. Centrar el proceso de la enseñanza-aprendizaje en el estudiante .
10. Considerar al profesor como un tutor y a los currículos como guías orientadoras.

11. Dentro del contenido, dar más importancia a la metodología y a los conocimientos y habilidades para resolver problemas de salud individuales y colectivos.
12. Se adoptarán métodos activos centrados en el hacer y el reflexionar.
13. Se buscarán espacios de trabajo que ofrezcan múltiples materiales para el estudio y el análisis (bibliotecas, centros de documentación, ayudas audiovisuales).
14. Los estudiantes deben tener experiencia temprana con la realidad social, donde trabajarán prioritariamente en los núcleos de atención primaria. En ellos se analizará el daño de la enfermedad, la causalidad, la eficiencia de la comunidad y la eficacia de la tecnología.
15. La evaluación del desempeño profesional del estudiante, del proceso del programa de educación médica y del impacto social deben retroalimentar el sistema”.

Hemos intentado resumir en las páginas anteriores los aspectos fundamentales en la innovación de los planes de estudios médicos en América Latina, tendientes a adecuar la formación de profesionistas acordes a las necesidades prioritarias de nuestros países en relación al proceso de salud-enfermedad, su conceptualización global y las estrategias de ampliación de cobertura con sus objetivos de equidad en la prestación de los servicios.

“América Latina enfrenta hoy un doble problema en relación con el estado de salud de la población y la atención médica. Por una parte, las malas condiciones sociomédicas de la población y, por otra, el conflicto de los servicios médicos insuficientes, insatisfactorios e inequitativos”.

“De acuerdo con estimaciones de la OPS, se afirma (1985) que la población sin cobertura de servicios de salud en América Latina alcanza a 160 millones de habitantes que no tienen las mínimas posibilidades de atención médica o a algún tipo de servicio de salud”.

Cada día se hace más evidente la importancia de los fenómenos económico-sociales en el proceso de salud enfermedad cuestionando el paradigma biológico-individual de la enfermedad.

Al decir de Cristina Laurell se registran algunos hechos básicos que ponen en entredicho todo el pensamiento médico dominante y que son a saber:

1. Que el carácter de clase de la enfermedad es evidente.
2. Que la medicina, a pesar de sus avances tecnológicos y científicos, es incapaz de resolver los problemas de salud colectivos.

3. Que es observable que el desarrollo económico no necesariamente está acompañado por la desaparición de ciertos tipos de enfermedades, sino tiende a redistribuirla, y provocar nuevas.
4. La enfermedad no puede ser tratada solamente como un problema biológico, ya que en primer lugar es un fenómeno social.

Los mismo planteamientos son reforzados por otros autores dedicados a analizar profundamente la importancia fundamental de lo social en el proceso de salud-enfermedad.

Todo lo anterior señalado refuerza la necesidad, a 14 años de funcionamiento del Programa de Medicina General Integral, de una readecuación curricular tendiente a actualizar contenidos, lograr diacronía, secuencia y lógica de los aspectos teórico-prácticos necesarios para la formación del médico general que deseamos.

“Los programas de estudio -al decir de Porfirio Morán Oviedo- deben concluirse como propuestas de trabajo, dinámicas, en constante reconceptualización y reconstrucción, porque sólo así se convierten en mecanismos de trabajo, en permanente adecuación a las demandas siempre cambiantes de preparación de los educandos”.

Asimismo, la necesidad de reorientación de los estudios médicos adecuados a los cambios del contexto socio-económico y la proyección del quehacer profesional son reforzados por planteamientos educativos en diversas oportunidades. Así, el Dr. Fernando Cano Valle, Director de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. expresa que: “los programas de enseñanza deberán caracterizarse porque su estructura mantenga un equilibrio razonable entre los aspectos informativos y formativos; manejo de la actitud científica y social durante toda la tarea docente”. y continúa: “La existencia de un ambiente propicio para que el estudiante de medicina, además de lograr un buen adiestramiento profesional, adquiera la mente de un hombre de ciencia al servicio de la realidad del contexto social en que actúa”.

Las relaciones Universidad y Sociedad se ven reafirmadas: “al contemplar el futuro desde el punto de vista universitario encuentra grandes coincidencias con los programas en el campo de la salud, que deberán proporcionar bienestar a la población mexicana en los años venideros, con los que se reafirma nuestra firme convicción de que los ideales universitarios siempre están apegados a la evolución y necesidades sociales de este país”.