

LO QUE SE DEBE ESPERAR Y LO QUE SE DEBE EXIGIR EN CENTRO AMERICA DE NUESTRAS ESCUELAS DE MEDICINA*

DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA

Director del Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica

De todas las actividades docentes de cualquier centro universitario bien organizado, es la enseñanza de la medicina la más dispendiosa y la que está obligada por lo tanto, en sus rendimientos, a devolver mayores frutos a la comunidad. Este concepto, que tiene un soporte y una experiencia universales, tiene también aplicación regional en nuestro ambiente universitario de Centro América. Por esta conclusión, eminentemente positivista, nuestras autoridades universitarias tienen la responsabilidad, ya que nuestra docencia universitaria está financiada con medios provenientes en su casi totalidad del Estado, de corresponder al sacrificio económico de la comunidad, y en lo que se refiere a nuestras escuelas de medicina, formar para el beneficio de nuestra sociedad, médicos en una cantidad y de una calidad que corresponda al costo que se invirtió en su formación y a las necesidades sociales que justifican esa inversión.

La enseñanza de la medicina es una actividad docente cara. Aún en medio de la estrechez económica de la vida universitaria centroamericana, nuestras escuelas de medicina tienen una enorme responsabilidad que cumplir y por lo tanto, a ellas se les debe exigir un mínimo de requisitos y de beneficios que deben traducirse también, correlativamente, en un número de condiciones y de facilidades para lograr la correcta y eficiente capacitación profesional de los médicos que forman. Desde luego, este mínimo de condiciones está supeditado a muchos factores, pero el más saliente es el factor económico, que obliga a limitaciones materiales en los laboratorios y humanas en el profesorado.

* Estudio presentado en el Seminario de Educación Médica organizado por la Asociación Médica de Nicaragua, verificado en Managua, del 9 al 12 de agosto de 1956.

Es nuestra obligación vencer esas dificultades, pues la educación médica es cara; la más cara de todas las facultades universitarias. Esta realidad debemos repetirla a veces a grandes voces los que, en una u otra forma, tenemos responsabilidad en ella. Debemos proclamarla en todos los tonos para evitar las críticas, aun dentro de las facultades de la misma universidad, para lograr comprensión y colaboración de los poderes públicos.

Del mismo modo que el proceso mental del diagnóstico tiene dos bases fundamentales, que se conservan inmovibles desde los tiempos de Hipócrates—la observación y el razonamiento—, toda escuela de medicina debe realizar una misión que descansa en tres soportes fundamentales; 1) la formación de médicos; 2) la mejor atención de los enfermos, y 3) contribuir a la investigación científica. En una escuela bien organizada, estos objetivos se entrelazan, se complementan y se desarrollan armoniosamente.

En el proceso de perfeccionamiento de la enseñanza médica hay en este momento en Centro América inquietudes y anhelos de mejoramiento; una prueba inequívoca es el deseo de superación que se manifiesta claramente en los estudios académicos y en las actividades de la profesión médica en general. Este movimiento intelectual de nuestras escuelas de medicina hace esperar que el médico de mañana será más completo y útil a nuestra sociedad que los profesionales que se graduaron ayer. Un reflejo de esta inquietud de mejoramiento de la docencia médica es este Seminario, organizado por la Asociación Médica Nicaragüense, que creo es el primero que se efectúa en Centro América.

Los que por una u otra circunstancia ciudadana o profesional tenemos ingerencia en las instituciones que contribuyen a la forma-

ción intelectual del médico, me refiero específicamente a la docencia universitaria, así como a los recursos hospitalarios—tan importantes como aquélla en el proceso formador del profesional, ya que el hospital influye en modo preponderante en la estructuración del carácter del profesional, en su moral, en su disciplina mental, en su actitud comprensiva hacia el paciente, para que sea verdaderamente humana,—debemos contribuir, en todo lo posible, a fortalecer económicamente nuestras escuelas de medicina, para que ellas logren estructurar y completar todas las disciplinas docentes dentro de métodos objetivos y prácticos, que son los que caracterizan, en definitiva, la enseñanza médica moderna. La enseñanza de enormes grupos estudiantiles por medio de conferencias, que pueden ser amenas e instructivas, pero que no se gravan siempre en el cerebro estudiantil, es un procedimiento de enseñanza fácil y hasta cierto punto barato. Este sistema, que ha caracterizado a muchas escuelas de medicina en la América Latina, debe ser reemplazado por la enseñanza objetiva de pequeños grupos y, de ser posible, que se imparta individualmente al estudiante. Este procedimiento es caro, determina considerables gastos, pero es garantía de eficiencia docente.

La orientación práctica de la enseñanza en nuestras escuelas de medicina así estructurada, debe ser un proceso dinámico y flexible que permita ajustar sus funciones a las necesidades y requerimientos sociales de cada una de las colectividades en las cuales va a trabajar el futuro médico.

Estas necesidades las determinan el tiempo y el progreso, que siguen pautas que no solamente fija el desenvolvimiento científico del momento, local o universal, sino que también están regidas por la evolución social y política de nuestros países. Los fenómenos sociales en evolución permanente tienen necesariamente que determinar cambios en la orientación mental del médico, en el modo de ejercer su práctica profesional, y afecta no solamente a los profesionales de hoy, sino que va a modificar especialmente la actitud

del médico del futuro, en sus relaciones con la comunidad. Estos cambios se están sucediendo en Centro América a pasos agigantados, por el implantamiento de los Seguros Sociales que comienzan, como etapa inicial, a bosquejar en el panorama médico del futuro la estructuración institucional de lo que se ha llamado régimen de seguridad social y en el cual deben entrelazarse, de una manera muy armoniosa, la higiene que previene, la medicina que cura y la rehabilitación que reacondiciona las posibilidades físicas o mentales del individuo para que, lejos de convertirse en una carga, se reincorpore a la sociedad como elemento positivo de la misma.

En materia de educación médica, no se deben ni se pueden trasplantar de una manera mecánica, sin la prudente adaptación a nuestros climas cultural y económico, planes educativos exóticos al nivel de nuestras posibilidades. Pero, sin embargo, sí se debe exigir a nuestras escuelas de medicina, como un principio axiomático, que la docencia sea objetiva y práctica. Es muy consolador y estimulante ver que en Centro América las escuelas de medicina están haciendo esfuerzos para adaptar las recomendaciones establecidas en reuniones de expertos internacionales de educación médica, que ha patrocinado la Organización Mundial de la Salud, entre ellas, las del Primer Congreso Internacional de Educación Médica, que se verificó en el año 1953 en Londres. Sus memorias, por recoger la experiencia de grandes maestros, deben ser el vademécum de todos los que nos interesamos por la correcta formación del médico, que debe apoyarse en un triángulo: intelectual, moral y sociológico, así como en las exigencias sociales contemporáneas que ya tienen carácter universal.

En este proceso de perfeccionamiento de la actividad universitaria—ya que todo lo que se estanca se corrompe—los consejos de profesores de nuestras escuelas de medicina deben hacer, periódicamente, el balance del rendimiento docente, para evaluar los resultados obtenidos por la escuela de medi-

cina, en sus relaciones y responsabilidades con la sociedad, como institución que enseña, que investiga y que sirva, sobre todo, a la comunidad que la sostiene.

En la preparación humanística que debe preceder a todo conocimiento médico, nuestras escuelas deben inculcar en los jóvenes graduados conocimientos precisos sobre las tradiciones de nuestra profesión médica, para que el médico joven respete, se inspire y admire a muchos de los varones ejemplares que, con su sacrificio profesional, actuando en un medio de grandes privaciones, echaron las bases fundamentales de nuestras instituciones médico-sanitarias nacionales. La mayor parte de nuestros jóvenes universitarios salen de la escuela ignorando esas tradiciones. Casi podría afirmar sin equivocarme, que el joven guatemalteco ignora lo que significó y realizó en su país Juan J. Ortega, lo que Alvarez y Palomo hicieron en El Salvador; Alonzo Suazo y Muñoz Hernández, en Honduras; lo que De Bayle y Martínez, en Nicaragua, y Carlos Durán y Juan J. Ulloa, en Costa Rica. Consolidando en el médico el culto y el respeto de esas tradiciones, contribuiremos al afianzamiento de nuestras propias nacionalidades, y con los principios de la técnica verdaderamente científica para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención bien inculcados, colaboraremos a formar un médico más humano, más útil socialmente hablando y que no caiga en eso que algunos educadores médicos, con bastante razón, han designado el nihilismo de la profesión médica.

Aparte de los conocimientos básicos, cuyas asignaturas deben fortalecerse equipando mejor los laboratorios, debe procurarse personal que dedique más tiempo y sus energías a la docencia. En las asignaturas clínicas debemos aprovechar los escasos recursos docentes disponibles para centrar la atención del estudiante en el mejor conocimiento de las cosas esenciales e importantes, evitando los detalles que, lejos de ilustrarle, le confunden y agotan, sobre todo en el campo de las especialidades. Los recursos mentales del estudiante deben emplearse en

el análisis de los grandes complejos médico-sociales, que debemos solucionar en nuestros países centroamericanos. Debemos relacionar la enseñanza de la clínica con las condiciones deplorables en que se incuban la patología de nuestro medio hospitalario. Debemos familiarizar al estudiante con la angustia y el temor de la inseguridad económica de las clases desvalidas, que tanto influye en el desencadenamiento psicossomático de las enfermedades funcionales. Debemos familiarizar también al estudiante con las condiciones desfavorables de trabajo de las clases laborantes; con los importantísimos factores determinantes de enfermedad, especialmente de los cuadros patológicos más frecuentes de nuestras masas campesinas, que se presentan a la consideración y análisis del médico en nuestros hospitales, como son las dos causas fundamentales de la patología en Centro América (por lo menos las que se refieren a Costa Rica): los cuadros nutricionales y el desgaste orgánico producido por las parasitosis intestinales, ya que, a Dios gracias, como resultado de la mejor conquista de la sanidad tropical merced a los insecticidas modernos, la malaria dejó de ser el enemigo capital, el problema sanitario número uno de nuestras colectividades, y el cuadro más frecuente en la nosología de nuestros hospitales generales.

Para poder esperar de nuestras escuelas de medicina esa enseñanza objetiva, que forme médicos verdaderamente prácticos, profesionales con un bagaje científico que les permita aprovechar los recursos de la medicina moderna que tanto necesitan las instituciones sanitarias y asistenciales, nuestras escuelas deben completar sus instalaciones, laboratorios y el equipo humano de la docencia. Con estos elementos lograremos graduar médicos con una buena preparación general para las instituciones hospitalarias y, sobre todo, para llenar los servicios que demandan las zonas campesinas de nuestros países centroamericanos, que son cabalmente en donde escasea y es más deficiente la atención médica.

Para lograr este médico práctico y efi-

ciente, verdaderamente útil, nuestras escuelas médicas no deben graduar al estudiante que no haya logrado la experiencia y la destreza profesional que da el año de internado en hospitales generales, debidamente calificados, que posean un personal que, cumpliendo labores hospitalarias, esté conectado con la docencia universitaria y que pueda supervisar la práctica clínica. Los que tenemos experiencia como directores de hospitales, hemos palpado la deficiente desenvolvatura, la verdadera limitación de su profesión como practicantes generales, cuando el recién graduado, sin la experiencia fundamental del internado hospitalario, se lanza al ejercicio profesional en las zonas rurales, donde el médico no puede conseguir la guía y el consejo de colegas experimentados. Esa deplorable situación es más extensa e intensa, por tener comprobación diaria en lo que se refiere a la obstetricia y a la pediatría, las más urgentes e imposterables de las necesidades asistenciales de nuestros campesinos.

Palpando esas lamentables situaciones, se llega a la conclusión perentoria y definitiva que nuestras escuelas de medicina no deben diplomar al que no haya cursado el internado hospitalario. Además, por la responsabilidad que les incumbe en los nombramientos respectivos, las autoridades sanitarias oficiales no deben tampoco destacar, enviando al campo, a jóvenes profesionales que no hayan obtenido la destreza mínima que da el internado hospitalario. Este período importante de la docencia médica es capital. En él debe predominar el objetivo vocacional que inculca al estudiante la manera de aplicar conocimientos en la práctica de su profesión, y le permite aprender a conocer el fondo social de los enfermos, tomando la responsabilidad inicial de las órdenes hospitalarias corrientes, y adquirir, bajo el amparo intelectual y la guía experimentada de otros profesionales ya maduros, la rapidez y la elasticidad mental necesarias para hacer frente a las emergencias que pueden surgir en cualquier enfermo. Por todas las consideraciones anteriores, el año reglamentario

de internado hospitalario debe ser requisito *sine qua non* de graduación en nuestras escuelas de medicina centroamericanas.

Los expertos en educación médica, para llamar la atención sobre la importancia del internado, afirman que la enseñanza académica que es puramente educacional, debe completarse con el cúmulo de experiencia que brinda la práctica hospitalaria, que ellos llaman enseñanza vocacional. La primera da a los estudiantes los conocimientos necesarios para continuar perfeccionándose a lo largo de toda la carrera, en el curso de la vida, y la segunda suministra el dominio de los procedimientos de aplicación práctica e inmediata en el ejercicio de la profesión. Ambos objetivos o finalidades son necesarios para la formación integral de un médico verdaderamente práctico.

Por fortuna las escuelas de medicina centroamericanas no adolecen del serio problema de la plétora estudiantil que sufren muchísimas otras escuelas de América Latina. Por lo tanto, para limitar la admisión, nuestras escuelas no tienen los problemas relacionados con la selección de estudiantes, y el número reducido de nuestra matrícula universitaria hace que en el medio centroamericano el conflicto de selección se limite más que a la tarea de selección, a la de eliminar aquellos individuos que, por su educación secundaria deficiente o por sus condiciones mentales o físicas, son inadecuados para soportar después el rudo peso de los estudios médicos, anuncio verdadero de la realidad profesional, pues la medicina es profesión de sacrificio.

Como compensación social del costo de la docencia médica, nuestras escuelas de medicina deben corresponder, dando a nuestros países el número suficiente de profesionales para atender con propiedad y eficiencia las actividades que demandan las instituciones médico-sanitarias, cuyos servicios reclaman cada día de modo más imperioso, nuestros grupos sociales.

Se deduce pues, de esto, que una misión fundamental de nuestras escuelas de medicina en Centro América, corolario de las finalidades de la salubridad pública y asis-

tencia social de nuestros gobiernos, es la de producir ese número de médicos que pueda darle a nuestros países un verdadero servicio de salud. En este término van implícitos la prevención, el tratamiento y la recuperación, tal como lo pide la Organización Mundial de la Salud. Tales servicios deben brindarse de modo fácil, rápido y eficiente, y estar al alcance de la economía de todas nuestras clases sociales. Estas exigencias del buen servicio médico, me hacen recordar las que pedía el renombrado jurista español don Angel Osorio para la administración de la justicia. Las tendencias, mejor dicho, las exigencias médicas contemporáneas de países de mayor madurez social, comienzan a manifestarse en nuestro medio centroamericano.

El número de médicos que nuestras escuelas de medicina deben graduar anualmente para justificar económicamente su costo, debe estar subordinado a clases bien organizadas, de un mínimo de cuarenta estudiantes. Sólo así puede esperarse que el rendimiento universitario proporcione los médicos requeridos por el crecimiento acelerado de nuestra población, y que llene, a su vez, el déficit profesional existente y que todos los días palpamos los que desempeñamos funciones directivas en instituciones sanitarias y hospitalarias.

Aplicando deducciones estadísticas universales y analizando la duración de la vida activa del médico en nuestros países, la siguiente conclusión es pertinente para Costa Rica. Para los próximos 25 años, de acuerdo con el crecimiento de la población y siempre con base de un médico por cada 1.500 habitantes, las necesidades de médicos serán las siguientes:

Años	Número de médicos que debe haber
1960	743
1965	875
1970	1.028
1975	1.209
1980	1.428

De acuerdo con las cifras anteriores, para los próximos 25 años necesitamos, aparte del número necesario para saldar el déficit ac-

tual de profesionales, 31 médicos al año para ir cubriendo las necesidades del crecimiento anual de la población. Por otra parte, estudios estadísticos internacionales han puesto en evidencia que el promedio de vida profesional activa del médico es de 33 años, de donde se deduce que el número de médicos sufre una disminución anual del tres por ciento por muerte, retiro y otras causas. Esta última circunstancia es importante y debe tomarse en cuenta para agregar esa disminución al número de médicos necesarios para el crecimiento anual de la población.

Analizando el Anuario de las Naciones Unidas, publicado en 1955, en la Sección de Estadísticas Sociales, vemos que, por el momento, sería un desideratum factible de conseguir dentro de los próximos 10 años, el disponer en Centro América de un médico por cada 1.500 habitantes, número que es apenas prudente para alcanzar el equilibrio social que debe haber en la ecuación médico-comunidad, es decir, una relación entre el número que corresponda a la capacidad económica de la comunidad para retribuir al profesional y a las necesidades médico-sociales (sanitarias y hospitalarias) que sean compatibles con el rendimiento de trabajo, racional y humano, que debe dar todo médico que tenga un concepto social del servicio que debe dispensar a la comunidad en que vive. Según la publicación mencionada, un médico para la atención de cada 1.500 habitantes, es un coeficiente médico-sanitario medio, entre las disponibilidades profesionales de los países del Continente Americano, cuyos extremos son los Estados Unidos, con un médico por cada 776 habitantes, y Haití con uno por cada 11.687 (véase el cuadro).

Según ese coeficiente, prudente para la satisfacción de nuestras necesidades médico-sanitarias y posible también dentro de la capacidad económica de nuestros países centroamericanos, Nicaragua tiene un déficit médico de 281 profesionales, Costa Rica, 291; Panamá, 353; Honduras, 840; El Salvador, 1.083; y Guatemala, 1.602. Si, por ejemplo, se calcula que en Costa Rica el

NUMERO DE MEDICOS EN LAS
REPUBLICAS AMERICANAS*

Países	Número de médicos	Número de habitantes por médico
Estados Unidos de América	209.211	776
Canadá	16.031	948
Cuba	5.600	1.037
Uruguay	2.231	1.132
Argentina	13.600	1.378
Chile	3.450	1.869
Venezuela	2.939	1.907
Nicaragua	520	2.312
México	11.522	2.504
Costa Rica	319	2.868
Colombia	4.212	2.940
Paraguay	507	3.018
Brasil	17.364	3.288
Panamá	238	3.723
Ecuador	900	3.963
Bolivia	795	3.977
Perú	1.964	4.691
República Dominicana	492	4.972
Guatemala	497	6.336
El Salvador	332	6.391
Honduras	232	6.931
Haití	300	11.687

* Tomado del *Anuario Estadístico*, Naciones Unidas, 1955.

número de médicos en ejercicio en el año 1960 sea de 400, hay que calcular el tres por ciento de disminución por las causas que hemos señalado, es decir 12 médicos más, y agregarlos a los 31 que requerirían las necesidades anuales por el crecimiento de la población, lo cual nos daría la cifra de 43 médicos como nuevas necesidades anuales para dicha fecha.

Por lo tanto, el rendimiento de nuestras escuelas en Centro América, no sólo debe tener en cuenta ese enorme déficit de profesionales, al determinar el número anual de graduados, sino también la duración del período activo de la vida del médico en nuestro medio centroamericano.

Por la índole de nuestros estudios universitarios hemos dado a las actuaciones profesionales, a lo largo de 30 años de actividad, orientación francamente sanitaria; ellas han reafirmado el convencimiento de que el médico del futuro debe tener una estructuración

de sus conocimientos y de su mentalidad que aleje la tendencia individualista que hasta la fecha ha seguido, en la mayoría de las veces, el ejercicio de la práctica médica en los países centroamericanos, y que debe ejercerse con una preocupación que tenga relación o función social. Por estos antecedentes pedimos perdón por la tendencia enfática y rotunda que nos lleva a esperar, mejor dicho, a solicitar se exija a nuestras escuelas de medicina esa orientación francamente social en la formación de los médicos centroamericanos.

Universalmente estas orientaciones preocupan en el momento a la mayor parte de los educadores médicos. Para afianzar esa filosofía y despertar inquietudes afines en el profesorado médico de la América Latina, la Organización Mundial de la Salud, por medio de su dependencia regional, la Oficina Sanitaria Panamericana, ha realizado recientemente dos Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva en nuestras Escuelas de Medicina Latinoamericanas: uno que tuvo lugar en octubre de 1955 en Chile, y al cual asistieron educadores de las escuelas del sector austral de Sur América, y otro verificado en el pasado mes de abril, en Tehuacán, para las Escuelas de México, Centro América, el Caribe y Colombia. Tuvimos la oportunidad de asistir al último, del cual obtuvimos enseñanzas preciosas, que no terminaremos de alabar.

De las conclusiones de dicho Seminario presentamos, destacándolos, algunos conceptos definidos, aceptados en la reunión de Tehuacán y que debe servir para orientar el conjunto de toda la enseñanza médica y especialmente la de la Medicina Preventiva. Nuestras escuelas de medicina deben esforzarse, a través de esa importante cátedra, y siguiendo esa filosofía de sentido social que debe tener el médico, en modificar los métodos tradicionales de enseñanza, cuyos frutos fueron la formación de médicos individualistas, sin concepto armónico integral de las funciones de la prevención y la curación. Es de justicia reconocer que nuestra enseñanza tradicional se decidió desde hace ya años por

esta orientación en algunas materias que tienen gran vinculación social, como la obstetricia y la pediatría, inculcando en la mente de sus jóvenes graduados la significación social de ese binomio, el más agradecido y prometedor de nuestros afanes profesionales, la madre y el niño.

De acuerdo con ese modo de pensar, el Seminario de Tehuacán señaló que, "a lo largo de todos los estudios universitarios, la docencia médica debe facilitar al estudiante la adquisición de conocimientos básicos y de técnicas disponibles y de ayudarle a formarse, mediante esfuerzo propio, los hábitos, la actitud y la habilidad que lo capacitan para:

"a) Asumir responsabilidad práctica por la salud del hombre, individual y colectivamente, de acuerdo con las bases científicas y las normas éticas de la profesión;

"b) Identificar, tratar y prevenir las enfermedades y mantener y promover la salud física y mental de los individuos, la familia y la comunidad;

"c) Conocer y colaborar en la solución de los problemas de su medio social;

"d) Formarse una conciencia profesional que lo lleve a proceder con la misma eficiencia y la misma actitud humanitaria con todo paciente, sin discriminación alguna.

"e) Desarrollar el deseo de superación médica, manteniéndose continuamente informado de los adelantos de su profesión y contribuyendo al progreso de la medicina."

De todas las asignaturas del curriculum

médico, una de las que más puede contribuir a despertar este espíritu en el estudiante es la enseñanza de la medicina preventiva, la cual debe darle la oportunidad de adquirir los conceptos y métodos de atención integral del individuo y de su familia, ayudándole a alcanzar, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Esta norma de enseñanza, que se inspira en una nueva y verdadera filosofía, lleva a crear en el futuro médico la conciencia de la función social de su profesión, interesándolo en todas las actividades colectivas relacionadas con la salud, y que, desde luego, desde los bancos universitarios aprenda a crear la armonía que debe haber en las relaciones de todo médico con las autoridades sanitarias que cumplen cabalmente su función social o estatal.

Bajo estos auspicios nuestras escuelas de medicina llenarán el cometido que la sociedad espera de ellas, como una retribución de su mantenimiento y sostén económico, y contribuirán decididamente al mejor desarrollo y bienestar social de todos y cada uno de nuestros países de Centro América, así como a la formación, no sólo de médicos verdaderamente prácticos y a tono con el espíritu universal del momento, sino también de celosos y vigilantes ciudadanos, de valores humanos verdaderamente útiles y ejemplares.