

Algo más sobre la enseñanza de la medicina

Tema tratado mil veces ya, éste de la enseñanza de la medicina. Y sin embargo tenemos que volver a él en una y otra ocasión, sobre todo cuando escuchamos ciertos argumentos en favor de cambios curriculares, que, a juicio de los profesores tachados de tradicionalistas (entre los cuales me incluyo), no conducen sino a nuevos enredos que nunca darán los resultados deseados. Por lo demás, no parece demasiada imprudencia que se den opiniones distintas a las de una conocida "moda" de pensamiento en la materia, que, por muy respetable que sea, tiene contrapartes y puede (debe) someterse al intercambio permanente de ideas.

Tengo la impresión de que algunos de los cambios que se hacen en los programas de estudio, son el producto indirecto del aumento excesivo del número de estudiantes en la carrera. Por mucho tiempo creímos, y así lo aceptamos sin chistar, que la asistencia al hospital era fundamental para que el proceso enseñanza-aprendizaje se diera cabalmente en la interacción del estudiante (médico) y el enfermo; pero he aquí que los hospitales se hicieron insuficientes para que esa fructífera relación se diera con la intensidad y frecuencia adecuadas. Entonces se vió que era posible, con ventajas indudables para la enseñanza, echar mano de los centros de salud, los consultorios y toda otra institución médica "de primer contacto", como las llamamos hoy. Pero también esto, que fue bueno y que sin duda favoreció la enseñanza clínica, resultó insuficiente ante la avalancha de estudiantes. Lo que quedaba, por supuesto, era reconocer la imposibilidad de **formar bien** a los nuevos **médicos generales** si el número de los estudiantes seguía creciendo. No ha sido este el caso, o al menos no todos lo han aceptado, dándose pie para llegar a los argumentos

que todos conocemos y que, en mi opinión, han hecho un daño incalculable a la enseñanza de la medicina: “el hospital y los servicios de salud no son indispensables para formar buenos médicos . . . el país no necesita más al médico cura-enfermedades sino uno con una dimensión esencialmente **preventiva** . . .; en lugar de esperar al paciente en el hospital debemos ir al encuentro del individuo en la comunidad para prevenirlo contra la enfermedad . . .”. Esta idea, alimentadora de reformas a ciertos programas de enseñanza, se sazona con razonamientos extraídos de posiciones ideológicas, con legítimos deseos de servir a las comunidades más desfavorecidas y también con “slogans” como el de que “los estudiantes deben salir a conocer la realidad social”. Independientemente de que esto último es deseable no sólo para el estudiante de medicina sino para cualquier universitario (siempre que la “realidad social” no sea previamente deformada por concepciones ideológicas dogmáticamente transmitidas), quienes hemos dedicado muchos años a la enseñanza médica podemos discrepar y presentar, a nuestra vez, argumentos diferentes aún corriendo el riesgo de ser llamados anticuados (en el mejor de los casos).

Empiezo por aceptar que seguramente la sobrepoblación estudiantil no fue el único factor que condujo a la proposición de los cambios que en algunas escuelas y facultades se han producido. Pero insisto en que en algo influyó, como se demuestra por el hecho de que “la posibilidad de enseñar a un mayor número de aspirantes” es un antecedente que se menciona casi siempre por los defensores de dichos cambios. Lo importante, sin embargo, es saber si efectivamente las reformas curriculares conducen a la formación de un médico “capacitado y adiestrado para dar respuesta a las necesidades de salud

de la población . . . consciente de las limitaciones a que se ve sometido . . . capaz de convertirse en agente de cambios sociales . . .”, características que con frecuencia se agregan a las que mencioné anteriormente. Yo pienso que, en definitiva, el asunto no es de reformas a los programas de estudio, mucho menos de las reformas que en algunas escuelas se han puesto en práctica. De hecho, son sólo “reformas de las formas”, pero no de los contenidos salvo el cambio radical y escandaloso de hacer desaparecer las llamadas *disciplinas básicas*. Recordemos que estas no son simples herencias de la tradición o meras secuelas anacrónicas de una escolástica médica absoleta.* La anatomía no es una “materia” caduca, sino el estudio de una totalidad natural (el ser humano): es una unidad morfológica integral que no puede fragmentarse puesto que es la forma de la vida humana (la histología lo es también, al nivel tisular y celular). La fisiología, a su vez, no puede separarse de la anatomía ya que se explican la una por la otra —estructura y función— y ambas constituyen el substrato de su objeto de conocimiento: el hombre y su circunstancia (pero el hombre entero, concreto, viviente). Suprimir estas disciplinas básicas y dividir las en capítulos dispersos a lo largo del programa de enseñanza, equivale a no alcanzar nunca una visión totalizadora y conceptual de la vida humana según la debe tener el médico. No se ve cómo se puede comprender la patolo-

* Buena parte de las ideas que aquí expongo están seguramente mejor dichas en dos trabajos que recomiendo ampliamente. Uno es el del Dr. Jorge Bouton preparado para un estudio realizado por la ANUIES y el otro es del Dr. Octavio Rivero Serrano, presentado en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina en 1979 (Ediciones Uduel, México, 1979).

gía (clínica, morfológica y fisiológica) si no se posee el conocimiento básico de la estructura-función que es su substrato natural. Me temo, por ello, que una supresión de esta naturaleza en los planes de estudio no producirá los efectos esperados por sus voceros.

Las llamadas "reformas" incluyen métodos de enseñanza que, en cuanto a horas dedicadas, substituyen con creces el tiempo que, a mi juicio, el alumno debiera pasar ejercitándose en la clínica junto al libro abierto que es el enfermo. Los foros, pánels, mesas redondas, cuadros sinópticos, lecturas comentadas, exposiciones, investigación bibliográfica y "visitas a la comunidad", no pueden substituir a la praxis clínica cotidiana, única que nos enseña a comprender ese lenguaje propio de la enfermedad. ¿O no es verdad que el buen médico es aquél que aprendió a reconocer el inicio de la enfermedad, la presencia aún incierta de lo patológico? y lo es también, por supuesto, aquél que no sólo se preocupa por la salud del enfermo a su cuidado sino también de la salud y la enfermedad de la colectividad. Este último atributo, entiéndase bien, se reconoce como necesario desde hace siglos y no tenemos que recurrir al "descubrimiento" del sociólogo para identificarlo. Ciertamente es que, como resultado del **progreso de la medicina** (no de la fuerza de las ideologías), se ha ido abandonando la visión excesivamente somatizante de la salud y la enfermedad; sólo un desconocimiento de la historia de la medicina puede llevar a afirmar que es una novedad el reconocimiento de que la enfermedad es una cuestión radicalmente social, imposible de entender al margen de los factores económicos, políticos y culturales. El hecho de que este argumento es incontestable no debiera llevar a sus "descubridores" modernos a olvidar su origen estrictamente médico, independientemente de que, por caminos distintos otras disciplinas (la respetabilísima filosofía, por ejemplo), llegaron a encontrarlo. La diferencia, creo, está en que el médico debe integrar este conocimiento a todo lo que ha sabido

desde hace mucho: que el hombre es una unidad biopsicosocial y que su relación profesional con él y su enfermedad es, siempre, un acto singular, un acto particular, relación de dos individuos comprometidos en una coyuntura de sufrimiento vital que debe ser aliviado.

Es lícito decir que el papel del médico ha estado siempre bien definido. Lo estuvo desde el nacimiento de la medicina hipocrática, cuando no sólo quedó plasmada para siempre la ética de nuestra profesión, sino, además, apareció la observación clínica con sus primeros balbuceos en el ejercicio de la inferencia científica.* A partir de entonces (hace 24 siglos) se aceptó, sin que nadie lo pusiera en duda, el deber esencial del médico: "cuidar con devoción al hombre enfermo para devolverle la salud o, cuando menos, para mitigarle el sufrimiento". Este verdadero mandato ético ha resistido el paso de los tiempos. Pero el deber del médico no se agota ahí, la vida actual y el propio avance de la medicina han dado un nuevo significado a esa "cuestión radicalmente social" de la que hablábamos antes y, por ende, a la propia función del médico en la comunidad. Sabemos que la acción del medio, entendido como el habitat natural del hombre que comprende tanto lo físico como lo psico-social, condiciona las reacciones humanas siempre en interacción con los factores hereditarios y constitucionales. Así pues, tratar de corregir el medio insalubre u hostil es una forma de cumplir con un deber eminentemente social, porque aparte de la defensa del enfermo se busca la protección de otros. La implantación de medidas preventivas, el saneamiento del ambiente y las tareas en favor de la protección de la salud son, todas, acciones típicamente médicas para las que el médico se prepara a través de programas de estudio que no han

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

variado demasiado con el correr del tiempo. Creo que, en definitiva, los “cambios curriculares” que se desean no favorecen la formación de un “buen médico” en el sentido en el que lo entendemos. Quisiéramos que se reivindicara la función social del médico preservando la orientación de la enseñanza hacia un tipo de médico general, porque nuestra disciplina, concebida integralmente, no puede sustentarse sólo en las especialidades. Pero sostenemos que ese buen médico general, buen **médico** a secas, **tiene** que formarse tanto en los hospitales generales y especializados como en las instituciones de los niveles de primer contacto: dispensarios, centros de salud, policlínicas, el consultorio mismo, teniendo como modelo los centros académicos de atención cuyo desideratum es una filosofía docente-asistencial.

El aprendizaje puramente empírico en la comunidad es un mito que debemos combatir. Llevar al alumno a las áreas marginadas en las que no existen centros asistenciales de contacto primario y creer que bastarán ciertas prácticas de tipo preventivo y los planteamientos teóricos sobre la forma en que la medicina “debe contribuir al cambio social”,

es caer en un espontaneísmo verdaderamente paralizador, contrario a la filosofía del aprender y enseñar-haciendo. Señalamos pues el peligro de aceptar sin reflexión suficiente los programas de estudio que como novedad se están proponiendo y, en algunos casos, llevando a cabo. No existe oposición verdadera entre prevenir y curar como se pretende, ni tampoco entre el acto singular del médico ante su enfermo (“una conciencia frente a una confianza” ha dicho Louis Portes) y la práctica de la medicina social. Los maestros tenemos la obligación de prepararlo para que cumpla debidamente las responsabilidades que tan claramente están expuestas en esta realista y bella sentencia del Dr. Ignacio Chávez” . . . los médicos, guardianes como somos de la salud del hombre, debemos conciliar, dentro de la realidad social de nuestro tiempo, dos deberes fundamentales: conservar intacta la dignidad de nuestra misión frente al enfermo y proteger, por solidaridad humana, la salud del cuerpo social en que vivimos”.

Dr. Rafael Velasco Fernández