

la base de una comprensión de los problemas, más que sobre la base de referirlos al especialista.

En esta forma, la medicina integrada relega al especialista a la función de un miembro más del equipo y este especialista debe también tener una visión integral del enfermo. Además, la responsabilidad de una visión integrada del problema, no descansa sólo en el médico que refiere al enfermo, sino en todo miembro del equipo de salud. Como consecuencia, en el perfeccionamiento de esta filosofía es necesario que el médico sea entrenado en el uso efectivo de este equipo.

Ahora, veremos dos problemas clínicos en los cuales los conceptos de ciencias de la conducta son aplicables al enfoque de medicina integrada.

1. Dondequiera que la enfermedad produzca deterioro o daño del rol social de la persona, el *stress* aparece, cualquiera que sea el sistema social a que el enfermo pertenezca. Cuando la enfermedad es aguda, los ajustes requeridos por el sistema son temporales y cuando es crónica, los ajustes deben ser permanentes. El enfoque integral, implica sensibilidad por la dinámica del sistema social al cual el enfermo pertenece. Es legítimo para el médico entonces, interesarse por el sistema social en el cual su paciente se desenvuelve, independientemente del rol etio-

lógico que este sistema social pueda tener en la enfermedad.

2. Otro punto de atención para el médico que quiere usar la perspectiva conductual, es la consideración del "rol de persona enferma" o "rol de enfermo". Los miembros de la mayoría de las sociedades, hacen distinción entre sus miembros enfermos y miembros sanos, y su conducta es diferente para con uno u otro. Esta conducta está definida culturalmente e implica una serie de normas sobre cómo la persona enferma debe reaccionar frente a su enfermedad. Esta serie de normas, socialmente apropiadas para que un enfermo se conduzca, constituye el rol social de la persona enferma. Así, la enfermedad puede ser mirada como un status social diferente, con su rol social correspondiente.

Cuando una persona se autodefine o es definida por miembros importantes de su grupo como enferma, pasa a ocupar el rol social de "enfermo", esto entre otras cosas, la lleva a buscar atención médica.

El médico que trate a este enfermo, si tiene una visión amplia e integral del problema, deberá cumplir las siguientes funciones: a) ayudar al enfermo a asumir su rol de enfermo y reconocerlo como tal aunque no exista enfermedad, y b) mediante el tratamiento y relación médico-paciente adecuada, devolverlo a desempeñar su rol social primitivo.

## EDUCACION MEDICA EN PAISES EN DESARROLLO

Edward Grzegorzewski

The Journal of Medical Education, Vol. 40,  
Nº 9, septiembre 1965, pp. 862-867.

El vasto y complejo tema de la educación médica ha sido profusamente estudiado en los países en desarrollo por diversas instituciones, en múltiples conferencias, etc.

Hay tendencia a considerar a los países en desarrollo como un todo, pero evidentemente, hay entre ellos, enormes diferencias, no sólo en el grado de desarrollo sino también en sus condiciones específicas, en la naturaleza de sus deficiencias y en las tendencias y desarrollo de su progreso.

PERFIL. Hoy día, no existe país en el mundo que no esté en proceso de desarrollo en algún determinado nivel. Por supuesto el grado de velocidad de aquél es mayor en los más avanzados. Por esta razón, el término "país en rá-

Traducción y adaptación de Dra. Gabriela Venturini.

pido desarrollo" conduce a malas interpretaciones. Para fines prácticos, el concepto de "país en desarrollo" puede aplicarse a un país en el cual hay gran discrepancia entre las necesidades y demandas, por una parte, y los recursos realmente disponibles para satisfacer dichas necesidades, por otra, y en el cual existe la evidencia de esfuerzos activos para reducir esta discrepancia, ya sea aumentando los recursos y medios o impidiendo su despilfarro, incluso el causado por riesgos de salud evitables. El rigor de las necesidades insatisfechas, su número en proporción a las ya resueltas y aquéllas que pueden llegar a ser satisfechas, caracterizan la situación y ayudan a determinar prioridades de

acción. La necesidad de efectuar cambios rápidos para resolver demandas crecientes, es otro rasgo de las sociedades en desarrollo como lo es también el hecho de recibir ayuda externa.

En esencia, el problema de los países en desarrollo puede no ser tan diferente del que aquellos más avanzados tuvieron en épocas anteriores, pero las discrepancias en los primeros aparecen con mayor intensidad y toman formas más agudas.

A menudo es difícil y aun imposible señalar una división entre dos categorías de países. Por eso no vale la pena tratar de clasificar las 715 escuelas médicas que existen aproximadamente en el mundo (sin contar la China Continental, de la cual no se conoce suficiente información) por el estado de desarrollo del país. Ciertamente, muchas de las escuelas recién fundadas luchan con grandes dificultades, pero muchas ya antiguas tienen también sus problemas y no han logrado alcanzar un nivel deseable, a pesar de su larga existencia.

**DIFERENCIA.** ¿Qué diferencias existen entre los países en los dos distintos niveles de desarrollo? En los países con bajo nivel de desarrollo, el común en materia médica parece ser el problema de organización de la atención médica (el real funcionamiento de la medicina en la sociedad), hecho que es mucho más importante que en los países mejor desarrollados. En los países que comparten esta dificultad organizativa básica, los recursos médicos deberían ser usados más amplia y efectivamente y dispuestos de manera más accesible para aquéllos que los necesitan, con el fin de reducir la brecha entre lo que la medicina moderna es capaz de hacer (si fueran adecuada y ampliamente utilizados) y lo que ella realmente logra en una sociedad determinada.

En los países más avanzados este proceso de ajuste ha ocurrido a través del progreso paralelo de la ciencia, la tecnología aplicada, la organización de la comunidad y el conocimiento de los derechos y responsabilidades sociales. El valor científico de muchos avances en medicina a menudo fue incierto y por eso existió menos presión por ofrecerlos al público a expensas de otras necesidades más urgentes —caminos, industrias, etc.— las cuales, como resultado, se desarrollan con mayor velocidad.

La situación en países en desarrollo es algo diferente. El reconocimiento del valor de la medicina científica y su aceptación como derecho social, coloca los requerimientos y demandas de servicios médicos en un lugar prominente en la larga lista de prioridades. Por lo tanto, el problema de la educación médica en estos países, está estrechamente ligado al problema de utilización de los graduados médicos y a su rol especial en una sociedad cambiante. En tanto que en los países desarrollados el progreso en medicina, incluidos los servicios médicos, frecuentemente fue una consecuencia de otros pro-

gresos científicos, sociales y económicos, en los países que están emergiendo rápidamente, el progreso médico debería ser un factor activo que contribuya a crear estas condiciones favorables. Por eso existe una diferencia en ambas situaciones en cuanto a la orientación total del médico, en su motivación y en la responsabilidad social de la Escuela de Medicina.

La meta de la educación en los países en desarrollo debe, además de impartir conocimientos, incluir un mayor énfasis en cómo hacer uso del conocimiento en las circunstancias existentes y en cómo contribuir a cambiar las condiciones que dificultan su aplicación. Este último problema es bien difícil, pero existe y debe ser encarado.

En los países con recursos médicos muy limitados, el impacto de las generaciones de médicos jóvenes naturalmente será muy grande y aun un grupo pequeño de ellos afectará de manera importante la mano de obra médica. En tales circunstancias, una orientación acertada puede facilitar la introducción de cambios deseables y progreso en las tendencias médicas del país. La Escuela de Medicina puede ciertamente contribuir grandemente a este progreso. En un país más grande, con instituciones más desarrolladas y una profesión médica numéricamente mayor, seguramente el impacto se hará sentir menos y tomará mayor tiempo. Esta diferencia determina la forma como la Escuela de Medicina debe cumplir su rol, pero cualquiera que sea la situación, ella debe estar ampliamente consciente de su posición y diseñar consecuentemente su estrategia y táctica.

**PROBLEMAS.** Los problemas más frecuentes de las escuelas en países en desarrollo son: escasez de personal docente y de recursos materiales, dificultades financieras, deficiencias en la educación preuniversitaria de sus alumnos, sistemas y prácticas administrativas inadecuadas y exceso de labores secundarias que absorben tiempo valioso de personal altamente entrenado. Existe también el problema de remunerar adecuadamente a personal altamente calificado en sociedades de bajo ingreso, discrepancia entre la enseñanza de una medicina de alto nivel técnico y la práctica médica basada en aplicación de técnicas simples y a veces superficiales, a una medicina de masas y, por fin, la atracción de gente joven bien calificada hacia carreras más remunerativas.

Las medidas que se sugieren habitualmente, incluyen el uso más económico del personal médico y la derivación de ciertas funciones en personal auxiliar, dentro de un sistema bien organizado de servicios médicos. Esto requiere la formación del estudiante en la correcta utilización del personal de colaboración.

Además de formar al estudiante, la Escuela de Medicina debe imbuirlo de una orientación visionaria que le permita asumir un rol activo en el diseño del futuro médico del país, ayu-

dando al Gobierno a comprender las potencialidades de la medicina en el desarrollo del país y a encontrar soluciones adecuadas y viables para sus problemas de salud. Para lograr esta tarea, la facultad debería desarrollar conocimientos, actitudes y perspectivas más allá de las que poseen sus colegas en naciones más avanzadas, donde hay muchos grupos que comparten este liderazgo. En sentido amplio, la Escuela de Medicina debe ser maestra, no sólo de sus alumnos, sino de la nación entera.

Afortunadamente esto ha sido comprendido por algunos países en desarrollo, pero existen obstáculos de diversos tipos que impiden que individuos superiores puedan hacer efectivas sus potencialidades. Influyen, evidentemente, la escasez de colaboradores eficientes y la falta de espíritu de colaboración.

El desarrollo de un trabajo de equipo responsable para una finalidad común comprendida y aceptada, parece ser una necesidad urgente de los países en desarrollo. No existe receta para producir y mantener tal actitud; no se logra en cursos formales, pero puede intentarse algunos mecanismos como establecer, por ejemplo, una institución educativa con el espíritu de esfuerzo constructivo de todos los interesados —alumnos, profesores, trabajadores de salud y la comunidad como un todo.

EL TIPO DE MÉDICO. Al definir sus metas, la Escuela de Medicina se enfrenta a la decisión del tipo de médico que desea producir con su educación y entrenamiento. Aunque hay consenso general acerca de la conveniencia de disponer de médicos altamente competentes, bien entrenados, hay más de una opinión acerca de los pasos intermedios necesarios para alcanzar esta meta ideal. Una tendencia está en favor de standards altamente científicos, idénticos en sus dimensiones, forma y contenido para todos los países con semejantes culturas, independiente de su grado y matices de desarrollo. Otro grupo está en favor de los mismos altos standards para todos en calidad de educación, pero con la debida adaptación del contenido y orientación del curriculum a los diversos requerimientos de cada país en desarrollo. El autor ve muchas ventajas en este último punto de vista. Hay aún otra tendencia de pensamiento, fuertemente influida por la realidad de la difícil situación en muchos países, que sugiere un compromiso entre los requerimientos urgentes y aconseja un standard de entrenamiento que produzca profesionales intermedios entre médicos y personal auxiliar. Esta es, a veces, la visión de líderes políticos y algunas autoridades de salud que tratan de satisfacer la creciente y pujante demanda de la población.

El cuadro se complica aun más por la opinión que cada vez gana más adeptos, especialmente entre educadores médicos de países desarrollados, de que a la luz del estado actual

de la ciencia médica y sus perspectivas inmediatas, no es realista seguir esforzándose en mantener un "médico básico" (concepto del *General practitioner*) sino que el denominador común en la educación de todo médico debería estar compuesto de ciencias básicas, aspectos para-clínicos y algunos fundamentos de medicina. Desde este punto el "cientista médico" se concentraría en algún área selecta de aspectos clínicos. Este esquema produciría no un *General Practitioner* o médico general individual, sino una estructura más completa compuesta de un grupo de especialistas, cada uno de los cuales contribuiría a la solución colectiva de los problemas.

Parece que para un futuro inmediato, hay escasas posibilidades de conformar la educación médica de acuerdo a este esquema en los países en desarrollo.

La mayoría de los países parece estar todavía en favor de entrenar un "médico básico indiferenciado", el cual después de un programa de experiencia práctica, adecuadamente organizado, pueda transformarse de médico general, en un especialista con adecuado entrenamiento.

Si nembargo, este médico general debería variar según las particularidades locales de cada país, lo cual definiría el programa de entrenamiento, su contenido y su organización.

No puede esperarse que muchos países en desarrollo tengan al mismo tiempo una alta calidad y una gran extensión de su atención médica; pero puede esperarse una mejor relación entre ambos aspectos que la que hoy existe y esto puede obtenerse a través del entrenamiento adecuado y mejor organización de servicios que cubran sectores más amplios de la población.

CONDICIONES DEL PROGRESO. Se invoca la inestabilidad de las condiciones existentes en los países en desarrollo como explicación de la falla en el progreso de la educación médica, y se espera a veces la solución de aquéllas antes de emprender acción estabilizadora en educación médica. Sin embargo, la inestabilidad de las condiciones es a veces una de las características del desarrollo y aun el cambio revolucionario parece ser condición indispensable para mejorar. Las autoridades educacionales médicas deberían actuar planeando e implementando en este período, aunque persista el riesgo de desperdicio y pérdida de esfuerzos invertidos.

Otro factor que afecta el progreso en educación médica, es el ingreso nacional. En países desarrollados el ingreso nacional bruto per cápita es 10 veces mayor que en los menos desarrollados. En consecuencia, en éstos es más difícil absorber los altos costo de la educación médica. El dilema está en si obtener una vía más barata para lograr la educación médica o si lograrla a costa de la inversión de otros, al

menos por un período, hasta que la productividad de la nación pueda llegar a absorber ese gasto que crean sus propias necesidades.

Hay que ser cautos al hacer excesivamente dependiente una institución educacional de demasiados factores colaterales. Aun factores ineludibles cuando se planean escuelas médicas, tales como el crecimiento de los servicios de salud, utilización de los recursos humanos, economía médica, etc., pueden sufrir imprevistas fluctuaciones durante la vida de una institución educacional. Por eso, quienes planean nuevas escuelas médicas deberían tomar en consideración el hecho de que una vez establecidas aquellas sobre bases adecuadas, vendrá un inevitable progreso médico pronto a soportar el crecimiento de los servicios médicos que exijan las necesidades del país.

La acción en países en desarrollo debe iniciarse "para ellos" y "con ellos". El primer enfoque ofrece vastas posibilidades, limitadas sólo por la cantidad de recursos que se desee aplicar. Algunas actividades que requieren escasa o ninguna participación directa por parte del país ayudado, puede que sean útiles, justificadas y a veces la única posibilidad. Sin embargo, este tipo de enfoque en el momento actual es considerado más bien obsoleto y la cooperación mutua con el país ayudado está más de acuerdo con el espíritu de los tiempos y con los intereses del país a largo plazo. Debe evitarse el colonialismo de los países ayudados para que éstos se comprometan en la vida y destino de sus instituciones, de una manera genuina.

ADAPTACIÓN A MODELOS EXTRANJEROS. Otro

problema que enfrentan los educadores médicos y las instituciones que los asisten, es cómo conciliar la influencia de modelos ajenos y su adaptación a las modalidades de su propio país. Es necesaria una mayor comprensión entre los países que ayudan para disociar lo esencial de lo incidental. De otra manera, el país en desarrollo se verá dividido por reflexiones artificiales de varias civilizaciones extranjeras, en lugar de desarrollar sus propios modelos.

Es dable esperar que muchos países en desarrollo puedan producir la mezcla más aconsejable para ellos mismos. El método de "tanteo", de prueba y error, puede resultar excesivamente costoso e inhibitorio para su progreso. Hasta ahora parece prevalecer la tendencia a la imitación un tanto rígida de modelos importados. Ciertamente, los lazos culturales entre país ayudado y ayudador tienen tremendo valor, pero lo que se discute no son los lazos sino su adaptación.

Hay que reconocer que existe más de una fuente de influencia cultural en muchos países en desarrollo. Más de un modelo de atención médica y de educación médica las modificarán tarde o temprano, y estas influencias continuarán creciendo. Por eso, en el momento actual es imperativo que educadores médicos y administradores de diversos países traten de comprenderse mutuamente y adhieran en forma menos rígida a las formas no esenciales.

Pero ¿cómo puede uno mantenerse optimista en este asunto, cuando las naciones con herencia cultural común todavía no logran acuerdo entre ellas mismas para usar un conjunto práctico común de pesos y medidas?