

Integración docencia servicio

Dr. Roberto E. Uribe Elías*

En el momento actual existen una serie de problemas en Educación Médica que inciden directamente tanto en el proceso educativo, en la resultante del mismo, así como en el impacto científico, técnico y social que dicho proceso tiene.

Esta problemática general para sólo enumerarla consistiría en:

- »Creciente demanda estudiantil
- »Inadecuada orientación vocacional
- »Surgimiento desmedido de nuevas escuelas
- »Bajo rendimiento académico de alumnos e instituciones
- »Recursos limitados (humanos y materiales)
- »Comunicación deficiente entre los involucrados
- »Apoyos escolares limitados
- »Escasez de campos clínicos
- »Improvización de docentes
- »Limitación de desarrollo profesional ulterior de los recién egresados
- »Oportunidad de empleo restringida
- »Búsqueda de oportunidades en el área urbana y hospitalaria de manera preponderante
- »Centralización de los sistemas
- »Elevación de los costos

y tan solo por no continuar la lista, terminaríamos por señalar la baja cobertura de los servicios de asistencia. Todos los anteriores problemas, pueden surgir en diversos grados en las escuelas o facultades encargadas de la formación de médicos y estos son influenciados por los diversos sistemas de atención médico vigente, pudiendo encontrar un común denominador entre todos ellos

que estaría dado en buena parte por la integración docencia-servicio.

Para entender lo anterior, tendremos que aceptar que al salud no es la resultante de la acción médica de manera exclusiva, sino de la posibilidad de confluir factores económicos, sociales, de organización, ideológicos y obviamente científico-técnicos, por lo que se ha aceptado, que la formación del personal responsable de la salud, recae no sólo en las instituciones o en organizaciones directamente vinculados a ellos, sino que involucra a los sistemas de atención a la salud y sobretudo a la colectividad a quienes va dirigido el esfuerzo para mejorar o cubrir sus necesidades en materia de salud.¹ De esta manera queremos dejar asentado de primera intención que tratándose de la formación de médicos, deberán contemplarse fundamentalmente, tres factores, a saber:

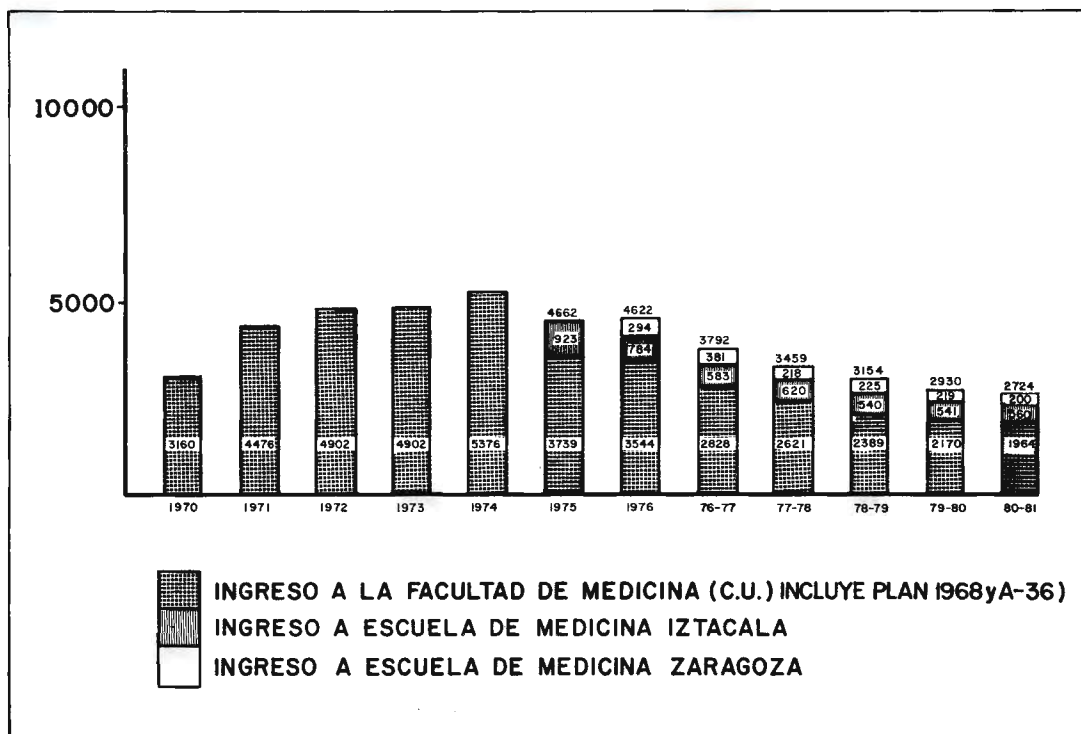
- »Las instituciones educativas
- »El sistema de atención a la salud, y
- »Las características o necesidades de la propia comunidad, factores todos que serán el punto de partida y el medio de modular la formación del tipo de médico que debemos preparar.

Concepto de docencia-servicio

Una de las premisas fundamentales en el quehacer educativo ha venido a demostrarse con el tiempo, es el lograr establecer acciones ligadas estrechamente con la problemática cotidiana a enfrentar, en esto se ha demostrado que estriba la vigencia temporal y operacional de los diversos objetivos educacionales que puedan presentarse y la educación en medicina no sólo no es la excepción, sino que podemos utilizarla como ejemplo de lo anterior, ya en el discurso hipocrático esa figura ponía en labios de sus alumnos el juramento "de enseñar a los hijos de mis

*Secretario de Educación Médica. Facultad de medicina, U.N.A.M.

Cuadro 1. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Secretaría de Servicios Escolares, Primer Ingreso, Ciclos I y II, Facultades y Escuelas de Medicina de la U.N.A.M.



maestros, a mis propios hijos y a aquellos que me lo solicitaran”. El aprender haciendo en medicina es el sustrato que se ha venido preservando desde su principio.

La enseñanza de la medicina, independiente de la forma curricular y de su organización educativa se basa en enfrentar al estudiante a la salud y su preservación en hacerlo conocer la enfermedad del individuo, la familia, o la comunidad enseñándolo a combatirla, en ubicar y aprender su realidad médico social en el momento histórico que le tocó vivir y en entender al fenómeno humano en el macroconcepto de su realidad cambiante, en esto estriba el concepto de integración docencia-servicio. Es decir, que el estudiante conviva y participe de manera gradual de las acciones médicas que sus profesores, instructores o tutores lleven a cabo con el individuo enfermo o sano, esta vivencia de acción educativa permitirá que el estudiante, participando gradualmente en ella, realice todas sus variantes y las aplique

en todos los niveles en que la función médica ocurre, porque creemos que el médico durante su formación debe tener una perspectiva amplia de las posibilidades de su acción médica, deberá conocer por igual la enfermedad común, así como tener conceptos claros sobre las posibilidades de diagnóstico o tratamiento que requieran de una tecnología más compleja y por ende restringida a unos cuantos.

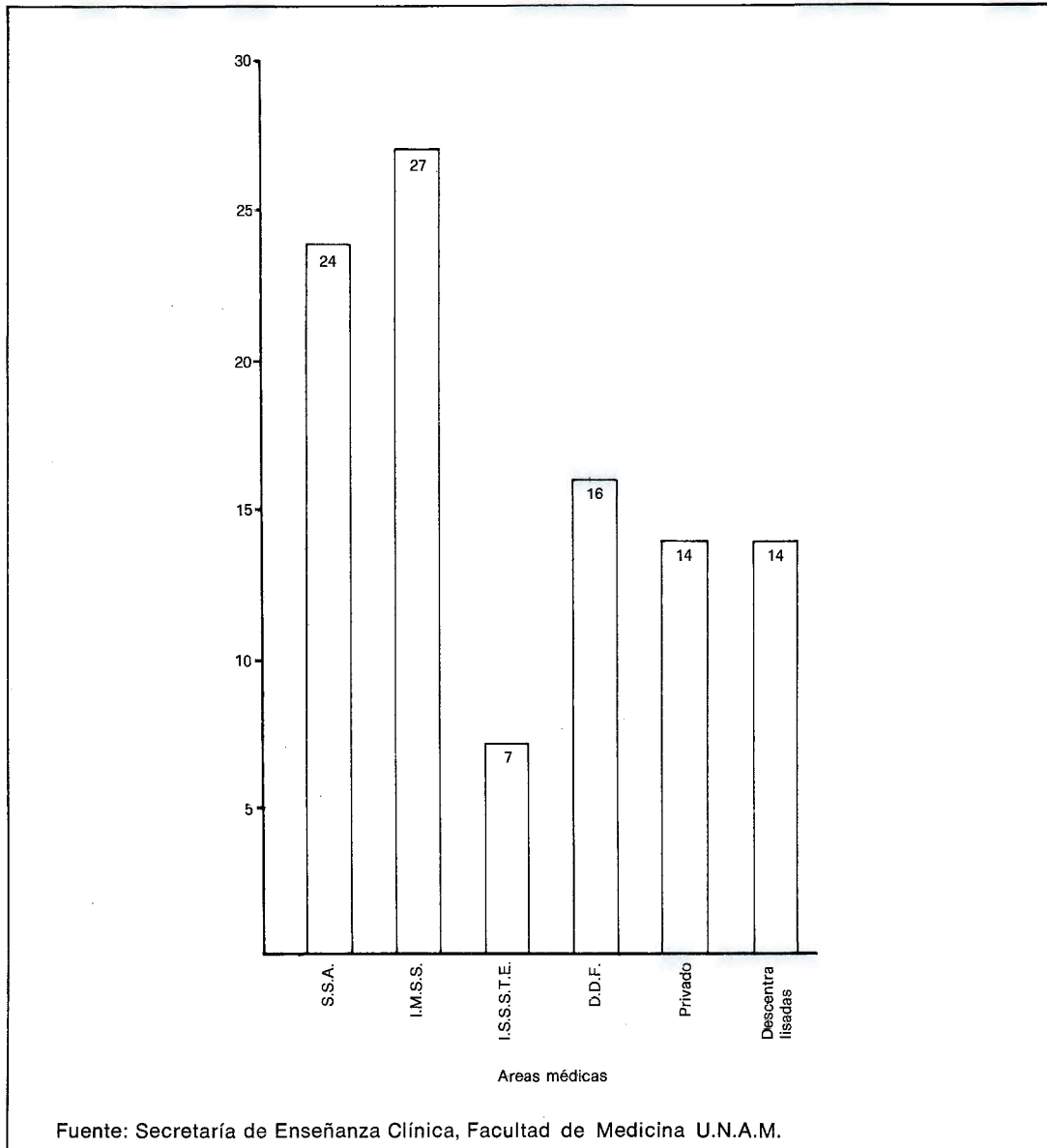
Fundamento de la docencia-servicio

La búsqueda de soluciones, la mejor orientación en las acciones de atención, así como la formación, actualización y perfeccionamiento del médico, tiene su fundamento en la colaboración, comunicación y responsabilidad de los profesionales del sector salud, del estado como institución y de la propia comunidad.

La búsqueda de una adecuada integración docente asistencial, principio fundamental del que se desprende todo aprendizaje en

Cuadro 2. Areas médicas de salud donde se imparten materias clínicas según tipo de institución.

Facultad de Medicina U.N.A.M. 1981.

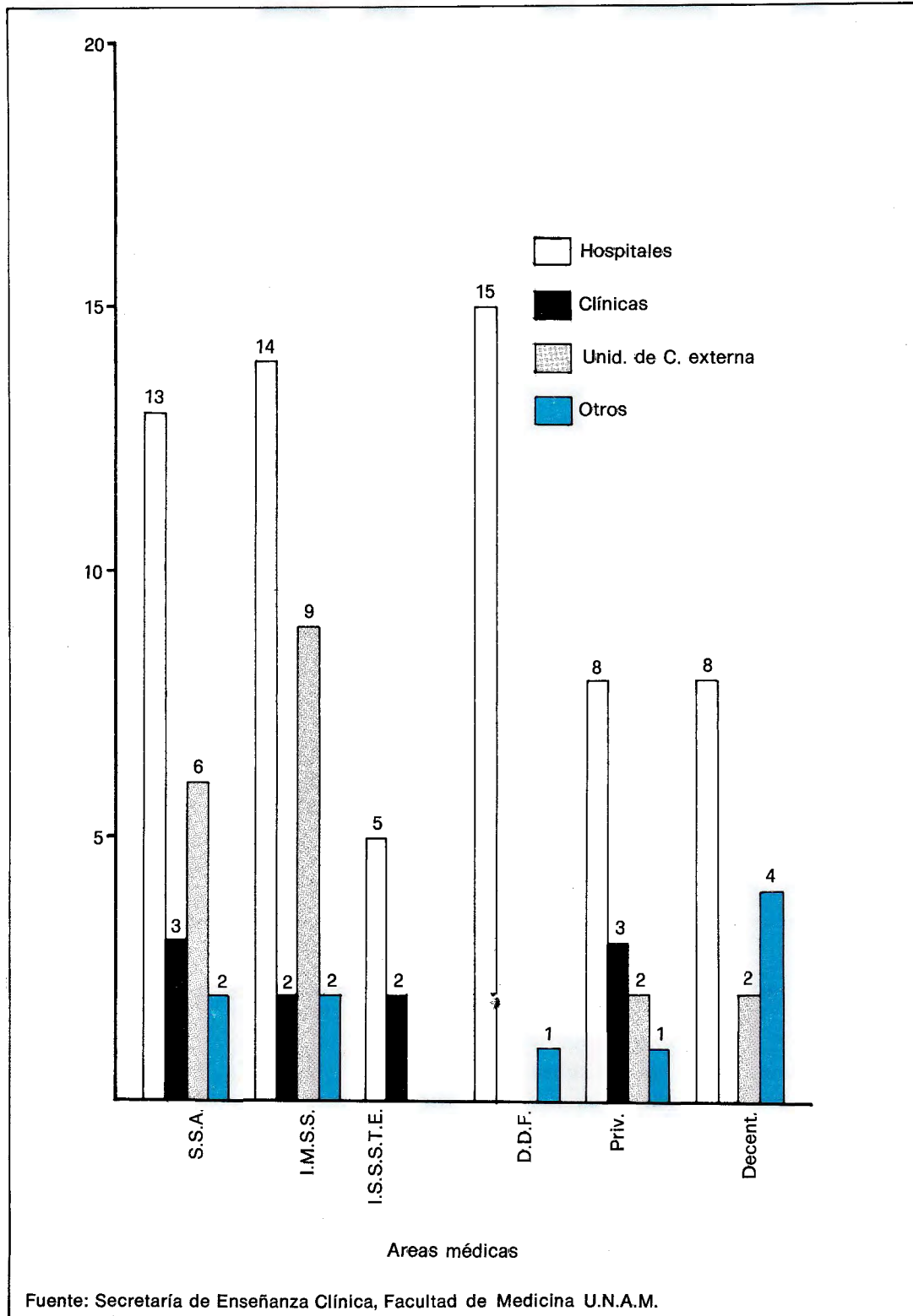


medicina, continúa siendo hasta el momento actual una de las metas a lograr en el desarrollo de la carrera; la búsqueda de acciones y/o modelos que favorezcan la participación activa del estudiante en el proceso de atención a la salud ha sido lo que favoreció en nuestro medio el desarrollo de un plan alternativo de la carrera de Médico Cirujano, el plan de Medicina General In-

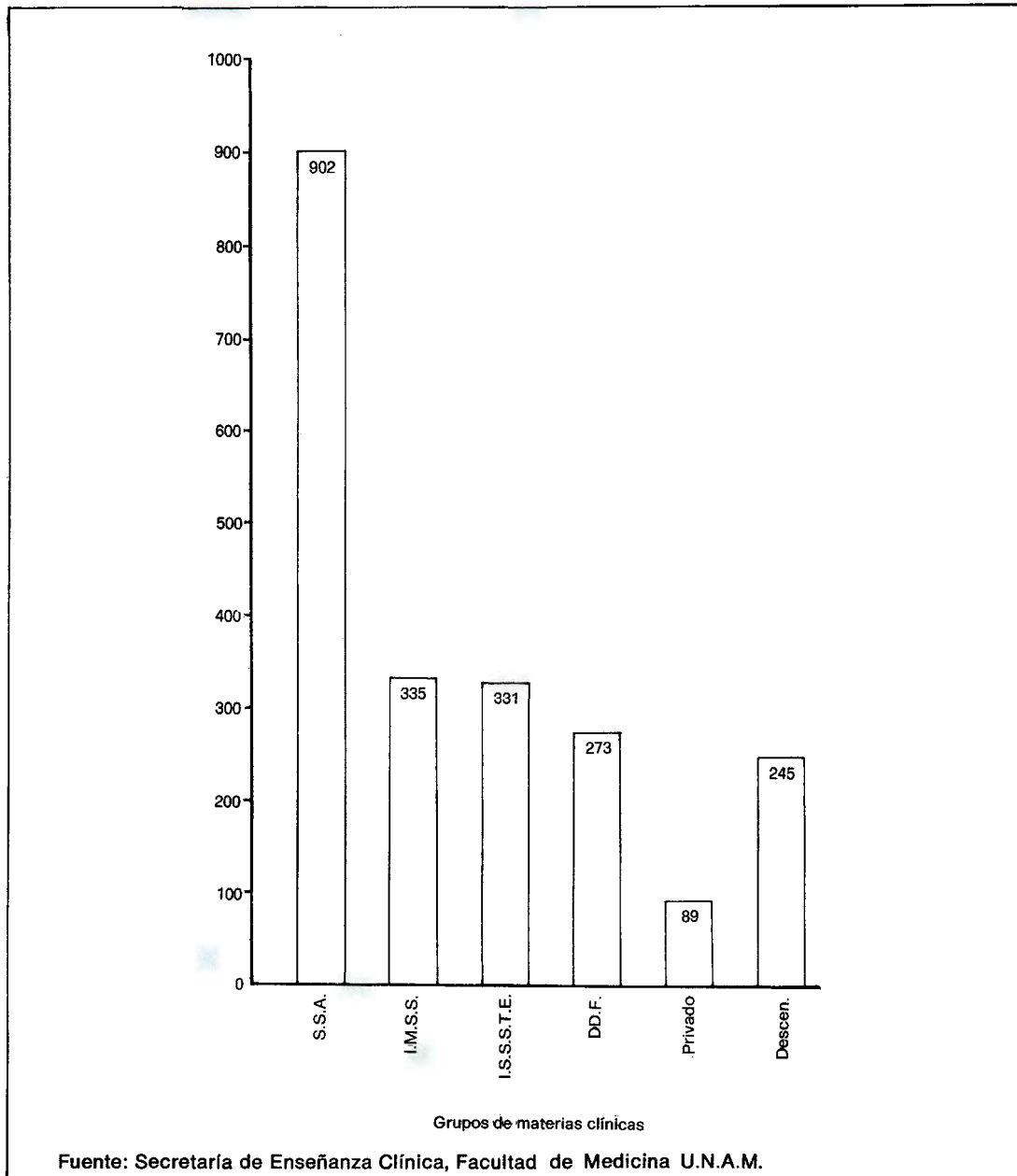
tegral, que contempla desde sus primeras fases la incorporación del alumno a los servicios de atención primaria en medicina y realiza a lo largo de su formación una enseñanza tutorial en pequeños grupos y bajo la responsabilidad de médicos generales, a este particular, se puede señalar que existe interés por valorar a mediano y largo plazo el resultado en el ejercicio profesional de los

Cuadro 3. Areas médicas de salud donde se imparten materias clínicas según tipo de unidad médica.

Facultad de Medicina U.N.A.M. 1981.



Cuadro 4. Grupo de materias clínicas por institución.
Facultad de Medicina U.N.A.M. 1981



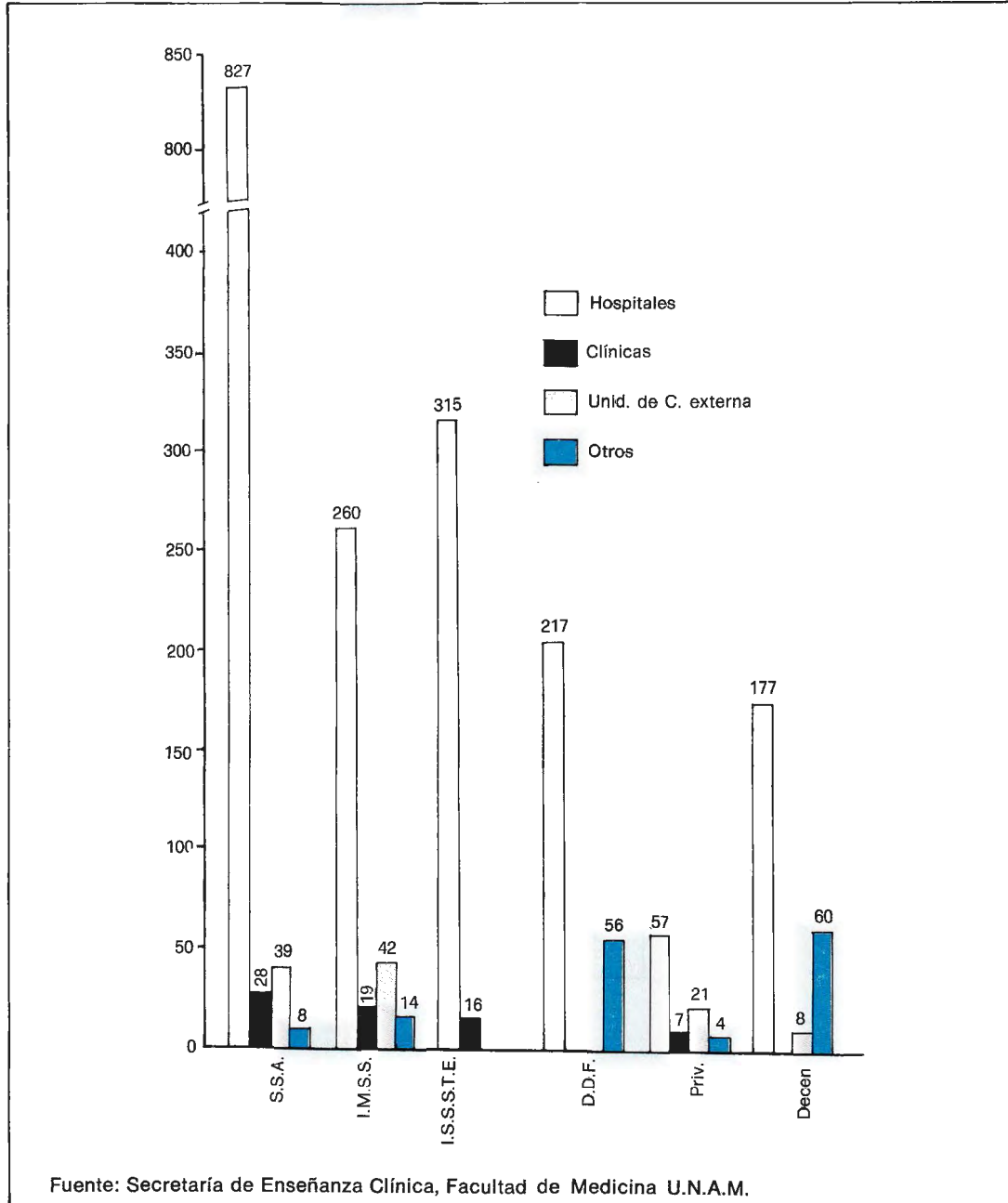
médicos así formados.²

La vinculación del estudiante con el sistema de atención, significa para el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina, una influencia decisiva en la estructura social y en el tipo de asistencia médica.

Antes de la utilización del hospital como lugar para el cuidado de los enfermos, la

docencia médica se organizaba en función de un tutor, quién era el responsable del estudiante. El médico en formación seguía las indicaciones teóricas y prácticas que le eran señaladas por el maestro. El alumno asimilaba todos los secretos del arte médico; conociendo la clave para profundizar en los males físicos y espirituales de los pacientes.

Cuadro 5. Grupo de materias clínicas según tipo de unidad médica.
Facultad de Medicina U.N.A.M. 1981



Los cambios que se han dado en la práctica moderna, han originado una medicina institucional que se caracteriza por agrupar a grandes núcleos de profesionales en ejercicio. Este tipo de práctica, ha sido la influencia más importante en los centros formadores de personal médico.

Por lo general, la articulación de las escuelas de medicina con la práctica médica se da por medio de la integración docencia-servicio. Durante esta coordinación binominal hay un ajuste del proceso educativo en función de las características del ejercicio médico predominante, y es factible distinguir

Cuadro 6. Número de alumnos que cursarán el internado durante el año de 1981.

Dependencia	Facultad de Medicina	Iztacala	Zaragoza	Total
S.S.A.	667	128	81	876
I.M.S.S.	533	323	131	987
I.S.S.S.T.E.	175	87	30	292
D.D.F.	110	24	12	146
Otros	55	—	—	—
Total	1,540	562	254	2,301

la adaptación de un sector al otro en el aspecto de organización, normas de funcionamiento, supervisión, evaluación y retroalimentación según resultados.

La integración de los alumnos en los campos clínicos, les permite tener un paralelo con el ejercicio profesional real y actual. Incorporar la docencia a las unidades de atención, favorece el desarrollo del profesional de las instituciones pues involucra en la labor docente al médico en ejercicio favoreciendo que tenga sus conocimientos actualizados y participe activamente en su Educación Continua, acciones que elevan la calidad de la asistencia.

Otra de las ventajas de la integración, es la preparación de futuros médicos por medio del aprendizaje teórico-práctico clínico a imagen y semejanza del tipo de práctica prevaleciente, lo que evita al alumno y a la estructura de atención médica una disparidad entre estudio y trabajo. También se califica como positivo, el hecho de que el estudiante de medicina, tenga la oportunidad de un establecimiento que disponga de la tecnología y la organización médica, para su entrenamiento.

Los estudiantes de nuestra Facultad, des-

arrollan actividades clínico-asistenciales de formación en unidades médicas extra-universitarias, en varios niveles del currículo de la carrera: a) En ciclos de pregrado, b) Durante el internado y el servicio social y c) Durante el estudio de la especialidad en las diferentes áreas.

Dentro de las desventajas, se debe aceptar que las unidades de atención médica, principalmente los hospitales con una tecnología más compleja, sufren problemas de ubicación en relación a las demandas de las instituciones educativas sobretodo en las áreas de cuestionamiento de la calidad de los servicios ahora otorgados de manera mancomunada de la diversificación de los fines de la propia estructura para poner de manera comparable la atención con la educación, el cuestionamiento de la legitimidad de las acciones de los alumnos, en algunos casos el deterioro de la responsabilidad de los médicos maestros por delegación de funciones y sobretodo lo que a fecha reciente ocupa buen número de artículos de la literatura mundial en Educación Médica, la elevación de los costos de la atención por el incremento de días cama y el consumo excesivo del material o de cualquier tipo de recursos físico dentro de la unidad.^{4,5}

Cuadro 7. Población de alumnos que realizarán los ciclos XI y XII,* del 1o. de febrero 1981 al 31 de enero de 1982.

Dependencia	D.F.	Foráneos	Total
S.S.A.	309	1,204	1,513
I.M.S.S.	54	1,006	1,060
I.S.S.S.T.E.	—	178	178
Pemex	—	57	57
D.D.F.	137	—	137
U.N.A.M.	175	—	175
D.I.F.	39	13	52
Otras	—	56	56
Total	714	2,514	3,228
*Marina y CONASUPO.			
**Fuente: Tarjeta de control e identificación del alumno, sección de estadística, Secretaría de Internado y Servicio Social.			

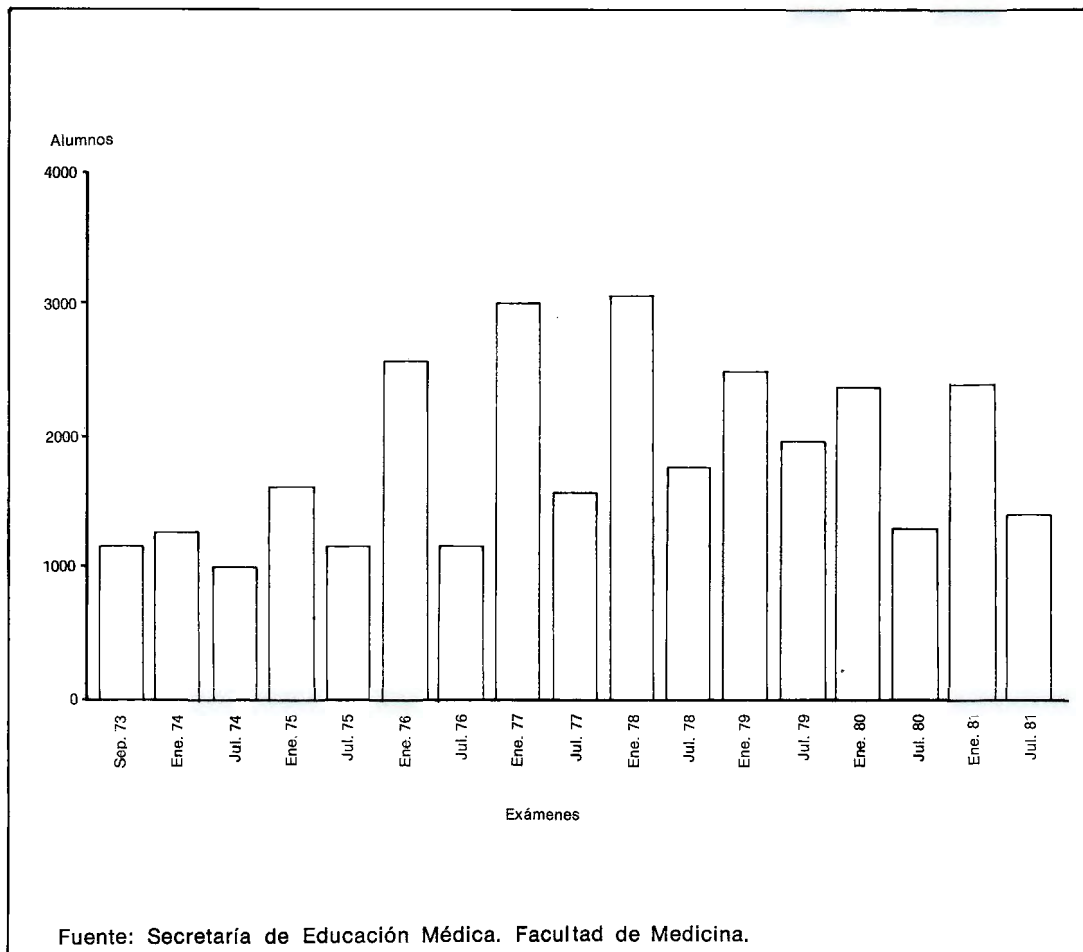
Creemos con todo, que las ventajas superan a los problemas y que la calidad de la atención, la respuesta del personal en general no solo médico de la unidad, la imagen social del grupo médico que maneja dicha unidad, así como los resultados en cuanto a tipos de morbilidad y niveles de mortalidad pueden apoyar con mucho, dicha integración.

En los países sajones en donde las políticas de atención médica están sujetas a controles rigurosos de tipo económico y en donde por los mismos se ha llegado a un derroche excesivo de tecnología en el manejo cotidiano, la formación de grandes centros médicos y la búsqueda de apoyos gubernamentales en base a tener que contender con acciones educativas o programas de formación de médicos prácticamente justificaban un derroche, actualmente no solo se ha cuestionado esta situación sino que existen corrientes que han hecho temer por la educación médica dentro de los grandes centros médicos.

En nuestro medio no hemos sido la excepción al haber sido arrastrados por la corriente de creación de grandes hospitales y la búsqueda de formación de especialistas y sub-especialistas, sin embargo con todo de aún no contar con un sistema único de atención a la salud, la introducción de la Educación Médica en las unidades de seguridad social y su consolidación en las Instituciones gubernamentales directas, ha permitido a la formación de médicos a nivel de pre-grado y post-grado en nuestro país, presentar una expansión, a la vez que una clara elevación de los niveles académicos ya que el recurso así formado, obtiene el beneficio del contacto temprano con los sistemas de salud y por lo tanto, el desempeño esperado puede considerarse satisfactorio para la propia institución.

La Facultad juega el papel de coordinadora y transformadora de las acciones de los maestros médicos y de los alumnos-participantes del proceso de atención-educación médica. Esto ha traído un último

Cuadro 8. Alumnos que presentaron el examen profesional objetivo.
Facultad de Medicina U.N.A.M.
1973-1981



beneficio, el empleo óptimo de los recursos asistenciales según el área geográfica y la ubicación de la escuela lo que favorece el arraigamiento, desarrollo individual en el terreno profesional y mejor conocimiento del medio ambiente que redundan en una distribución de profesionales en medicina más equitativa.

Experiencia docente-asistencial en México

La docencia tiene una organización binomial, es decir que es responsabilidad tanto del sector universitario como del sector salud, influyendo en los niveles de pre y post-gradado.

A partir del ciclo IV y hasta el final de la

carrera, el proceso de enseñanza-aprendizaje se lleva a cabo en las diversas instituciones del sector salud que incluye unidades de atención hospitalaria de tipo general y de especialidades, unidades de consulta externa, urbanos y rurales, así como trabajo de campo en la comunidad; el proceso educativo está influenciado directamente por las características de cada una de ellas, su normatividad es un factor determinante en el tipo de acciones que el propio alumno realiza así como en general el número de recursos con que cuente.

La problemática de administración académica de una población 25 mil alumnos, hace que existan 116 sitios de aplicación

Especialidades	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	D.D.F.	Descen- tralizada	Privada	Total
Médicas	21	25	22	2	23	5	98
Médico quirúrgicas	20	24	20	4	16	11	95
Diagnóstico	3	10	7	1	5	—	26
Total	44	59	49	7	44	16	219

clínica en lo que denominamos nosotros aula hospital y en donde se favorece el contacto con el enfermo y con la estructura institucional que mediante el empleo de técnicas combinadas inductiva-deductiva y de autoenseñanza, así como del empleo de uno de los de manera preponderante mediante la participación directa en acciones de atención médica, el alumno supervisado por el instructor o profesor, realizan los programas de la clínica que la estructura curricular demanda.

La enseñanza de las especialidades ha venido incrementándose en los últimos años y así se ha favorecido en el post-grado, la existencia de diversas áreas de entrenamiento clínico en donde a través de un programa educativo universitario único, se logra de manera conjunta con las instituciones de salud, la formación de especialistas en nuestro país.

Módulo docente asistencial universitario

Salta a la vista que la formación de nuestros médicos está influenciada de manera importante por el tercer nivel de atención hospitalaria tanto a nivel de pre-grado como de post-grado; habiendo demostrado la experiencia mundial la necesidad de buscar una medicina general que implique menor costo, mayor cobertura, una orientación preferentemente preventiva para preservar la salud con una proyección humanística y social más amplia, de menor complejidad tecnológica y por lo tanto de aplicación más fácil las consideraciones anteriores han he-

cho que la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. haya realizado diversas acciones de investigación para lograr un modelo de atención de primer contacto, que favorezca una mejor integración docente-asistencial, objetivo primordial en la formación del médico que deseamos obtener.

Este esfuerzo se ha concretado en la creación de un módulo docente asistencial universitario que permita ejemplificar en nuestro medio tanto en la zona urbana como en la rural, el nivel de atención primaria que es posible otorgar y que beneficiará de manera directa a los médicos en formación y a la propia comunidad.

La anterior decisión obedeció a que las unidades de atención primaria por la evolución natural de la atención médica, habían sido descuidadas y en este momento que se busca favorecer la acción del médico general servían más que como apoyo o modelo positivo, para originar una respuesta adversa por parte de los alumnos y de los maestros. Esta situación ejemplifica y refuerza el concepto de integración docente-asistencial y como la estructura de un servicio de atención médica influye directamente en la organización educativa.

El módulo se fundamenta en base a la importancia de la consulta externa como medio de contacto con la comunidad y como un recurso sencillo de acción médica; consiste en un grupo de consultorios que cuentan con un centro de apoyo en coordinación con hospitales generales según la región.

Cuadro 10. Número de grupos de especialidades médicas por dependencias 1981.

Especialidad	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	D.D.F.	Descen- tralizado	Privadas	Total
Anestesiología	3	3	6	1	4	1	18
Cardiología	1	1	—	—	1	1	4
Dermatología	2	2	—	—	—	—	4
Endocrino y nutrición	—	2	—	—	1	—	3
Gastroenterología	2	2	1	—	1	—	6
Hematología	1	2	—	—	1	—	4
Infectología	—	1	—	—	—	—	1
Med. de rehabilitación	1	—	1	—	—	—	2
Medicina del trabajo	—	1	—	—	—	—	1
Medicina familiar	—	1	—	—	—	—	1
Medicina interna	3	2	6	—	5	1	17
Nefrología	—	1	1	—	2	—	4
Neumología	2	1	—	—	—	—	3
Neurología	1	2	1	—	—	—	4
Pediatría	3	2	6	1	5	1	18
Psicoanálisis	—	—	—	—	—	1	1
Psiquiatría	1	—	—	—	1	—	2
Reumatología	1	2	—	—	2	—	5
Total	21	25	22	2	23	5	98

El consultorio es el foco principal de las acciones directas en la comunidad, extra e intramuros, pudiendo llevar a cabo programas de asistencia médica, promoción de la salud, investigación aplicada de tipo epidemiológico, pero básicamente acciones docentes.

El centro de apoyo es el lugar que permite el soporte de medidas diagnósticas y terapéuticas ya que cuenta con un laboratorio básico, rayos X y una pequeña sala de curaciones, es en este centro en donde se cuenta con las facilidades de apoyo al acto docente a través de aulas taller, bibliohe-

Cuadro 11. Número de grupos de especialidades médico-quirúrgicas por dependencia 1981.

Especialidad	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	D.D.F.	Descen- tralizado	Privadas	Total
Angiología	—	1	—	—	—	—	1
Cirugía de mano	—	—	—	—	—	1	1
Cirugía de tórax C.U.	—	1	—	—	1	—	2
Cirugía general	6	3	7	2	5	2	24
Cirugía pediátrica	1	2	1	—	—	—	4
Cirugía plástica y reconstructiva	2	2	1	1	1	—	7
Ginecología	3	3	6	—	4	1	17
Manejo del enfermo en estado crítico	—	—	—	1	2	2	5
Neurocirugía	2	2	1	—	—	—	5
Oftamología	1	2	1	—	—	3	7
Oncología	2	1	—	—	—	—	3
Otorrinolaringología	1	2	1	—	1	—	5
Proctología	—	1	—	—	—	—	1
Traumatología y ortopedia	1	2	1	1	2	2	9
Urología	1	2	1	—	—	—	4
Total	20	24	20	4	16	11	95

roteca y diversos medios audiovisuales que apoyen las necesidades surgidas en el área docente. El funcionamiento de los consultorios y del centro de apoyo, contempla la participación directa de alumnos de medicina supervisados por nuestros médicos con la

calidad de médicos generales que participarán como coordinadores de un trabajo multidisciplinario, ya que los programas a desarrollar contemplan la participación de estudiantes de enfermería, química, psicología, trabajo social y sobretodo se convierte en

Cuadro 12. Número de grupos de especialidades de diagnóstico por dependencia 1981.

Especialidad	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	D.D.F.	Descen- tralizada	Privada	Total
Anatomía patológica	2	2	3	—	—	—	7
Biología de la reproducción	—	1	—	—	1	—	2
Genética médica	—	1	—	—	2	—	3
Inmunología clínica y aplicada	—	1	—	—	—	—	1
Medicina nuclear	—	1	1	—	—	—	2
Radio-diagnóstico	1	2	3	—	1	—	7
Medicina legal	—	—	—	1	—	—	1
Fisiología obstétrica	—	1	—	—	—	—	1
Laboratorio clínico	—	1	—	—	—	—	1
Estadística aplicada a la salud	—	—	—	—	1	—	1
Total	3	10	7	1	5	0	26

un modelo favorable a la formación de recursos humanos para la salud a nivel técnico y deja abierta la puerta para constituirse junto con otros profesionales que realicen acciones conjuntas con el área de la salud como podrían ser arquitectos, ingenieros sanitarios, sociólogos, economistas, abogados, antropólogos, etc. en un foco de desarrollo importante sobretodo para las áreas marginadas y las zonas rurales.

Consideramos que este módulo de Docencia Asistencial Universitario otorga una real alternativa a la atención médica en países con las características del nuestro.

Metodología de implantación

La integración docente asistencial no depende en gran parte del tipo del curriculum que exista, el logro de una buena integración se deberá principalmente a otros factores, si estamos de acuerdo con la integración docencia servicio se entiende como el aprender haciendo, dependerá básicamente de la actitud del alumno y del profesor para poder lograrla. Otro de los factores que intervienen en la metodología de su implementación es la existencia de una estructura normativa de la atención médica, es decir, una manera sistemática y estructurada de otorgar un tipo

Cuadro 13. Evolución de matrícula de postgrado según tipo de especialidad.
Facultad de Medicina U.N.A.M.

Tipo de especialidad	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	Total
Médica	1,010	1,401	1,864	2,073	2,149	1,966	2,198	2,318	2,623	3,048	20,650
Médico quirúrgica	899	985	1,101	1,234	1,367	1,445	1,499	1,616	1,713	1,940	13,799
Diagnóstico	113	109	106	138	240	269	223	178	270	344	1,990
Total	2,022	2,495	3,071	3,445	3,756	3,680	3,920	4,112	4,606	5,332	36,439

Fuente: División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina.

de atención ante un caso determinado, esto facilita la aplicación y la intervención de acciones de tipo médico pero si bien es cierta la limitación de Recursos Humanos para poder realizar las acciones médicas cotidianas es también los factores que favorecen la integración docencia-servicio, sin embargo ésta situación muchas veces favorece su aplicación pero no su calidad. Es peligroso, por no decir desaconsejable, basar la atención médica en acciones que deberían de reducirse exclusivamente a aspectos de docencia.

Aquí se encuentra una de las premisas de la integración docencia asistencial, es necesario realizarla en condiciones adecuadas y bajo supervisión todo lo contrario sería simplemente la delegación de funciones cayendo fácilmente en el empirismo y seguramente en la medida que exista una mejor organización de la atención médica, los servicios prestados podrán tener un óptimo beneficio, esto redundará en que la docencia otorgada en esos lugares se integrará o se adecuará a situaciones preestablecidas favoreciendo su desarrollo, quizá también limitándolo el encontrar una organización adecuada para las condiciones en donde se realiza la docencia en servicio, es uno de los factores

que intervienen en su implementación.⁶

La falta de una adecuada organización y la ausencia de una estructura que apoye las acciones de docencia en servicio interrumpen la posibilidad de enseñar haciendo, ya que todo se tendría nuevamente que limitar a las posibilidades de un tutor o un instructor en donde prevaleciera un juicio individual, que sería aplicado con diversidad de criterio a casos no determinados y en los cuales la participación del alumno sería totalmente variable, indefinible y por lo tanto carente de una metodología de aplicación. Otro de los elementos que interviene en la docencia en servicio, es la posibilidad de supervisar y evaluar las acciones realizadas y programadas previamente, uno de los adelantos a través de los cuales se pueden realizar estas dos acciones, es la aplicación de listas de cotejo que nos sirven para evaluar destrezas, la realización sistemática de lista de cotejo de las principales acciones en las que deseamos se vean involucrados nuestros alumnos será una de las pautas que nos pueda indicar el nivel de éxito con el que hemos logrado la integración.

La condición primordial para la aplicación de estas listas de cotejo es su elaboración a través de Comités de Evaluación de

Cuadro 14. Graduados de postgrado según tipo de especialidad.

Facultad de medicina U.N.A.M.

Tipo de especialidad \ Año	72	73	74	75	76	77	78	Total
Médica	72	121	181	183	136	368	307	1,368
Médico Quirúrgica	36	158	165	186	36	75	148	804
Diagnóstico	13	11	18	22	2	13	16	95
Total	121	290	364	391	174	456	471	2,267

Fuente: División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina.

la propia institución docencia asistencial, no es aconsejable en ninguno de los casos su realización de manera individual o por grupo aislado, ya que deberá tener como característica el consenso de los diversos participantes en el acto docente y deberán ser por lo tanto, lo más apegado a la realidad. Antes de su aplicación la herramienta deberá de ser validada y modificada de acuerdo a la experiencia obtenida, ninguna herramienta de evaluación que no sufra estas modificaciones y este tipo de construcción, podrá ser confiable, por último, otro de los elementos que influyen directamente en la metodología de aplicación de la docencia servicio, es la decisión política a través de las estructuras directivas tanto de tipo asistencial, como de tipo educativo, que en muchos casos se conjugan, ya que los profesores titulares o responsables de los cursos o programas, vienen a ser los directores, Jefes de Enseñanza o Jefes de Servicio de las diversas áreas unidades en donde deberá realizarse el entrenamiento, en este caso la decisión que exista para que las acciones médicas realizadas de manera cotidiana por el personal médico que también tendrá una doble función de personal médico y personal docente permitirá a los alumnos realizar las acciones programadas con la celeridad, la

facilidad y la supervisión requerida. En esta forma podríamos culminar nuestra implementación de las acciones docencia-servicio mediante una sensibilización a la población usuaria, es decir, al derechohabiente, al enfermo, a la comunidad en general es muy importante como decíamos al principio, que la coordinación existente entre los 3 factores que intervienen y son responsables de la atención médica, es decir, los organismos estatales los recursos médicos y la comunidad, encuentren una comunicación fácil y oportuna entre sí, esto se repite en el caso de la docencia sobre todo de la docencia en servicio, la sensibilización y la colaboración de los usuarios, permiten la realización de acciones que nos acercan a nuestro objetivo. A este respecto, existe la experiencia inicial en nuestro país, de la resistencia que existió en las instituciones de Seguridad Social para la aplicación de sus instalaciones y sus recursos, tanto humanos como materiales para la docencia, el resultado de la sensibilización a niveles directivos y a niveles de las organizaciones sindicales, usuarios de los servicios de la seguridad social en nuestro país, permitió su implementación paulatina y esto a llevado al cabo de 15 años de aplicación a uno de los experimentos docente-asistenciales de mayor éxito en la actua-

lidad, prácticamente cerca del 70 por ciento de las unidades en general del sistema de seguridad social y sobre todo aquellos centros hospitalarios de mayores recursos que son los centros docentes de una alta calidad de asistencia con una alta calidad de docencia esto se conjuga con las Instituciones Gubernamentales que desde tiempo atrás habían venido sirviendo como fundamento a la enseñanza en Medicina y que a lo largo del tiempo han venido consolidando su aplicación, en ambos casos, las instituciones han logrado un alto nivel de desarrollo que fue muy notable a partir de la incorporación sistemática organizada de los servicios de educación médica en cada uno de ellos; como ejemplo podríamos mencionar que las recomendaciones de los diversos comités sobre enseñanza de las clínicas siempre orientado a satisfacer los objetivos educacionales planteados dentro de la Medicina en general y dentro de cada una de las clínicas en particular, es decir los objetivos de la gineco-obstetricia, de la pediatría, etc., que van a lograr una información de los contenidos más importantes, pero además van a tener un carácter formativo y que permitirá emplear métodos de participación activa del estudiante; el estudio y manejo de cada uno de los pacientes, la aplicación de métodos auxiliares en el diagnóstico y en el tratamiento por parte del alumno, su participación dentro de simposia, seminarios, mesas redondas grupos de estudio y pequeñas investigaciones de tipo bibliográfico que pudieran ser un grupo o de manera individual, deberán considerarse como métodos activos en la educación y sobre todo la participación en la atención directa del enfermo o del sano permitirá poder establecer una verdadera integración docencia-servicio; el empleo de clases magistrales, conferencias en donde la participación del alumno es pasiva, deberán reducirse para solo tomarlos como un marco de referencia en donde se apliquen las normas generales y conceptos, que permitan posteriormente, en una mayor carga, realizar las acciones de enseñanza aprendizaje, esto obviamente esta relacio-

nado directamente con el recurso con el cual cuenta la institución número de camas, número de consultas diarias, número de intervenciones o actos médicos, eficiencia de cada uno de los departamentos clínicos y médico quirúrgico.

La disponibilidad y recursos Materiales como laboratorios, biblioteca, papelería, materiales de curación, existencia de personal no médico en la colaboración de las acciones médicas, y de programas de adiestramiento clínico, coordinación de los programas educativos tanto a nivel de postgrado como de pregrado para que cada uno de los integrantes de ellos no se conviertan en factores de competencia, sino por el contrario en factores de grupo, es decir al alumno de post-grado deberá constituirse en un maestro natural del alumno de pregrado. La aplicación de la metodología deberá de ser paulatina, sistemática, y supervisada, esto quiere decir que en algún momento, el alumno en formación podrá ser el responsable en la medida que lo haya demostrado de las diversas acciones que se plantean en la actuación diaria, pero siempre dentro de los programas educativos previamente establecidos y aceptados, no se entendería en ninguna forma la realización brusca intempestiva de acciones médicas por brillante que sea el alumno y por brillante y responsable que sea el maestro, un ejemplo de coordinación entre los niveles de integración docente asistencial, se lleva a cabo en las clínicas que en nuestra facultad tiene una aplicación variable, como decíamos de acuerdo a las Instituciones pero que podríamos tomar la clínica de gineco-obstetricia como un modelo. En la clínica de gineco-obstetricia existen las siguientes cargas educativas, el alumno está dedicado, por lo menos en teoría, de manera absoluta a su educación; de una jornada natural de 8 horas, se dedican 2 horas a aspectos teóricos a través de conferencias, simposia, seminarios, etc. en donde las horas extremas del día o de la jornada se establecen los contactos con los responsables, las siguientes 6 horas se dedican a la aplicación de su actividad en

los servicios de la Unidad Hospitalaria en la cual esta aplicada la clínica de Ginecología y Obstetricia.

Por la organización particular de las asistencia médica materno-infantil en nuestro país, ésta se realiza básicamente en unidades de especialidad, siendo los servicios primordiales: la consulta externa, los servicios de hospitalización, el servicio de urgencias o de tocoquirúrgica y los de neonatología, el estudiante pasa 10 semanas en este entrenamiento y conjuga su tiempo con la realización de guardias semanales de 6 horas de duración extras en el servicio de tocoquirúrgica y quirófano y permanece bajo la supervisión del profesor o del instructor, esto de un total de horas de teoría y un total de horas de práctica, por lo tanto se ve claramente el porcentaje de carga entre lo teórico y lo práctico. En la medida en que no se planea la acción de los alumnos, no se les motive, no se les dé las facilidades para realizar las pequeñas o grandes acciones que el ambiente no sea favorable, no exista una motivación positiva por parte del personal no médico y por encima de todo todas estas acciones, no se realicen en un ambiente de alto nivel ético y profesional, nuestro esfuerzo será en vano, no lograremos realizar una adecuada integración docente asistencial y solo quedará en el papel de la acción propuesta. No debemos engañarnos los que tenemos el privilegio de administrar la educación médica el pensar que por programar nuestros diversos cursos dentro de hospitales, unidades de consulta externa, etc., tenemos asegurada la integración docente asistencial, para esto se requiere un esfuerzo mucho más consistente, más sistematizado bastante más técnico, el educativo y científico, en la aplicación, en la aplicación de las medidas de atención médica, tener aulas dentro de cada una de las unidades solo significa que existe la posibilidad de realizar la integración docencia servicio, pero no la asegura, deberemos oponernos a la creación de unidades de enseñanza alejadas de los sitios de trabajo habitual de atención médica, ya que esto, solo en apariencia, favorece la

educación porque en buena parte logra la marginación de los alumnos en formación de los sitios de trabajo, en la medida que nosotros estamos logrando un paso dentro de la integración docencia servicio no se entiendan mis palabras como que nos oponemos a la creación de unidades con todas las facilidades de la tecnología educativa moderna para la impartición de los diversos cursos o como apoyo a los mismos, creemos sin embargo que la integración del profesor y el alumno dentro de las áreas de trabajo en pequeños cubículos o salas de juntas no separados de al cama o del quirófano, serán los mejores auxiliares en la educación médica.

La Integración Docencia-Asistencial no solo se realiza a través de aspectos científicos y técnicos, nosotros pretendemos que existe un modelo de servicio que el maestro médico deberá transmitir al alumno, este modelo lleva no solo la responsabilidad profesional en el sentido de acciones médicas exclusivas, sino trasciende a los aspectos éticos morales y de proyección social que cada uno de los profesores pueda y deba tener, que servirá de manera definitiva para que el alumno norme su conducta, de esta manera la integración docencia servicio se lleva a cabo no sólo en el ámbito exclusivamente médico, sino lo trasciende y llega a la proyección médico social. En los matices éticos y morales que deberá tener toda acción por nosotros emprendida en este terreno, basamos nuestra opinión de manejar el concepto de docencia servicio, aceptamos de primera intención que es valedera la aceptación docencia-asistencia, sin embargo en la medida que deseamos que esta integración de la educación con un modelo de ser, con un modelo para formar no solo para informar, creemos rebasar exclusivamente la asistencia médica como tal y llevarla a la aplicación de un servicio, un servicio en el terreno técnico, en el terreno científico, en el terreno social, un servicio que permita al alumno en formación, realmente poder llegar a ser como el modelo de médico maestro con el

modelo de médico maestro con el cual esta trabajando de manera cotidiana en los aspectos científicos y técnicos de la profesión media y afinando sus posibilidades de profesional docente hasta llegar a ser un verdadero participante activo de la transformación de la sociedad en la que vive, es por esto que el concepto de docencia servicio consideramos es el más adecuado para tratar de significar con ello, la integridad de la serie de proyecciones que se pueden tener en este ámbito. □

Bibliografía

1. "Realidad socioeconómica y situación de salud de América Latina". El Médico que América Latina necesita. VIII conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina Nov. de 1973. U.A.V.A.L. México, P. 205-206, 1975.
2. Laguna, G.J.: Simposio internacional de medicina general, familiar y comunitaria, México, D.F. Pág. 1, Presentación del Simposio, Justificación y Objetivos.
3. "The future of health manpower education" higher education and the nation's health McGraw-Hill, pp. 35, 59, 1970.
4. Thompson, J.: "The hospital its role and limitation in the health care system" medicine in a changing society Mosby company pp. 107-130, 1977.
5. Del-banco, T.: "The teaching hospital ana primary care Journal of medical education 50 (10) Dec. pp. 29-38, 1975.
6. Fuchs, U.: "Public policy and the medical establishment who's on first? "Journal of Medical Education 54 (1), JAMA pp. 8-11, 1979.
7. Comité de expertos de la OPS/OMS. "Primer Informe sobre la Enseñanza de la Pediatría en las escuelas de Medicina de la América Latina. Educación médica y salud" 3(2) Abr.-Jun. pp. 11-151, 1969.
8. Tervel, J.: "Regionalización docente asistencial" (reseña educación médica y salud 12(2) pp. 196-200, 1978.