

Módulo universitario docente asistencial.

Una alternativa en educación médica

Dr. Roberto E. Uribe Elías*
 Dr. Héctor Ponce de León del Castillo**
 Dr. Víctor M. Gómez Moreno***
 Dr. Jorge Hernández y Hernández****
 Dr. Octavio Rivero Serrano*****

La Facultad de Medicina de la U.N.A.M., desde hace años, ha venido trabajando en diversas acciones de investigación para lograr una mejor integración docencia-servicio a nivel de atención de primer contacto, objetivo fundamental en la formación del médico general que deseamos obtener.

La enseñanza de la medicina se realiza en el momento actual en áreas de especialidad, lo que favorece la dispersión y desmotivación del estudiante para con las actividades de medicina general que le deberían ser propias; con tal fin, se ha diseñado un módulo de educación y asistencia que permite dicho propósito.

El módulo docencia-asistencia universitario es un modelo que permite ejemplificar la atención primaria de nuestro medio y que, además de resolver el problema educativo de nuestros estudiantes, favorecería la atención en zonas marginadas y permitiría tener un modelo que puede ser reproducido para la atención de áreas rurales. El módulo consiste en un grupo de consultorios y un centro de apoyo docente asistencial desarrollados en diversas etapas; se establecerá

la coordinación de cuatro consultorios que se apoyarían en el centro y de manera subsecuente podrían crecer el número de consultorios por cada centro de apoyo. El consultorio fundamento de justicia será el foco principal de acciones directas en la comunidad llevando a cabo programas de asistencia médica, promoción de la salud, investigación y básicamente, de docencia.

El centro de apoyo será el lugar en donde se desarrollarán las acciones de soporte diagnóstico ya que contará con laboratorio y rayos X a nivel básico así como una pequeña sala de curaciones. Este centro para el apoyo docente contará con facilidades de aulas, taller, hemerobiblioteca, y medios audiovisuales para favorecer el proceso docente.

Las acciones realizadas en los consultorios y en el centro de apoyo tendrían la participación paulatina de alumnos de medicina de todos los niveles de la Facultad, supervisados por médicos profesores con la calidad de médicos generales, como coordinadores del trabajo multidisciplinario, ya que los programas a desarrollar contemplan la participación de estudiantes de enfermería, enfermeras, químicos, estudiantes de química, psicólogos y sobre todo sería un campo ideal para la formación de recursos humanos para la salud a nivel técnico. Consideramos que el módulo otorga una alternativa no sólo en la docencia sino también en la asistencia médica.

* Secretario de Educación Médica. Fac. Med. UNAM.

** Secretario de Enseñanza Clínica. Fac. Med. UNAM.

*** Exsecretario de Internado y Servicio Social Fac. Med. UNAM.

**** Exsecretario General. Fac. Med. UNAM.

***** Rector de la UNAM.

Introducción

Este trabajo constituye la idea central de un programa ya en operación para apoyo de la medicina general-familiar.

De acuerdo a la evolución médica, en el momento actual, ha surgido una tendencia

importante hacia la formación del recurso médico a nivel de contacto primario, es decir, aquel en que puede enfrentarse de manera inicial el problema de salud de un individuo o de una comunidad mediante el empleo de tecnología sencilla, centrando la actividad en labores de tipo preventivo, de educación a la comunidad y de promoción de la salud y tratamiento por atención personal del médico de los problemas de enfermedad de una familia o comunidad en forma continuada.

Contrastando con lo anterior, en las últimas décadas la preparación de médicos en todo el mundo —y nosotros no nos sustrajimos a dicha corriente— se ha llevado a cabo preferentemente en grandes hospitales en donde se emplea tecnología altamente sofisticada y de alto costo, dando como resultado la motivación del alumno a continuar su preparación en alguna área restringida de la ciencia médica (especialidad); creando todo esto un déficit en la formación de médicos que con diferentes denominaciones (médico general, médico familiar, médico comunitario) realizan labores de atención a la salud al nivel más importante para cualquier comunidad, muy especialmente en nuestro país, por ser el pilar de la atención médica a grandes grupos de población.

Propósito

Para favorecer la integración docencia/servicio, se requiere el establecimiento de campos clínicos que otorguen la base del ejercicio profesional del médico general que deseamos formar,¹ sin despreciar la utilidad de las otras áreas que como apoyo, para algunos objetivos educacionales específicos, puedan brindar los centros de otros niveles (hospitales).

La creación de un centro docente-asistencial dependiente de la Facultad de Medicina de la UNAM y en coordinación operativa y programática con las instituciones del sector salud, permitiría el establecimiento de un modelo de asistencia médica que en el momento actual no existe con la extensión deseada para la solución de los problemas

médico-asistenciales y por ende, de los de educación médica.²

Este centro docente-asistencial a nivel de contacto primario, permitiría ser el eslabón natural entre la población (necesidades de atención médica, promoción de la salud, estructura de campañas nacionales, etc.), y los centros de asistencia médica existentes dentro del sistema de atención a la salud.³

Objetivos

1. *Objetivo General*

Organizar un Modelo que permita la integración docente-asistencial para la formación profesional del médico a nivel de contacto primario.

2. *Objetivos Particulares*

2.1. *De docencia*

- 2.1.1. Diseñar el funcionamiento del M.U.D.A. de manera que otorgue las experiencias necesarias para fundamentar el ejercicio profesional de la medicina a nivel primario.
- 2.1.2. Demostrar a los alumnos de la Facultad de Medicina a lo largo de su formación y mediante la práctica equivalente, la función del médico general.
- 2.1.3. Descentralizar en forma progresiva, la preparación del estudiante de medicina de las áreas hospitalarias hacia un modelo de atención primario dentro de la comunidad.
- 2.1.4. Organizar la utilización del M.U.D.A. para el entrenamiento de posgrado en medicina Familiar y Comunitaria.
- 2.1.5. Propiciar en los alumnos de la Facultad de Medicina el reconocimiento del panorama real en la demanda de atención médica de la población de nuestro país.

2.2. *De Asistencia*

- 2.2.1. Formular la proyección del M.U.D.A. para que se otorgue asistencia médica a aquella parte de la población que hasta ahora no la tiene, integrándola al sistema de salud.
- 2.2.2. Diseñar un modelo de asistencia médica, que pueda ser reproducido en otras zonas de la República, con necesidades similares a los de los grupos poblacionales en las que se haya operado con anterioridad dicho modelo.

2.3. *De Investigación*

- 2.3.1. Diseñar acciones de investigaciones en epidemiología y sociomedicina, sobre los núcleos poblacionales en donde sean establecidos los módulos.

2.4. *De proyección social de la U.N.A.M.*

- 2.4.1. Diseñar acciones de enseñanza-aprendizaje en las que participe el personal del módulo y la comunidad.
- 2.4.2. Diseñar acciones de investigación sociomédica en las que participe el personal del módulo y la comunidad.
- 2.4.3. Proponer acciones de asistencia a través del M.U.D.A. en las que la responsable sea la comunidad.
- 2.4.4. Organizar práctica de acciones universitarias multidisciplinares en el módulo con la participación de diversas escuelas y facultades.

Antecedentes

El programa de Medicina General Integral

(Plan A-36), nos proporciona el marco conceptual y la posibilidad de un desarrollo armónico del médico general, encontrando como problema la falta de una infraestructura Médico-Asistencial que favorezca dicho desarrollo en el momento actual.

Otro antecedente para nuestro planteamiento fue la investigación sociomédica de la morbilidad en comunidades rurales del Estado de Morelos que tuvo como objetivo primordial la determinación de los efectos de programas de atención médica en el medio rural, y qué tipo de metodología se emplea de la población rural en cuanto a las necesidades de atención médica. Esta investigación demostró la magnitud, importancia y perspectiva de los recursos de la Facultad de Medicina de U.N.A.M., para la identificación y evaluación de la mortalidad real de la población, destacando la proyección social, económica y humana del futuro médico que identifica desde ese momento, otra posibilidad en el ejercicio profesional.⁴

Como parte de la investigación anterior se realizó investigación de la atención médica de contacto primario en el medio rural en Huamantla, Tlaxcala, con miras a desarrollar un sistema de atención médica de contacto primario en el campo, favoreciendo la descentralización administrativa y su autofinanciamiento, enfocando básicamente la atención materno-infantil, escolar, los programas de planificación familiar, prevención de enfermedades transmisibles, de nutrición y educación para la salud; en este programa se obtuvo la ampliación de la cobertura de asistencia médica de la población en la zona mencionada, sin poderse señalar de manera absoluta el impacto que sobre los índices en general tuvo este programa.

A partir del mes de julio de 1975, inició los trabajos la Comisión Universitaria de Recursos Humanos para la Salud, constituida por los directores de las siguientes Escuelas y Facultades: Odontología, Enfermería y Obstetricia, Medicina, Trabajo Social, Psicología y ENEP de Iztacala y Zaragoza, para organizar y establecer las funciones de prácticas interprofesionales.

Las experiencias alrededor de la estructura de las prácticas interprofesionales mostró que a pesar de la problemática encontrada para lograr el objetivo, se pudieron establecer acciones que si bien no rebasaron el nivel de investigación, el levantamiento estadístico y acciones muy específicas, permitió demostrar que es posible la realización de acciones interprofesionales con el concurso de las diversas escuelas y facultades.

Para aumentar la cobertura de los servicios de salud y hacerlos más accesibles a las comunidades rurales o marginadas, se ha revisado la formulación de equipo de salud multidisciplinario; enfocándolo desde dos premisas principales: la atención a la salud y el concepto moderno de equipo de salud, considerando niveles progresivos de complejidad y regionalización de los servicios, y en relación a los equipos de salud estructurándolo con técnicos, auxiliares y profesionales dentro de un sistema de trabajo con comunicación adecuada en todos los niveles y supervisión de todo el personal para lograr servicios de contacto primario racionales y a costos adecuados, nuestro modelo continúa dicha orientación. Este grupo de investigación destaca la necesidad de aplicar políticas innovadoras que permitan la extensión de la salud, y en el ámbito educativo médico enfoca la obligación de dar al profesional médico una responsabilidad y una capacitación hasta ahora no otorgadas para que se integre como miembro y habitualmente como líder del equipo de salud que proponga, dentro de un sistema racional y jerarquizado de salud.^{5,6}

Otro antecedente importante son las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., que constituyen desde su instauración un ejemplo directo de la integración asistencial con las labores educativas; el funcionamiento de dichas clínicas ha optimizado el recurso humano profesional y docente en un sistema que permite la rotación de grupos de estudiantes cuyas actividades son organizadas para promover su formación integral. La adquisición de estas responsabilidades por parte del estu-

dante ha servido para fomentar la motivación e interés de la carrera en general, y simultáneamente cubrir la creciente demanda para el otorgamiento de servicios a la población, constituyéndose en un factor importante que por sí solo califica la labor realizada hasta el momento.

Las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología constituyen una de las más ricas experiencias hasta el presente; creando modelos de atención en salud para poder ser desarrollados en otros ámbitos.

Desde que se ha hecho patente la necesidad de establecer líneas de política de salud novedosas para enfrentar demandas en ritmo creciente, han surgido en diversos países corrientes para el establecimiento o consolidación del nivel primario de atención médica a través de cambios estructurales en el ejercicio de la profesión en áreas urbanas, suburbanas y rurales. Siendo el sistema de atención médica un reflejo de la estructura socioeconómica; existen variantes interesantes según la región en que se trate de implementar dicha práctica.^{7,8}

Ante la limitada posibilidad de la medicina muy tecnificada para abordar los requerimientos de salud de los pueblos, se han intentado llevar a cabo modelos que permitan enfatizar la relación médico-paciente, favorecer el desarrollo de técnicos o auxiliares procedentes de la propia comunidad y la intervención de esta misma para resolver tales problemas a nivel local o regional a las características propias del grupo de que se trate.⁹ Mostramos de manera sucinta a tres países representativos:

Suecia. Aquí se han desarrollado médicos y enfermeras distritales que forman el escalón inicial del sistema nacional de salud. La organización y el avance tecnológico facilitan un cuidado regional o sectorial a través de estos elementos de salud y de personal paramédico profesionalizado, lo que facilita la accesibilidad, orientación e integración de la comunidad a todo el sistema.^{10,11}

Gran Bretaña. El surgimiento del médico general en 1948 aparentemente indepen-

diente, unido al sistema de salud a través de contactos y con una serie de prerrogativas en relación a los consultantes o especialistas, ha favorecido la consolidación del médico general y su ejercicio que generalmente incluye núcleos poblacionales bien definidos, con un alto control técnico al facilitar el acceso a la atención médica de acuerdo a reales necesidades.¹²

Estados Unidos de Norteamérica. En este país recientemente se ha vuelto a hacer énfasis en la atención primaria a través de integrar a médicos auxiliares y aún en menor parte a algún tipo de especialistas como el pediatra o el internista; aceptándose que en estos casos la formación de especialistas está relacionada siempre básicamente con el prestigio profesional y un aparente mayor ingreso económico.^{13,14}

En general, la revisión de la bibliografía al respecto demuestra que el enfoque del problema de salud se ha hecho a través de esfuerzos catalogados en 3 niveles: *conceptual, metodológico y evaluativo-descriptivo*; surgiendo criterios ya expuestos anteriormente como el reforzamiento de la preparación de médicos generales, el surgimiento de técnicos auxiliares o promotores de la salud o bien el favorecer la responsabilidad de un grupo social determinado de su propio estado de salud; pero en todos los casos basando las acciones en el nivel de atención primaria tal y como se ha descrito en párrafos anteriores.¹⁵

En las experiencias de otros países se destaca el enfoque particular de enfrentar el problema, en base a su nivel de educación, tecnología y en general grado de desarrollo, con el común denominador de promover la atención médica a nivel de contacto primario.^{16,17}

Los esfuerzos que se han realizado en la búsqueda de elementos para perfeccionar las actividades de docencia en la formación del médico, y a la vez, para encontrar mejores vías en el otorgamiento de la atención médica que la población de nuestro país requiere, se han constituido en experiencia trascendental, cuyos aportes nos ha sido

posible estructurar de manera más sólida al actual proyecto.

Definición

El Módulo Docente asistencial es la UNIDAD integrada por un Centro de Apoyo con su propio consultorio y 4 Consultorios satélites distribuidos en la comunidad. Sus instalaciones son básicamente las necesarias para el desempeño de las funciones del Médico General. La unidad fundamental de donde parten todas las acciones es el consultorio.

La atención no se limita a los servicios prestados en los consultorios, sino, además el personal médico y su equipo de salud, proyectan gran parte de sus actividades directamente en la comunidad, tanto para atender enfermos como para cuidar la salud y prevenir las enfermedades.

El consultorio médico implica como principal actividad el aprender-haciendo. En él se administra atención médica de primer contacto; esta prestación de servicios deberá ser en forma continua, oportuna y de fácil adquisición por parte de cualquier miembro de la comunidad. En el consultorio se brindará atención médica a quienes asistan a él como enfermos ambulatorios durante las 24 horas, incluyendo el servicio de urgencia y servicio nocturno. Allí mismo, se programan las visitas a domicilio para prestar atención médica a enfermos no ambulatorios que se encuentren dentro del área de cobertura del consultorio y todas las actividades de previsión y conservación de la salud en la comunidad.

Se supone una resolución de los problemas médicos de la comunidad hasta en un 70% en este nivel. El 30% restante es de esperarse que requiera de atención en hospitales organizándose la infraestructura de atención médica a la comunidad para integrarla a la superestructura existente en los servicios para la salud.

Para llevar a cabo las funciones planeadas, el personal médico estará integrado por médicos generales-profesores que se res-

ponsabilizarán de impartir la atención médica a la comunidad y la enseñanza.

Objeto en la visita a domicilio será la promoción de salud, educación higiénica, recomendaciones sanitarias y todas aquellas actividades que requieran de un trato individualizado entre el médico y la familia.

Los problemas médicos serán resueltos a este nivel de atención, continuará la responsabilidad médica con cuantas visitas sea necesario. El médico valorará si el paciente debe ser trasladado de inmediato o en forma diferida para atención a otros niveles.

Equipo de apoyo no médico

Este se integra con trabajadoras sociales, estudiantes de trabajo social, enfermera graduada y estudiantes de enfermería.

Sus funciones son de apoyo a la atención médica y a su vez son de enseñanza-aprendizaje a nivel de problemas en la medicina comunitaria.

El equipo de salud o la estructura no médica podrá complementarse con los apoyos necesarios en el ámbito de una relación multidisciplinaria y según las necesidades surgidas.

El consultorio deberá estar ubicado en sitios estratégicos de la comunidad, lo que permitirá el fácil acceso de los pacientes, la rápida integración de funciones con el centro de apoyo y evitará la interferencia con otros consultorios que forman el Módulo.

Capacidad de docencia del consultorio

En el consultorio la docencia será impartida como enseñanza clínica de la actividad médica diaria por dos profesores en rotación de actividades. Uno de ellos en el consultorio mismo y otro aunque dependiendo del consultorio, en actividades directas en la comunidad. El número de educandos será un médico de posgrado, 3 pasantes en servicio social con turnos de 8 horas y cobertura de atención durante las 24 horas. Su nivel de preparación les permite responsabilizarse de la atención médica pero con la

supervisión y discusión de sus actividades con los profesores.

Centro de apoyo

Definición

El Centro tiene como objetivo apoyar las acciones docentes, de atención médica y proyección social multidisciplinaria que genera cada uno de los consultorios; integra junto con éstos el módulo universitario docente asistencial.

El Centro opera en el primer contacto de atención médica, coordinando además, el tránsito de pacientes al segundo y tercer contacto de atención, previos convenios con el Sector Salud y su retorno al primer contacto.

Funciones docentes

Las acciones docentes se desarrollan conjuntamente con los médicos de los consultorios, profesores del Centro y los tutores y asesores de las Secretarías y Departamentos de la Facultad de Medicina para comentar casos clínicos, sesiones radiológicas y anatomoclínicas, problemas surgidos en la comunidad y los aspectos relacionados con los diversos cursos de adiestramiento. Para tales efectos se emplean diversas técnicas de dinámica de grupo aplicadas a la docencia (mesas redondas, paneles seminarios, otros) y de los auxiliares audiovisuales necesarios.

El Centro de apoyo puede recibir también alumnos de otras disciplinas no médicas pero relacionadas con la salud a saber: Enfermería en el pregrado con aspectos teórico-prácticos en el campo clínico, promoción de la salud y protección específica; y en el posgrado, para la formación comunitaria. Ciencias Químicas; para realizar acciones en el Laboratorio Clínico, alumnos de Psicología, Sociología, Trabajo Social, Antropología, Administración, Veterinaria, Economía e Ingeniería con acciones de Investigación y promoción de salud en comunidad formando parte con los médicos y enfermeras de los equipos multidisciplinarios de salud.

En el nivel técnico podrán ser adiestrados técnicos en laboratorio, radiología, higiene escolar, estadística, nutrición, saneamiento, higiene y seguridad industrial y promoción de la salud para desarrollar acciones formativas, de organización y promoción específica para la comunidad.

El Centro promoverá actividades permanentes sobre diversos tópicos de educación para la salud y eventuales, en campañas de vacunación para los miembros de la comunidad. En ellos los alumnos podrán adiestrarse en el uso de los diversos procedimientos docentes y en el manejo de grupos a través de las técnicas de dinámica de grupo.

Evaluación del módulo

La evaluación del módulo docente-asistencial, deberá entenderse como un proceso, el cual implica descripciones cuantitativas y cualitativas del sistema en general, favorece la formulación de juicios de valor basados en tales descripciones, y finalmente nos permite la toma de decisiones, para utilizar racionalmente los recursos y retroalimentar al sistema en las áreas que así lo requieran.

Las estrategias que se apliquen tendrán como enfoque central, el definir y establecer un dispositivo que permita conocer en forma integral, oportuna y consistente la eficacia y eficiencia de las acciones de docencia y servicio.

La medida del Estado de Salud se haría a través de conocer los diversos inicios como:

Cantidad de los Servicios de Atención Médica.

Calidad de los Servicios de Atención Médica.

Actitudes.

Costo-Beneficio.

Proyección docente

La proyección docente del M.U.D.A. puede contemplarse en tres fases distintas: la primera de surgimiento, en donde se involucra un número limitado de maestros y

alumnos favoreciendo actividades específicas de educación y de servicio que abarcan grupos poblacionales relativamente reducidos. La segunda etapa, es la de consolidación, mostraría el crecimiento y potencialidad de los módulos en donde se involucre a un buen número de docentes y la totalidad de los alumnos de la Facultad en alguno o varios momentos de su formación, otorgando de manera paralela una cobertura de asistencia médica muy superior a la inicial. La tercera etapa estaría constituida por la REPRODUCCION de dicho modelo en las áreas de donde hubiera sido probada su eficiencia y en donde se necesitará aumentar la cobertura de asistencia médica tales como las zonas rurales o marginadas, en este momento, sugiría el componente social más importante del módulo a través de constituir el conjunto de ellos una infraestructura de apoyo, asistencia, investigación y promoción de las acciones de educación médica ya no sólo del estudiante sino del médico y de la población.

La proyección educativa del módulo no está limitada a la formación e información de estudiantes hacia la medicina general. Por sus características, el módulo permite la enseñanza de numerosos profesionales frente a la realidad a la que se deben involucrar y que les permita una mejor comprensión de los problemas. De esta forma enfermeras, trabajadoras sociales, veterinarios, psicólogos, químicos bacteriólogos, odontólogos, etc., pueden encontrar en esta acción, enseñanza y estímulo para el aprendizaje. Cada acto médico en el módulo debe significar posibilidades de aprendizaje para diversos profesionistas.

El módulo además puede cumplir acciones de docencia y de definición curricular para niveles técnicos. Algunos niveles técnicos como el de promotor de salud, auxiliar médico y otros pueden ser definidos a partir de las acciones necesarias derivadas de la operación de un módulo como el descrito.

La función docente no se deberá descuidar en ningún sentido porque se perdería la idea que le dio origen, promoviendo a

su vez las acciones directas del alumno de tal manera que con asesoría y supervisión se favorezca un óptimo nivel de calidad en la preparación de profesionistas y técnicos.

Proyección de investigación

Consideramos que el módulo docente asistencial es el sitio que permitirá conocer, precisar o rectificar conceptos sobre problemática de salud a través de la investigación directa de los hechos en tres aspectos: los biomédicos, en sociomedicina y los de Educación Médica.

Actualmente sólo existen ensayos parciales de educar a los jóvenes estudiantes con conceptos. Es justo que a partir de estos conocimientos se desarrolle un sistema educativo en el que se intente llevar este beneficio educativo a un grupo de estudiantes de medicina en el plano experimental, tomando los aspectos positivos de desarrollo para implantarlos a toda la comunidad estudiantil de la Facultad de Medicina.

Proyección de asistencia

Es indiscutible que la función primordial de la UNAM no es asistencial, sin embargo, no podemos ignorar que ha sido una tradición universitaria, con múltiples muestras de ello a través del tiempo y en diversos países que las Universidades, en particular las escuelas de medicina, al desarrollar modelos de atención médica que les permiten enseñar la medicina, han cumplido funciones asistenciales de diversas magnitudes y en no pocas ocasiones de excepcional calidad. Los hospitales universitarios han sido no sólo un modelo para la enseñanza sino también un modelo de desarrollo hospitalario donde la investigación y la docencia ha dado motivo a los altos niveles de superación de la atención.

Con esta idea, un modelo docente asistencial de contacto primario, aunque no pretende solucionar problemas asistenciales a gran escala significa una posibilidad más de atención de la salud, y es una labor asistencial no despreciable.

En relación a la asistencia, el módulo deberá constituir la célula que permita el desencadenamiento de cualquier acción en materia de salud, todo ello como proyección de la Facultad y de la UNAM, en el contexto social.

Proyección social

El modelo no sólo puede ser un centro de educación de estudiantes, universitarios, una área de investigación de pronta e ingente aplicación o un recurso asistencial sino, una posibilidad auténtica para que médicos, enfermeras, odontólogos, químicos, psicólogos, trabajadoras sociales, ingenieros, etc., miembros todos de la comunidad universitaria proyecten a la universidad en funciones de beneficio social, desarrollándolas durante su misma formación y sin esperar a su culminación oficial.

Discusión

La enseñanza de la medicina, independientemente de la forma curricular, se basa durante la fase de enseñanza y adiestramiento clínico, en enfrentar al estudiante a la salud y a la enfermedad del individuo, de la familia o de la comunidad y como enfrentarlas en beneficio de la sociedad y el individuo dentro del concepto de integración docencia-asistencia.

El médico durante su formación debe tener una perspectiva amplia del ámbito de la acción médica; debe conocer igualmente la enfermedad común que ocurre a nivel de atención primaria en parte por no contar atender a nivel hospitalario.

En el momento actual la preparación de nuestros estudiantes adolece del mismo defecto que tiene la atención médica: un predominio definitivo de preparación a nivel de segundo y tercer niveles, reflejando en parte la organización incompleta de nuestros sistemas de salud. Por otra parte da por resultado que los estudiantes, carentes de contacto y participación en modelos de atención primaria no se orienten a ésta en forma natural al término de sus estudios,

estableciéndose un círculo vicioso para poder llegar a la formación de médicos generales que impulsen esta forma de atención médica en el país, por una parte las instituciones no desarrollan el sistema de atención primaria en parte por no contar con elementos motivados a este ejercicio, y es imposible motivarlos al no existir un sistema adecuado donde prepararlos, iniciando esta preparación en pregrado y completándola en posgrado.

Por esto, el desarrollar un modelo docente-asistencial para atención primaria dependiente de la UNAM no sólo satisface una necesidad en la preparación de alumnos de posgrado que podrán seguir observando el fenómeno de asistencia médica en los hospitales, sino que lo completarán y lo relacionarán con el fenómeno de asistencia y prevención a nivel primario. El modelo por otra parte permitirá el entrenamiento supervisado a este nivel, de internos de pregrado, pasantes en servicio social y alumnos de posgrado en medicina general, preparación que sustituirá sino completará la preparación hospitalaria.

Este sistema de atención primaria no puede funcionar aislado de otros niveles al cual referir enfermos y recibir casos para control, además de que la enseñanza misma de la medicina supone la acción coordinada en los tres niveles, debiendo hacerse notar que modelos de este tipo, pueden integrarse dentro de los Sistemas Generales de Salud para resolver la demanda de una atención integral. □

Bibliografía

1. Benyoussef, A.: Health care in developing countries. Soc. Sci. Med. 11-399, 1977.
2. Acuña, H. R. Enfoques Innovadores en la Prestación de Servicios de Salud en las Américas. Bo. Of. Sanit Panam: 83 (4), 1977.
3. Wolman, A.: Nuevas Perspectivas de Salud Pública. Bol. of Sanit Panam: 84 (1) 1-12, 1978.
4. Cañedo, L., Martínez, E., Méndez, L., Bravo, C., Rodríguez, S., Deffis, G., Núñez, J.: La Mortalidad y su Relación con Factores Sociales, Económicos y Culturales. Salud Pública de México XIX (6) 805-849, 1977.
5. Laguna García, J.: Estrategia para la Formación del Médico General/Familiar y Comunitario Fac. Med., UNAM, Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y Comunitaria, Méx., D.F., agosto de 1976.
6. Laguna García, J.: Formación del Personal Profesional y Auxiliar de la Salud: Equipo de Salud, Gaceta Médica de Méx. 112 (2) 51-65, 1977.
7. Acuña, R. H.: El Ayudante Médico. Editorial. Bol. Of. Sanit Panam: 82 (6) 473-477, 1976.
8. Mahler, H.: La Medicina y los Médicos del Mañana. Bol. Of. Sanit Panam: 82 (5): 379-385, 1977.
9. Vargas Tentori, F.: Extensión de la Cobertura, Atención Primaria de Salud y Participación de la Comunidad: Definiciones y Conceptos Operativos. Bol. Of. Sanit Panam. (5): 389-396, 1977.
10. San Agustín, M.: Reorganization of ambulatory Health care in an urban municipal hospital. Arch. Intern. Med.: 136 (11): 1262, 1976.
11. De Miguel, J. M.: Policies and politics of the health reforms in southern european countries: a sociological critique, Soc. Sci. Med. 11-379, 1977.
12. Evans, J., Pittiman, J. G., Peters, R.: The community based medical school. Reactions at the interface between medical education and medical care. New Engl. Jour Med.: 288-713, 1973.
13. Sonis, A.: Educación en Ciencias de la Salud y Atención Médica: Análisis de su interrelación, Educación Médica y Salud. 10-233, 1976.
14. Davis, D. A.: Continuing education in the community hospital an interprofessional Approach. J. Med. Educ. 52-745, 1977.
15. Miller, A. E.: The changing structure of the medical profession in urban and suburban settings. Soc. Sci. Med. 11-233, 1977.
16. Takulia, H. S., Parker, R. L., Murphy, A. K.: Orienting physicians to working rural medical practitioners Soc. Sci. Med. 11-251, 1977.
17. Ray, B. C. Health and socio-economic development: an intersectorial model. Soc. Sci. Med. 11-63, 1977.