

La «academización» del primer nivel de atención

Liz Hamui-Sutton¹ y José Halabe-Cherem^{2*}

¹Facultad de Medicina, UNAM, México; ²Editor asociado, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F., México

La educación médica transcurre en un campo complejo donde confluyen las escuelas y facultades de medicina con el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los médicos que atienden a los pacientes en las clínicas y hospitales al mismo tiempo fungen como profesores de los alumnos de pregrado y posgrado, combinando sus actividades asistenciales con las académicas, lo que implica una tensión más o menos resuelta en la práctica diaria. De esta manera, en algunos hospitales se privilegia la enseñanza y en otros, la labor asistencial. Los médicos en formación deben cumplir con un programa académico prescrito por la universidad que deviene en un programa operativo cuando es compatibilizado con las tareas y ritmos de la dinámica hospitalaria. Se planean clases teóricas, rotaciones en los distintos servicios, sesiones generales y específicas, y los estudiantes se incorporan al orden jerárquico de la clínica desarrollando el aprendizaje situado.

Uno de los problemas ampliamente identificados es la disparidad de las actividades clínicas y la enseñanza en las sedes. Por lo general, el segundo y el tercer nivel de atención, que corresponden a espacios hospitalarios, cuentan con infraestructura y profesores de distintas especialidades médicas que transmiten sus conocimientos a los estudiantes de pregrado y posgrado. Para los estudiantes de pregrado, estar en los hospitales constituye una experiencia valiosa, aunque lo que aprenden se enfoca más a la medicina de especialidad que a la general. Sus rotaciones en el primer nivel de atención son restringidas, en el quinto

semestre del tercer año realizan ahí cursos propedéuticos durante cuatro meses y después rara vez regresan a estos espacios clínicos hasta el servicio social.

Uno de los argumentos para continuar con esta tradición es que los hospitales disponen de estructuras educativas más desarrolladas que fomentan la enseñanza y el aprendizaje en los distintos servicios especializados con los que cuentan; además, tienen una jefatura de enseñanza que coordina las actividades académicas de profesores y estudiantes.

La mayoría de médicos generales que se titulan cada año avalados por alguna de las más de 100 escuelas o facultades de medicina del país no tendrá acceso a las especializaciones médicas en los hospitales de segundo y tercer nivel. Aproximadamente una cuarta parte de los médicos que presentan el Examen Nacional de Admisión a las Residencias Médicas (ENARM) obtiene una plaza para realizar una residencia, lo que significa que la mayoría ejercerán, o no, como médicos generales en sus consultorios, en las farmacias, en instituciones privadas, etc. El reto está en preparar a estos médicos, que atenderán en el primer nivel de atención, para que desarrollen competencias adecuadas a la atención primaria. Esto no sucede en la actualidad, pues son entrenados en hospitales de especialidades, y es ahí a donde aspiran a formarse y desempeñarse como médicos.

El primer nivel de atención del SNS está compuesto por clínicas en donde lo que predomina es la consulta externa. Ahí se atiende el 80% de las afecciones de los pacientes; sólo un porcentaje menor es referido a los hospitales de segundo y tercer nivel. Los

Correspondencia:

*José Halabe-Cherem

Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI
Bloque B, Avda. Cuauhtémoc, 330
Col. Doctores, C.P. 06725, México, D.F., México
E-mail: jhalabe@hotmail.com

motivos de consulta muestran una gran diversidad de etiologías, lo que implica la práctica cotidiana de diagnosticar y tratar variedades insospechadas de padecimientos. Los médicos generales y familiares atienden en las clínicas con una agenda saturada: por ejemplo, es común que tengan programadas hasta 30 consultas diarias en un turno de 8 h. Su tiempo está completamente ocupado en las tareas asistenciales, lo que no deja espacio para las actividades académicas o de investigación. En ocasiones, tampoco se cuenta con instancias educativas para fomentar la enseñanza y atender a los estudiantes. El primer nivel de atención está limitado por la excesiva burocratización que proviene de los criterios administrativos de eficiencia impuestos por las autoridades del sistema.

La cuestión es que, por un lado, se titulan al año miles de médicos generales que no se incorporan al sistema por falta de un título de especialista y, por otro, el primer nivel de atención carece de incentivos para desarrollar actividades académicas y de investigación que lo conviertan en un espacio propicio para la formación de médicos generales. Para solucionar esta tensión, la propuesta de los autores considera dos componentes:

- Normar los espacios educativos en la clínica para lograr que la mayoría del tiempo considerado en la licenciatura de medicina (pregrado) durante los ciclos clínicos los estudiantes realicen sus clases y prácticas en el primer nivel de atención, pues la mayoría de ellos se desempeñarán como profesionales de la salud en ese ámbito, por lo que necesitan desarrollar las actividades profesionales confiables de un médico general. Los espacios hospitalarios donde se ejercen las especialidades médicas serán espacios educativos para los estudiantes de posgrado (médicos residentes), pues lo que ahí aprendan estará asociado a su quehacer como especialistas.
- «Academizar» el primer nivel de atención para recibir a los miles de estudiantes de pregrado y convertirlo en un ámbito propicio para el proceso educativo, con el fin de que se formen en las labores

asistenciales, pero también que amplíen sus conocimientos científicos aplicándolos y desarrollando proyectos de investigación. Para ello, los médicos/profesores tendrán que disponer de tiempo para dedicarse a la enseñanza y comprometerse con el aprendizaje de los estudiantes. La capacitación docente y la transformación de la infraestructura educativa de cada clínica son premisas necesarias para el logro de este objetivo.

El fortalecimiento académico del primer nivel de atención para responder a las necesidades educativas de los estudiantes de pregrado no es inmediato ni se puede hacer por decreto; se requiere un periodo de transición, probablemente de entre uno y dos años, para una preparación docente y planeación que consideren las disposiciones del sistema y de la clínica en particular, desde arriba y desde abajo. Se precisan también recursos económicos para rediseñar la organización de las clínicas de primer nivel, reasignando los tiempos y funciones del personal de salud, con el fin de propiciar ambientes clínicos de aprendizaje, en donde los estudiantes de pregrado desarrollen actividades confiables para ejercer su profesión como médicos generales. Se requiere además planeación para no saturar de alumnos los campos clínicos, independientemente de la escuela de procedencia, por lo que hay que calcular el número adecuado de estudiantes con el fin de que todos encuentren oportunidades de aprendizaje en la práctica. El reto es grande e implica muchos cambios sistémicos que coadyuvarían a la mejora académica de quienes cursan la carrera de medicina. Esta propuesta tiende a la revaloración de la medicina general y a una mejor preparación profesional para ejercer la medicina en el primer nivel de atención. Además elimina la saturación de los hospitales de segundo y tercer nivel, que se constituirían como espacios para aprender las especialidades médicas. Hay mucho por hacer, y la responsabilidad del gremio médico incluye la formación de profesionales competentes capaces de afrontar el desafío de otorgar servicios de salud excelentes a la población.