

# I. La educación médica y los servicios de salud

Jesús Kumate  
Secretaría de Salud

(Recibido, agosto 31, 1992; aceptado, junio 4, 1993)

## Resumen

Se presenta un análisis de las necesidades del sistema de salud en cuanto a cobertura y calidad de los servicios prestados, así como a las relaciones costo/beneficio y costo/efectividad. Se contrastan estas necesidades con el perfil profesional del médico recién graduado, señalándose su poca información sobre los problemas prioritarios de salud nacionales, su tendencia hacia la especialización y su escaso interés por el trabajo institucional en comparación con el ejercicio privado de la Medicina. Se esbozan las necesidades médicas del futuro, considerando la predicción del envejecimiento de la población con su patología correspondiente, los avances en las posibilidades diagnósticas y el perfeccionamiento de las vacunas. Por último, se señalan las características que deben tener los médicos del futuro a la luz de estas necesidades.

**Palabras clave:** Servicios de salud - Perfil profesional - Médico - Atención a la salud

## Summary

An analysis of the health system needs is presented in regard to coverage and quality of services rendered, as well as to cost/benefit and cost/effectiveness ratios. These needs are contrasted with the professional profile of the young medical graduate, emphasizing his/her lack of information on the main national health problems, his/her tendency toward specialization and his/her scarce interest in institutional work as compared to private medical practice. An outline is made of the medical needs of the future, considering the predictable aging of the population with its corresponding pathology, the advances in diagnostic possibilities, and the improvement of vaccines. Lastly, the characteristics of medical doctors of the future are pointed out in the light of these needs.

**Key Words:** Health services - Professional profile - Physicians - Health care - Future

La enfermedad, como desviación del estado de salud o como manifestación de las respuestas orgánicas a una agresión o una adaptación, es vista o sentida desde perspectivas externamente disímiles, aunque en esencia idénticas, por los participantes del fenómeno salud-enfermedad.

Para los enfermos los enfoques prioritarios son: la accesibilidad a las instalaciones asistenciales, enseguida la efectividad terapéutica de los servicios prestados y, casi al mismo nivel, la calidez en la relación médico-paciente generadora de la confianza en la recuperación. Pueden ser igualmente importantes la viabilidad económica para obtener la atención y la aceptabilidad social de su práctica.

Los médicos damos prioridad a los aspectos biológicos de la enfermedad con un enfoque mecanicista determinístico, resultante lógica de la

formación en pre y posgrado de la profesión. Siempre se ha insistido en dar primacía al enfermo como individuo sobre la enfermedad y a tener presente su integración en una sociedad con un entorno peculiar.

Los intereses de las escuelas de medicina, fundamentalmente en la transmisión de información, en el desarrollo de aptitudes prácticas y en la adopción de actitudes de servicio se asocian, en los niveles de excelencia, con trabajos de investigación. Siempre ha estado presente el interés por inculcar los principios éticos en el trato con los enfermos y en la práctica profesional.

Para las instituciones del sistema de salud las preocupaciones son la extensión de la cobertura, la garantía de calidad en los servicios prestados y las relaciones costo/beneficio y costo/efectividad. Cobra importancia creciente la inversión en investigación,

casi siempre aplicada, aunque siempre predomina el cuidado del grupo sobre la atención individual.

La realidad económica, el sentido común y la racionalidad harían esperar que hubiera congruencia entre las necesidades asistenciales y el perfil profesional de los graduados en nuestras escuelas de medicina. El curriculum de pregrado debiera transmitir la información acerca de los problemas de salud prioritarios, propiciar la adopción de actitudes de servicio, prácticas éticas y el perfeccionamiento permanente de las destrezas necesarias para resolver satisfactoriamente las enfermedades motivo de consulta.

El paradigma formativo actual es el desarrollado en Alemania en las últimas décadas del siglo pasado e implantado en Estados Unidos por Flexner después de 1910. A un lapso dedicado a materias básicas sigue la etapa clínica con carácter de observador, practicante, ayudante o pasante en servicio social. El modelo adopta variantes, v.gr.: enfatizar alguna de las etapas, adelantar el contacto clínico, integrar ambos conocimientos o iniciar desde el pregrado la especialización.

Una variante cuantitativa es el número de escuelas o facultades de medicina. Aunque ocurren ciclos, la tendencia actual es la proliferación como resultado de la demanda individual para ser médico y de las necesidades sociales, económicas y políticas del derecho a la protección de la salud. El aumento en el número de alumnos, la orientación a la especialización y las necesidades crecientes de la seguridad social no se han acompañado o, idealmente, precedido de la formación de profesores capacitados para atender el incremento de las tareas docentes y mantener el nivel satisfactorio de los recién graduados.

**Perfil profesional del médico recién graduado.** Del médico recién graduado se puede señalar:

1. Poco informado de los problemas prioritarios de salud nacionales: i.e.: diarreas y terapia de hidratación oral, crecimiento demográfico, planificación familiar, vacunación universal, paludismo, tricomoniasis, menopausia, picaduras de alacrán/serpiente, atención del parto, cuidado del embarazo, lactancia materna, orientación nutricional y dietas, manejo de la epilepsia y del diabético.

2. Aprendiz de especialista desde el pregrado. Las clínicas más buscadas son las ofrecidas en los hospitales de especialidades, centros médicos o institutos nacionales de salud. Es notoria la

declinación de grupos de pregrado en el Hospital General de México, la mejor institución para formar médicos generales dada la concentración de la patología representativa de México.

3. Tendencia a la especialidad en el sistema de residencias hospitalarias con la vacancia de plazas en Medicina Familiar, o la deserción de los médicos familiares en busca de una especialidad médica quirúrgica tradicional, obviamente más rentable en el ejercicio privado. Parte del mismo fenómeno es el interés declinante en las residencias de Medicina Interna.

4. Escaso interés por el trabajo institucional al término de las residencias hospitalarias. Tal parece que estamos formando médicos para el ejercicio privado de la medicina, sin interés por servir a la población con menos recursos económicos. Una peculiaridad mexicana es el reducido número de aspirantes a radiólogos, patólogos y anestesiólogos, situación no vista en países desarrollados.

**Las necesidades asistenciales del futuro.** La culminación de la transición epidemiológica en México, aunada a los progresos biomédicos y tecnológicos, así como a mejores condiciones de vida, conducirán inevitablemente al envejecimiento de la población. La predicción es un aumento de 10 años en la esperanza de vida al nacimiento en el curso de la siguiente generación. En México, el número de personas mayores de 65 años se duplicará en el año 2,000 con respecto a 1990 y no será raro el ver a mayores de 85 años. Consecuencia obligada será el aumento de patologías como la osteoporosis, las fracturas por caídas, las cataratas, la ceguera por diabetes y glaucoma, la insuficiencia renal, la hipertensión arterial no controlada, la gangrena de extremidades de etiología diabética, la demencia senil, las artritis deformantes, el Alzheimer, etcétera.

No se harán esperar las limitaciones presupuestales para atender los reemplazos de cadera, las operaciones para extraer cataratas e implantar lentes intraoculares, la rehabilitación de amputados, el incremento en hemodiálisis, los marcapasos cardíacos y las derivaciones coronarias, el costo de la medicación antiinflamatoria no-esteroides, de los antihipertensores y de los psicotrópicos para aliviar los trastornos del sueño y de la afectividad. No hay sistema nacional de salud capaz de hacer frente a tales demandas sin un aumento inusitado en el presupuesto de servicios médicos.

**Alternativas de acción.** El ideal en salud: comprimir la morbilidad hasta el último momento del ciclo vital

es una quimera; al aumentar la esperanza de vida se elevan las tasas de morbilidad. La declinación de la competencia inmunológica, aparente desde los 30 años, va irremediadamente asociada con mayor susceptibilidad a las infecciones, al desarrollo de neoplasias y a patología autoinmune. La exposición crónica a tóxicos y contaminantes agrede órganos y sistemas, cuyos efectos acumulativos se dejan sentir en edades maduras o en la vejez. El estilo de la vida moderna; sedentaria, dieta rica en sal y en azúcar refinada, baja en fibra, con abundante grasa, tabaquismo y el ambiente competitivo de todas las actividades crean un hábito destructivo de la salud conducentes a: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, constipación, cáncer de colon, enfisema y cáncer pulmonar, infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares y de invalidez con las obligadas secuelas de invalidez y discapacitación funcional.

La respuesta estratégica del sistema de salud no puede ser otra que reforzar todos los programas de medicina preventiva, ya sean inmunizaciones, reducciones de riesgo reproductivo, dietas no-aterogénicas o el uso de cinturones de seguridad. Con toda la rentabilidad de las acciones profilácticas, un nivel previo con relación costo/efectividad más favorable es la promoción de la salud. En efecto, si se abandonara el hábito del tabaquismo se reduciría en un cuarto la frecuencia global de las neoplasias malignas, en especial del pulmón, las tasas de ataque de infarto del miocardio y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Prevenir la obesidad y el sedentarismo, amén de una dieta balanceada, puede reducir el riesgo de diabetes e hipertensión. El embarazo después de los veinte y antes de los treinta y cinco años, así como la prolongación del intervalo genésico a más de dos años, reduce la mortalidad materna.

El diagnóstico precoz es una alternativa viable al incremento exagerado en los costos de operación asistencial, v.gr.: el examen de los recién nacidos para descubrir errores congénitos del metabolismo o trastornos como el hipotiroidismo, el examen anual de la citología vaginal, la vigilancia periódica de la presión arterial, de los niveles de glicemia, del volumen de la próstata, de la condición de los senos, de la agudeza visual y de la situación bucodental.

La educación higiénica, el fomento de la salud, un estilo de vida no destructivo y la vigilancia periódica pueden aproximarnos al ideal de comprimir la morbilidad hasta el máximo y alcanzar la condición del envejecimiento funcional.

El futuro de los servicios médicos no será sólo la detección precoz de las enfermedades, la profilaxis inmunológica de las enfermedades infecciosas prevenibles, la reducción de riesgos para la salud o la prevención de las muertes prematuras. Actualmente en los países desarrollados la calidad del cuidado del enfermo es tan importante como la curación de la enfermedad.

El uso de analgésicos morfínicos es representativo de las diferencias entre las prácticas médicas de México y Estados Unidos. El consumo es más de cien veces menor en nuestro país, resultado de costumbres de prescripción muy arraigadas y regulaciones reglamentarias innecesariamente estrictas.

El ejercicio médico será cada día más demandante en virtud de los avances biomédicos, de los desarrollos tecnológicos y de las expectativas concebidas por la población. Las posibilidades diagnósticas, resultado de la Biología Molecular, aumentarán por lo menos en cien y la necesidad de conocer lo correspondiente a la nueva ciencia diagnóstica amenaza al antiguo arte asequible antes a través de la relación maestro-aprendiz.

Las vacunas, ahora en número superior a 50, serán perfeccionadas; a mediano plazo, al término del siglo XX, erradicarán, eliminarán o controlarán enfermedades como el sarampión, el paludismo, el SIDA, la fiebre reumática, el cólera, la fiebre tifoidea, el dengue, la tuberculosis y las bronquitis, entre otras. El perfil epidemiológico se modificará drásticamente y, aunque aparecerán infecciones nuevas, la carga microbiana será mucho menor y culminará la transición epidemiológica tan retardada en nuestro país y en el tercer mundo. Naturalmente la educación médica y la salud pública se modificarán en consecuencia.

**Personal técnico no-profesional.** La necesidad de proporcionar servicios de salud a toda la población, especialmente en áreas rurales poco habitadas, mal comunicadas y sin infraestructura de servicios municipales, es uno de los retos a vencer para alcanzar salud para todos en el año 2,000. El personal de salud necesario para prestar los servicios en una zona escasamente poblada no puede ser el médico característico, de larga y costosa preparación, en parte por la inexistencia de tal número de profesionales, por la incapacidad presupuestal y por el desperdicio de su preparación en la atención primaria de salud buscada por los habitantes de villorrios con menos de mil habitantes.

El personal técnico operativo muestra grandes variaciones desde enfermeras parteras tituladas, a técnicos en atención primaria, en laboratorio clínico, en estomatología, en citotecnología, en saneamiento ambiental, en orientación nutricional, en odontología y auxiliares de enfermería, a parteras empíricas, promotoras voluntarias y auxiliares diversos.

Los estudios y la capacitación del personal no profesional son muy disímboles en contenido, duración y calidad. Este personal con funciones tan importantes, salvo las enfermeras, recibe su formación independiente de las escuelas de medicina y tal inconexión hace que no se aproveche a plenitud su preparación ni se aliente su posible superación. Habida cuenta de sus potenciales servicios, es inevitable y conveniente que las escuelas de medicina se involucren en la formación de recursos humanos no profesionales necesarios en todas las latitudes de todos los tiempos.

La culminación de la transición epidemiológica, los avances biomédicos, el desarrollo socioeconómico y

las expectativas para una mejor salud de la población transforman el perfil epidemiológico, modifican la índole de los servicios asistenciales, imponen mayor presupuesto para los sistemas de salud y requieren adecuaciones en el currículum de pregrado y en la formación de posgrado.

La educación médica deberá incluir y enfatizar el cuidado y la patología de los mayores de 65 años, así como de los seniles avanzados con más de 85 años. La demanda asistencial será preponderante para patología crónica degenerativa, la tasa de morbilidad aumentará grandemente y el determinismo será multicausal. El manejo de esos pacientes deberá atender tanto o más a los riesgos que a las causas.

Las limitaciones presupuestales y la racionalidad harán de los médicos verdaderos cultores de la salud, el pediatra volverá a ser puericultor, la prevención de accidentes y otros riesgos será ocupación prominente de los médicos y deberán involucrarse seriamente en crear una cultura de la salud. ¿Están las escuelas de medicina atentas a tales tendencias?