

CAMBIOS EN LOS PROGRAMAS TRADICIONALES DE EDUCACION MEDICA Y OBSTACULOS QUE DEBEN SUPERARSE PARA LOGRAR LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INTEGRAL

JORGE CAMPOS REY DE CASTRO *

En las últimas décadas el mundo ha experimentado profundos cambios como consecuencia del desarrollo tecnológico y el progreso social de los pueblos, muchos de los cuales han logrado su independencia política en este lapso. Estamos asistiendo a una revolución de las expectativas, que lleva a los hombres a buscar mejores condiciones de vida, de trabajo y de educación. La población del mundo aumenta rápidamente, los pobladores del campo se desplazan a las ciudades y estas crecen desmesuradamente. Los países subdesarrollados buscan ansiosamente el camino que los libere de la miseria, del hambre y de las enfermedades, y los conduzca a lograr un estado de desarrollo que conlleve alcanzar un nivel de vida humano y digno.

La educación médica no es ajena a este acontecer. En Nueva Delhi, en 1967, durante la III Conferencia Mundial de Educación Médica, quedó demostrado que el médico es un factor importante e indispensable en el proceso de desarrollo de los pueblos. Los problemas de salud están íntimamente vinculados con los problemas sociales y económicos; en los países subdesarrollados "la gente enferma porque es pobre y empobrece más cuando contrae una enfermedad" (1), formándose así un proceso acumulativo que presiona constantemente hacia niveles más bajos de vida, y, como "el hombre sano representa la principal fuerza productiva de la sociedad", (2) se comprende por qué la educación médica constituye un factor importante en el proceso de desarrollo de un pueblo.

* Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Candau (3), Director de la O.M.S., ha sostenido que la "educación médica es indudablemente un factor en el desarrollo social y económico en los pueblos desarrollados y en los subdesarrollados", "pero su significado es mucho mayor para el futuro de los países subdesarrollados que para los países que ya poseen sistemas bien establecidos de salud pública y de atención médica".

Los líderes en educación médica han comprendido plenamente esta nueva dimensión y responsabilidad de la profesión médica, y han entendido también que para que los médicos puedan desempeñar cabalmente sus nuevas tareas deben ser formados de una manera diferente y deben recibir una educación distinta y más completa que la que recibían los médicos en el pasado. "Es importante para los países no desarrollados formar médicos que no sólo tengan un par de manos hábiles, sino que sean reflexivos y perspicaces; deben tener la habilidad de evaluar las diferencias del presente, prever las necesidades del futuro de sus propios países y actuar de acuerdo a esta perspectiva" (3).

Para los educadores médicos latinoamericanos no ha pasado desapercibida esta nueva orientación de la enseñanza médica y así lo han declarado, una y varias veces, en congresos y seminarios nacionales (4, 5, 6, 7, 8 y 9). Pero, modificar una larga tradición e introducir cambios en los procedimientos y actitudes clásicas, no es tarea fácil.

El propósito de este artículo es analizar y describir los obstáculos que ha encontrado, los esfuerzos que ha realizado y los éxitos y los fracasos que ha tenido una Facultad de Medicina, la más antigua y la más importante del Perú, cuando se propuso cambiar sus métodos clásicos de enseñanza para sustituirlos por otros que le permitieran alcanzar la nueva meta que se señaló a sí misma y que ha sido expresada en los documentos, declaraciones y conclusiones de sus dos seminarios internos en los que se discutieron estos problemas (2, 9). Esta nueva meta no es otra que la de lograr la integración de los conocimientos de la medicina preventiva y de la medicina social, de modo que, a través de esta enseñanza integradora, se formen los nuevos médicos que la situación de nuestro propio país demanda.

Partimos del supuesto que, en los países latinoamericanos, las situaciones, si no iguales, suelen ser muy parecidas porque sus estructuras son similares. De aquí que la experiencia que se ha vivido, y en gran manera se sigue viviendo en un país, en este caso el Perú, y las conclusiones que de ellas se extraen pudieran ser útiles para otros países que tienen una problemática similar.

Antecedentes. La Universidad de San Marcos, de Lima, empezó a formar médicos en 1809, doce años antes de que el país lograra su independencia política. En su larga vida, la Facultad de Medicina, como es de suponer, sufrió varios cambios en su curriculum de estudios. Desde el siglo pasado hasta la segunda guerra mundial, los moldes de nuestra enseñanza médica fueron copiados de los vigentes en las escuelas médicas de Francia, país que era la Meca de los viajes de perfeccionamiento de los profesores de la Facultad. Como consecuencia de esta inspiración, los hospitales fueron construídos y organizados de acuerdo a los modelos franceses clásicos; es decir, eran, y luego veremos que en gran medida siguen siendo, instituciones dedicadas exclusivamente a la medicina asistencial, con gran énfasis en el paciente hospitalizado, con muy poco interés en la atención de enfermos en consultorios externos y ninguno en los aspectos sociales. La mayor parte de estos hospitales de molde clásico pertenecen y están dirigidos por organizaciones privadas de beneficencia, fuera del efectivo control estatal. En ellos es que la Facultad de Medicina realizó toda su enseñanza clínica y, aún ahora, en gran medida, estos hospitales siguen siendo el escenario más importante en donde se imparte la enseñanza clínica del pre-grado.

En el último cuarto de siglo surgen condiciones nuevas que deberían haber modificado esta situación; me refiero en primer lugar a la creación del Ministerio de Salud Pública, que es el organismo del Estado responsable por la salud de la población; me refiero también a la organización del sistema de seguros para obreros y empleados, que cuentan con sus propios hospitales, no sometidos a la autoridad del Ministerio de Salud Pública, sino sólo de modo indirecto.

Al fundarse el Ministerio de Salud Pública, oficialmente el Estado comienza a interesarse en la prevención de las enfermedades y en la medicina del trabajo. Por ese entonces estos temas eran enseñados en la Facultad de Medicina, pero en forma puramente teórica, en una cátedra que dictaba su curso en el último año de estudios a alumnos que escuchaban indiferentes y escépticos, ya que habían sido formados de acuerdo a una doctrina puramente asistencial.

Podría suponerse que la creación del Ministerio de Salud Pública significó el comienzo de una nueva situación propicia para cambiar la orientación clásica en el ejercicio de la medicina en el país; pero desgraciadamente la realidad fue distinta. Este organismo estatal asumió tareas de saneamiento y de prevención, hasta ese entonces no abordadas, pero lo hizo en forma inconexa con la Facultad de Medicina y dis-

locado de los hospitales en donde el trabajo asistencial era realizado, y aún continúa realizándose, por personal médico diferente al que trabaja en los dispensarios y unidades de la medicina social, bajo comandos distintos y desconectados entre sí. Muy pronto se hizo visible el divorcio que surgió entre los dos tipos de medicina que se ejercen en el país; de un lado la medicina "práctica", asistencial, curativa, estrechamente vinculada a la persona enferma, de acuerdo a la enseñanza que impartía la Facultad de Medicina, plena de posibilidades de éxito científico y económico e iluminada por el recuerdo y la inspiración de las figuras cimeras de nuestra tradición médica. De otro lado, la medicina oficial, desvinculada de los pacientes y muy ligada a tareas burocráticas, con muy escaso trabajo de campo efectivo, ejercida por médicos mal pagados, con un sueldo fijo y sin posibilidades de ejercicio privado; la mayoría de ellos ingresantes al servicio público a través de una recomendación política y siempre temerosos que un cambio político determine la pérdida de su posición.

De este modo era como a nuestros estudiantes de medicina y a los jóvenes egresados se les dibujaba una imagen de la realidad y de las posibilidades del ejercicio futuro de su profesión. Cada uno de ellos sentía en su momento que debía tomar una decisión fundamental: o se orientaba a la medicina clínica "práctica", dentro de alguna de las múltiples especialidades que ella ofrece, todas con posibilidades de éxito económico, el cual una vez logrado significa el ascenso social y la posibilidad de figurar en primera línea dentro de los organismos políticos y de gobierno; o tomaba el camino del burócrata, desconectado de los enfermos, sin posibilidades de éxito científico, económico, social, ni político. Fácil es comprender cuál era la decisión de la mayoría, probablemente de los mejor dotados, al decidir en estas circunstancias.

Como consecuencia de este estado de cosas que hemos descrito brevemente, se entiende por qué la inmensa mayoría de médicos que actualmente ejercen su profesión en el país, consideran que no es asunto de su incumbencia el abordar los aspectos sociales de la medicina, ya sea con sus pacientes privados o en los hospitales, y por qué restringen su actividad a la curación de los enfermos, convencidos que los aspectos profilácticos, de rehabilitación, de análisis del grupo familiar y de las condiciones en que trabajan sus enfermos son asuntos de competencia de los médicos funcionarios del Ministerio de Salud Pública.

Esta posición se refuerza aún más cuando el Ministerio organiza su propia Escuela de Salud Pública, sin conexión con la Universidad, con el propósito de formar especialistas en salud pública y personal

auxiliar. Es así como surge el especialista en salud pública y por lo tanto se acentúa aún más el divorcio con los médicos formados de acuerdo al esquema tradicional.

Reforma de los Programas de Enseñanza. En 1962, al organizarse la Facultad de Medicina, se hace un primer esfuerzo para cambiar esta situación, modificándose el curriculum de estudios, de modo que las ciencias psicológicas y las ciencias sociales se empezaron a enseñar por primera vez en varios cursos, en forma escalonada a lo largo de toda la carrera, con el propósito de lograr una integración entre la enseñanza de las ciencias básicas y la clínica, con la enseñanza de las ciencias psicológicas y de las ciencias sociales.

Tres años después, en enero de 1966, con el propósito de evaluar los resultados de la aplicación del nuevo plan de estudios, la Facultad reunió a sus profesores y delegados estudiantiles en un Seminario (9) en el que se analizaron los programas de las diversas cátedras y se puso especial cuidado en determinar el grado de integración real que se había logrado en la enseñanza de las diversas materias, y, especialmente, entre la medicina clínica y la medicina preventiva. Se observó que, si bien formalmente se había progresado hacia la integración cuando se colocó al lado de las cátedras de clínica (médica, quirúrgica, obstétrica o pediátrica) otra cátedra de medicina social para que trabajen coordinadamente, en la práctica, sólo se había logrado que se dictaran estos cursos en forma paralela pero no se obtuvo integración entre ellos, debido a los siguientes factores:

- 1) Cada cátedra obedece a un comando propio, el cual se inspira, en última instancia, en la formación propia de sus profesores, especialmente en la del profesor principal, quienes, estando habituados a pensar y a trabajar dentro del campo que conocen, se sienten inseguros e ineficientes cuando deben enseñar en un campo en el que se sienten ajenos; por esta razón los profesores de los cursos de clínica continuaron enseñando de acuerdo con los moldes tradicionales, y los del departamento de medicina social hicieron lo propio, dictando separadamente sus cursos en aulas de clase, en forma puramente teórica, sin conexión con los pacientes del hospital ni con los profesores de clínica.

- 2) Los recursos físicos de la Facultad no estaban estructurados con un sentido que permita a profesores y alumnos realizar trabajos de campo en forma efectiva. La Facultad no disponía de instalaciones propias, ni adjudicadas, en donde pudiera desarrollar programas de medicina integral. Por estas razones, la enseñanza de la medicina preven-

tiva seguía siendo impartida en forma teórica, en clases magistrales dictadas en aulas, sin vinculación con los centros asistenciales y sin realizar trabajos de campo.

3) Todas las cátedras del Departamento de Medicina Social estaban dirigidas y compuestas por funcionarios del Ministerio de Salud Pública que ocupaban posiciones burocráticas importantes dentro de la administración pública, las que absorbían la mayor parte de su tiempo, de modo que sólo podían dedicar pocas horas a la enseñanza, casi siempre en horarios inconvenientes, que les impedía desarrollar un trabajo coordinado con el de las cátedras de clínica. La Facultad no tenía ningún profesor de medicina social a dedicación exclusiva.

El Seminario de 1966 concluyó su análisis haciendo importantes recomendaciones tendientes a superar los obstáculos que han sido señalados en los párrafos anteriores. Afirmó que "es fundamental que la Facultad de Medicina cambie la orientación de la educación que actualmente imparte, la que es eminentemente informativa, orientándola a la medicina integral", para formar profesionales que tengan "una clara concepción de la medicina integral, con capacidad para continuar su autoeducación y con amplitud de promover el desarrollo de la comunidad, en calidad de dirigentes" dentro de su propia esfera. Se sostuvo también que la integración de la enseñanza de clínica con medicina preventiva es esencial para inculcar a los estudiantes las nuevas concepciones de la medicina comprensiva (9).

En 1966 y 1967 se hizo un gran esfuerzo para integrar a los profesores del campo clínico con los de medicina preventiva, formando equipos mixtos para que aborden en conjunto las tareas de enseñanza; se tomaron disposiciones para que los alumnos guiados por sus profesores realicen trabajos de campo, en dispensarios y otras unidades pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, que dio algunas facilidades para tal objeto. Comenzó a dictarse el curso de Sociología que, conjuntamente con los de Estadística, Higiene, Epidemiología y Medicina Preventiva, integran el Departamento de Medicina Social. Finalmente, se crearon plazas para profesores auxiliares e instructores, a tiempo completo, con el propósito de contar con un plantel propio de profesores que no dependiera del organismo estatal.

Resultados obtenidos con los cambios introducidos. Al comenzar el año lectivo de 1968, el autor de este artículo, a la sazón Decano de esta casa de estudios, hizo un nuevo análisis, llegando a la frustrante conclusión que muy poco se había avanzado. En el lado positivo de-

bemos señalar que ha surgido un interés genuino en el estudiantado y en algunos profesores, por la medicina integral. Se ha entendido, finalmente, que la medicina puramente asistencial pertenece al pasado; el estudio de la sociología y las pocas horas de trabajo de campo efectivo que se realizaron, han motivado fuertemente a los estudiantes, fundamentalmente, y a algunos profesores jóvenes también.

Pero, en el lado negativo hay que mencionar que los tres factores que se señalaron anteriormente, siguen teniendo vigencia. Los equipos mixtos de profesores fracasaron en la práctica, debido a que no lograron desarrollar un trabajo armónico y no bien coordinado. Cada quien continuó enseñando y trabajando de acuerdo con su propio sistema tradicional; los profesores de clínica, refiriéndose sólo a los aspectos de diagnóstico y tratamiento porque son sólo esos aspectos los que les interesan y los que conocen, y los profesores del Departamento de Medicina Social que se sienten extraños y ajenos al trabajo y al ambiente de los hospitales, desertaron del trabajo en equipo pues descubrieron que sus propios alumnos conocían mejor que ellos lo relacionado con las ciencias básicas (fisiología, farmacología, bioquímica, patología) y con la clínica. Finalmente, las plazas creadas para incorporar jóvenes profesionales a la carrera docente, en el campo de la medicina social, quedaron vacantes por no haber postulantes interesados en ocuparlas, actitud que contrasta con lo que sucede cuando se llama a concurso para llenar una plaza en un hospital, circunstancia ésta en la que se presentan decenas de postulantes.

Cuáles serían las medidas para lograr un cambio. Dado que existen causas profundas y de diferente naturaleza, que operan como fuerzas negativas y opuestas al cambio, debemos también proponer soluciones de índole distinta que podrían, en forma esquemática, delinear-se así: a) reeducar a los profesores para modificar sus actitudes; b) cambiar la organización de los centros asistenciales docentes, y c) cerrar la brecha que separa al Ministerio de Salud Pública de las Facultades de Medicina.

a) *Debemos reeducar a nuestros profesores.* Es evidente que no se puede enseñar algo en lo que no se cree o algo que no se comprende. Esta es probablemente la razón por la que, no obstante las declaraciones y buenos propósitos enunciados en los documentos del Seminario, en la práctica, los profesores de clínica hogaño continúan trabajando y enseñando según los mismos modelos de antaño. Varios de ellos honestamente han declarado que no saben como cambiar de actitud y

que requieren se les enseñe los aspectos de medicina social que ellos ignoran. De otro lado, los profesores del Departamento de Medicina Social se resisten a integrarse con los de clínica porque se sienten inseguros por su desconocimiento de los aspectos clínicos, incluso se encuentran fuera de ambiente cuando se les pide abandonar sus oficinas para incorporarse a los hospitales con el propósito de imprimir a estos una nueva orientación.

Este aspecto del problema es especialmente grave cuando se trata de profesores jóvenes de quienes se espera todavía una larga vigencia. Muchos de ellos han realizado su especialización en centros universitarios norteamericanos de reconocido prestigio en donde han sido adiestrados, a la vez que "deformados", desde el punto de vista que aquí estamos discutiendo. Es sabido que, si bien los principios técnicos no varían, según que se actúe en un país de gran desarrollo industrial y científico o en un país no desarrollado, en cambio, la aplicación de los métodos o de las fórmulas no pueden ni deben ser extrapolados. Este es precisamente el pecado original de nuestra organización sanitaria, la que fue creada y desarrollada siguiendo las pautas trazadas por asesores de la Fundación Rockefeller, la cual, como hemos visto, ha determinado el divorcio entre la medicina asistencial y la medicina social en nuestro medio.

Es indispensable, pues, reeducar a los profesores, motivándolos y enseñándoles cómo enseñar medicina integral. Es indispensable también que la propia Facultad borre las fronteras que dividen y aíslan en cátedras independientes, a los profesores de clínica y a los profesores de medicina social. Ambos deberán estar reunidos y agrupados en cátedras únicas de medicina integral responsables por la enseñanza de la medicina comprensiva. Esto no quiere decir que, para fines de investigación o de especialización, no se puedan o no se deban mantener organismos separados para sus propios fines.

b) *Debemos dar una nueva organización a los hospitales, comenzando por los que se utilizan para la enseñanza.* Como la Facultad de Medicina no posee centros asistenciales propios en donde enseñar a sus alumnos, deben hacerlo en hospitales que dependen de organizaciones no universitarias que no siempre entienden las exigencias de la pedagogía médica; la Facultad no tiene posibilidades de influir directamente en su organización. El trabajo hospitalario se desenvuelve exclusivamente con los enfermos, sea que ellos estén hospitalizados o que asistan en forma ambulatoria a los consultorios. En ningún hospital se estudia la familia, el hogar, ni el medio en que trabaja el paciente;

no se hace labor de educación sanitaria ni de prevención. De esta suerte, los estudiantes, a quienes se les ha instruído previamente para que estudien a cada paciente en relación con su ambiente, como una unidad que forma parte de un núcleo: la familia, y que ésta, a su vez, está ubicada dentro de determinada estructura económica y social, ven que lo aprendido teóricamente no se realiza en la práctica y muy pronto caen ellos también en la misma rutina puramente asistencial, como los médicos del hospital en donde están trabajando, y olvidan las recomendaciones integracionistas que recibieron.

De aquí se desprende que, mientras la Facultad no posea su propio hospital docente o, por lo menos, mientras no tenga la posibilidad de orientar y dirigir la organización de los hospitales en los que enseña, de modo que la función de estos coincida con los planteamientos doctrinarios que se han expuesto, todo esfuerzo por lograr un cambio resultará estéril. Una vez que se logre organizar los hospitales docentes sobre un nuevo modelo, este tendrá que ser imitado por los demás hospitales del país. De este modo la reforma académica se traducirá no sólo en una mejor formación de los médicos sino en un mejor servicio hospitalario para beneficio de la comunidad.

c) *Debe procurarse una estrecha coordinación entre la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública.* El principio de la autonomía universitaria, que tan celosamente es conservado por profesores y alumnos, ha engendrado indebidamente una situación de absoluta independencia entre ambas instituciones y una actitud de ignorarse mutuamente. Si bien recientemente se han hecho esfuerzos por ambos lados para superar este estado de cosas, en la práctica, por la falta de un organismo funcional de coordinación, las instituciones de enseñanza médica no han logrado en nuestro país, obtener lo que en otros ya fue alcanzado. Me refiero a que las Facultades de Medicina puedan participar directamente en el trabajo que realiza la institución sanitaria oficial; que ésta les entregue determinados servicios comunales para que sean cubiertos por los profesores en colaboración con los alumnos; que la institución sanitaria oficial tenga mayores oportunidades de participar en la orientación coordinada de los planes de enseñanza para que la cantidad y calidad de médicos, y de otros profesionales de la salud que también son formados en las Escuelas de Obstetricia, Enfermería y Tecnología Médica que dependen de las Facultades de Medicina, guarden concordancia con los requerimientos que se establecerán en los programas de desarrollo planificado de la salud pública.

DISCUSION

La situación que hemos descrito no parece ser singular en el mundo occidental, a juzgar por las opiniones de otros autores tales como Clark (10), Berfenstan (11), Backett (12), Nievas y col. (13) y otros (14). Cabe señalar, que la orientación que se ha dado a la enseñanza y al ejercicio de la medicina en la Unión Soviética, tal como la describe Miranda (15), ofrece marcado contraste.

Clark (10) ha dicho que "los profesores y los estudiantes de medicina, sea que trabajen con pacientes indigentes o con pacientes privados, rara vez sienten responsabilidad por los problemas generales de sus pacientes. En casi todas nuestras instituciones de enseñanza sólo se toma plena responsabilidad por la enfermedad del paciente. "El paciente es visto si viene a la clínica o al hospital, pero es muy raro que el profesor o que el alumno lo visiten en su hogar, que se preocupen por supervisar su salud en general, que tomen medidas de prevención, consideren seriamente como parte de su responsabilidad atender sus problemas familiares, su situación económica, sus relaciones sociales o sus dificultades emocionales". "La educación médica hoy día es vista por el público con dos serias deficiencias: la falla en resolver —y aún en intentar resolver— el problema de brindar los enormes beneficios del conocimiento médico moderno a la población completa y la falla en inculcar a los médicos interés por los problemas personales de sus pacientes".

Berfenstan (11) dice que "en las discusiones concernientes con la preparación de los médicos para su trabajo en la comunidad actualmente se recalca que el estudiante tenga conocimiento en medicina social" y muchas expectativas y esperanzas se depositan en los nuevos departamentos de medicina social de las escuelas de medicina, "pero, cómo, cuándo y por quién se debe enseñar medicina social a los estudiantes?". Una de las más importantes y difíciles funciones que deben realizar estos departamentos es la de catalizadores, influenciando a los profesores de otros campos de la medicina para que los aspectos médico-sociales sean tenidos en cuenta en sus enseñanzas.

La enseñanza de la medicina social no puede darse en un solo curso por un solo profesor, en determinado período. Cuando los conocimientos de medicina social se imparten separados de la enseñanza clínica, aparecen como excesivamente teóricos. "La sincronización de esta enseñanza con la instrucción clínica, en la cual el paciente es el factor central, es una necesidad", "cuando el estudiante está interesado

en un caso como problema clínico, es el momento de introducir los aspectos médico-sociales en forma natural".

Si él ha aprendido a pensar con lógica, cada caso clínico debe hacer surgir en su mente las siguientes preguntas: Qué se pudo haber hecho en el medio social para prevenir que este paciente enfermara? Qué puede hacer la comunidad por este paciente y por su familia durante su enfermedad, económicamente? Qué se puede hacer para rehabilitarlo y readaptarlo en su trabajo en la comunidad?

Por estas consideraciones es que la medicina social debe enseñarse en forma integrada con los temas clínicos y mediante la colaboración de diversos técnicos, como son: enfermeros de salud pública, asistentes sociales, especialistas en rehabilitación, etc.

Backett, (12) sobre la base de los informes enviados a la OMS en una encuesta realizada entre gobiernos, autoridades sanitarias y universitarias, concluye afirmando que la medicina preventiva y curativa están todavía separadas en demasiadas escuelas de medicina y hospitales y que no suele observarse entre los clínicos el enfoque preventivo y social.

Se espera un enorme aumento en el número de médicos en los próximos años, ellos recibirán la influencia de los profesores que han crecido y practicado en países muy adelantados pero a los que falta con frecuencia el enfoque social y profiláctico. Es primordial que esos profesores abandonen sus prejuicios entre los que figura el que la medicina preventiva es en cierto modo sentimental y anticientífica.

Backett (12) distingue claramente entre la asignatura de medicina social y preventiva, tal como se enseña en las escuelas de medicina, y la actitud a modo de enfocar estas cuestiones en la práctica, es decir, en la actitud mental del médico.

Nuestro éxito en la difícil tarea de enseñar a los médicos a ocuparse de los aspectos preventivos y sociales de su trabajo clínico con el mismo entusiasmo que practican su labor curativa puede muy bien depender de la claridad con que pueda apreciarse el problema en cuestión. Backett (12) sugiere que, además de las cátedras de medicina social y preventiva, el personal de los otros departamentos clínicos debe recibir instrucción en métodos de enseñanza, con particular referencia a los aspectos sociales y preventivos a fin de capacitarlos para que, a su vez, puedan inculcar el punto de vista social y preventivo en el dictado de sus respectivas disciplinas. Otro requisito lógico es que gran parte del adiestramiento del alumno debe realizarse de preferencia en la colectividad y no en el hospital.

Finalmente Backett (12) señala que el enfoque de la medicina social y preventiva es diferente en los países no desarrollados que en los desarrollados. En los primeros, se acerca más a los aspectos ortodoxos de la "salud pública e higiene", con énfasis en las enfermedades transmisibles y en el saneamiento. En los segundos, en cambio, se interesa más en las enfermedades crónicas como el cáncer o la bronquitis, la delincuencia juvenil y los accidentes.

Banerji (16), sostiene que es necesario separar los factores esenciales de las ciencias naturales de sus "envolturas socioculturales" con las que nos han sido presentados por los países de gran desarrollo industrial y tecnológico. Estas "envolturas" son diferentes de las "esencias", por lo que los profesores y líderes de los países subdesarrollados están en la obligación de utilizar esas "esencias" pero con nuestras propias "envolturas". Es tradicional copiar al pie de la letra lo que la metrópoli realiza y así vemos que se gastan enormes sumas de dinero en "instalar microscopios electrónicos, bombas de cobalto y riñones artificiales, en lugares en donde miles de vidas se pierden por falta de los más elementales recursos quirúrgicos, por falta de drogas, etc."

Esta misma actitud se reproduce en el campo de la enseñanza de la medicina, en donde se pierde la perspectiva nacional, se olvida lo que es prioritario por el afán de competir en la primera línea de investigación internacional, en problemas que, por su frecuencia o por su naturaleza, son de menor importancia social y con menor proyección en el desarrollo del país. Chowdhury (17) dice que en la India es deprimente hallar médicos brillantes que están muy bien familiarizados con la disgenesia ovárica del síndrome de Turner, o con los últimos conocimientos de la macroglobulinemia de Waldenstrom o con los disturbios del metabolismo de los mucopolisacáridos en el síndrome de Hurler, pero que ignoran los aspectos fundamentales de la lepra, de la filariasis o de las diarreas infecciosas.

Finalmente, hay otro aspecto de la enseñanza integral de la medicina que no puede olvidarse cuando se tiene el propósito de formar médicos como líderes en el desarrollo de la comunidad en que van a actuar. Me refiero al problema de los pueblos en situación intercultural, problema que es especialmente importante —pero que no ha sido atendido debidamente— en países como el Perú, Bolivia, Ecuador, Guatemala y México, para no citar sino a los de mayor población indígena no incorporada a los sistemas de vida occidental. Aguirre Beltrán (18) ha dicho que "salud es parte integrante del fenómeno social y no una variable independiente que pueda considerarse aislada de su contex-

lo"; esta afirmación tiene un sentido cabal cuando contemplamos las ideas y patrones de acción que tienen las comunidades indígenas respecto a la salud y a la medicina y cuando encontramos que es imposible separar esas ideas de los valores morales y creencias religiosas que dan cohesión a esas sociedades o grupos comunitarios.

Lo dicho anteriormente, afirma ese autor (18), "conduce inevitablemente a dar una importancia decisiva a la situación intercultural si hemos de elaborar programas de medicina y de salubridad aceptables para los habitantes de regiones en las que concurren grupos humanos con culturas distintas por lo cual se presentan dificultades que el médico que fue adiestrado siguiendo los moldes tradicionales, no está habituado ni capacitado para resolver.

Incorporar la medicina al contexto intercultural es, pues, una tarea específica y una dimensión propia de las escuelas de medicina de los países que, como el Perú, tienen poblaciones en "situación intercultural".

RESUMEN

Se analiza las razones de orden histórico, de formación de los actuales profesores de medicina y de organización de las estructuras en las que se da enseñanza, las cuales constituyen obstáculos para cambiar la orientación tradicional de la enseñanza médica que aún continúa impartándose en la mayoría de las escuelas de medicina.

Para formar un nuevo tipo de médico que sea capaz de ejercer la medicina integral y actuar como líder de su propia comunidad dentro de su campo específico, en la difícil ruta para alcanzar el desarrollo, se requiere previamente reeducar a los actuales profesores de medicina, cambiar las estructuras de los organismos en los que se imparte enseñanza y procurar una estrecha coordinación entre las universidades y los organismos estatales responsables por la salud pública, y que, por lo tanto, son los que, como empleadores, absorben a la mayoría de los profesionales que forman las escuelas de medicina.

Los pueblos en situación intercultural, demandan ser atendidos por profesionales de la salud que deben ser formados con una filosofía y con métodos diferentes a los que se han empleado tradicionalmente en las escuelas médicas inspiradas en moldes clásicos importados de la metrópoli.

BIBLIOGRAFIA

1. Myrdal, G. *Economic Theory and Underdeveloped Regions*. Duckworth, Londres, 1957.
2. Segundo Seminario de Educación Médica. Orientación de la Enseñanza de la Medicina Integral para el desarrollo del País. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1967, Lima.
3. Candau, M. G. Address by the Director-General of the World Health Organization at the Ceremonial Inaugural Session of the Third World Conference on Medical Education. New Delhi, 1966.
4. Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina. Primera Conferencia de Facultades de Medicina, México, 1957.
5. Informe final del Primer Seminario de Educación Médica, de la Asoc. de Facultades de Medicina del Perú. Paracas, 1964.
6. Resumen y Conclusiones de la Asamblea de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. En "Medicina y Desarrollo Social", Bogotá, 1964.
7. Informe final del Segundo Seminario de Educación Médica de la Asoc. de Facultades de Medicina del Perú. Arequipa, 1965.
8. Informe final del Tercer Seminario de Educación Médica, de la Asoc. de Facultades de Medicina del Perú. Trujillo, 1966.
9. Primer Seminario de Educación Médica. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 1966.
10. Clark, Dean A. Comprehensive Service and Medical Education. In "Trends in Medical Education" Ed. The Commonwealth Fund, New York, 1949.
11. Berfenstan, R. Ways of Contributing to the Education of Medical Students through Social Medicine. In "Preparation of the Physician for General Practice". Public Health Papers Nº 20 Ed. World Health Organization. Geneva, 1963.
12. Formación en Medicina Preventiva y Social. Crónica de la O.M.S. 17 (9): 384-389, 1963.
13. Nieves, Miguel Angel; Troncoso, María del Carmen y Svatetz, Adolfo. La Educación Médica y la Realidad Sanitaria del País. Plan de Enseñanza de la Medicina Preventiva para la Escuela de Medicina de Rosario. IX Congreso Médico Social Panamericano. Lima, 1966.
14. La Formación de Médicos en los Planes de Salud de la América Latina. Informe del Grupo Asesor en Educación Médica, reunido en Washington, D.C. 7-9 de febrero de 1962. Ed. O.S.P.-O.M.S., 1963.
15. Miranda, Mario G. La Educación y Servicios Médicos en la Unión Soviética. Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, 1964.
16. Banerji, Debabar. Social Change and Scientific Advance: Their Relation to Medical Education. Jour. Indian Med. Ass. 1966, 47: 429-434.
17. Chowdhury, A. B. Organization of Medical Education to meet the Changing Needs of Society. Jour Indian Med. Ass. 1966, 47: 448-452.

18. Aguirre Beltrán, Gonzalo. Programas de salud en la situación intercultural. Ed. Instituto Indigenista Interamericano, México, 1955.
19. Medicine and Society. Report of a Seminar held under the auspices of The Indian Association for the Advancement of Medical Education. Bombay, 1966.
20. Hughes, Everett C. Historical and Social Perspective. Third World Conference on Medical Education. New Delhi, 1966.
21. Narain, Barkat. Medical Education and the National Structure. Jour. Indian Med. Ass. 1966, 47: 434-439.
22. Sathe, R. V. Medical Education: Factor in Socio-Economic Development. Jour. Indian Med. Ass. 1966, 47: 427-429.