

Una más amplia currícula médica, calidad por ganar

Luis Guillermo Ibarra

El doctor Luis Guillermo Ibarra aborda las grandes perspectivas de la medicina que requieren especial atención: las discapacidades – junto con secuelas de menor grado social–, y la necesidad de estructurar formas de comprensión de este fenómeno, resultado del aumento en la esperanza de vida. Asimismo, fundamenta la importancia de educar al médico con una cabal conciencia de este problema.

Médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene especialización en Medicina de Rehabilitación en el Hospital Infantil de México. De 1971 a 1980 y de 1982 a 1984 fue director general de Rehabilitación del Hospital de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; de 1963 a 1985, se desempeñó como jefe del departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Infantil de México. Fue director general del Centro Nacional de Rehabilitación de la SSA. En la actualidad, se desempeña como director General del Instituto Nacional de Ortopedia de la Secretaría de Salud y como profesor de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

La rehabilitación en la práctica médica

Me dedico a problemas de rehabilitación, a problemas que ahora se llaman de discapacidad, un problema de salud pública, un problema social que se está incrementando y que seguramente va a ser un problema fundamental de salud pública no muy avanzado el siglo XXI. ¿Qué es lo que representa esto? Representa la evolución y los retos propios de la medicina, que se han acelerado enormemente durante los últimos años, en especial durante el siglo que está por terminar.

En un principio, todo el historial de la medicina, y su enfoque iba dirigido a curar las enfermedades, y a salvar la vida humana. Esto se ha cumplido en una forma extraordinaria con la aplicación de los avances médicos y los grandes descubrimientos. Precisamen-

te, a partir de los antibióticos y de los avances en cirugía se ha podido salvar la vida humana de enfermedades que hace algunas décadas eran mortales. Ahora ya no son mortales. Los avances médicos permiten salvar la vida humana y prolongar la vida.

Respecto a los problemas de tipo infeccioso, se encuentra entre ellos infecciones del sistema nervioso central que causan la muerte, encefalitis, meningitis; o problemas de tipo traumático que oscilan desde machacamiento hasta pérdida de un miembro; o bien los problemas degenerativos de tipo tumoral donde cada día más médicos con nuevas técnicas quirúrgicas prolongan la vida; y más tarde, una serie de recursos médicos que han permitido disminuir enormemente la mortalidad infantil, se consigue, al final, como llevar nuestro promedio de vida a un nivel más

alto que a principios de siglo. Podemos decir que nuestro promedio entonces era de 30, 32 años, y ahora es de 74.

Todo ello da como producto que, ahora, el ser humano sufra consecuencias, es decir, los órganos dañados quedan con deterioros, quedan secuelas de diferente magnitud. Esto la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo ha encuadrado en tres condiciones:

La primera: deficiencias. Nuestras deficiencias se presentan como comunes. Quizá la más habitual es la deficiencia visual, pensemos en todos los millones de personas que tienen que utilizar anteojos, lentes de contacto. De esas personas algunas tienen deficiencias visuales muy severas, otras ligeras.

Existen también miles o millones con deficiencia auditiva, millones de personas con deficiencias músculo-esqueléticas o con desviaciones de la columna, con problema de desgaste en sus articulaciones, con problema de acortamiento de extremidades; deficiencias también de carácter respiratorio, de carácter endocrino, de aparato digestivo, etc. Son deficiencias que tiene el sujeto. Las personas no están con

su funcionamiento, ni con sus órganos en condiciones normales. Cuando la secuela tiene un grado mayor, entonces la Organización Mundial de la Salud la denomina, impedimento, que sería la segunda. Esa secuela, esa deficiencia ya no solamente está presente, sino que le impide al sujeto alguna función. A lo mejor le impide la lectura del periódico, no solamente tiene que usar lentes, sino que aún con lentes ya no puede leer el periódico.

Quizá la deficiencia auditiva no solamente le impide escuchar la conversación normal, sino que le impide la comunicación con una deficiencia del aparato locomotor; a lo mejor le impide caminar, o la deficiencia de tipo cardiovascular, le impide subir escaleras o hacer esfuerzos; entonces se convierte en un impedimento.

Cuando ese impedimento ligado con las condiciones del medio ambiente convierte al sujeto en dependiente de los demás, entonces le ocasiona una discapacidad.

Entonces, en el mundo tenemos a personas sanas y un alto número de personas con deficiencias que son millones y millones; otros muchos millones de personas con impedimentos y determinado porcentaje de personas con discapacidad que la Organización Mundial de la Salud, así en términos generales, estima en un 10 por ciento de la población. Pero no estamos tomando en cuenta a las personas con deficiencias, que no sabemos cuántas son, las personas con impedimentos.

Algunos muestreos nos llevan a más del 50 por ciento de la población. El 10 por ciento de personas con discapacidad representan

en el fondo 600 millones de personas con discapacidad. En México calcular esta discapacidad nos lleva a considerar a millones de personas con este padecimiento. A ello hay que sumarle las que tienen impedimento y las que tienen deficiencias, que no sabemos.

Este proceso de deterioro de los órganos y de las funciones del cuerpo humano va en incremento, los porcentajes van en incremento, ¿por qué? No es un fenómeno que vaya a desaparecer o que vaya a dis-





Foto: Rogelio Ramírez

minuir; no, al contrario, va en aumento. Los países desarrollados tienen más problemas de discapacidad que los países subdesarrollados, porque los subdesarrollados al tener más mortalidad tienen menos personas que sobreviven con secuelas. Los países desarrollados al tener mayores recursos logran salvar más vidas; tienen una esperanza de vida más amplia y tienen más personas con discapacidades.

El fenómeno va en aumento porque las causas que lo originan son crecientes: sigue mejorando la medicina para curar enfermedades pero no para evitar las secuelas; sigue aumentando la esperanza de vida, así que a mayor vida, obligadamente, más deterioro y más problemas de discapacidad. Se han incrementado otros fenómenos que conllevan a este tipo de problemas como es la industrialización y la mecanización que ocasionan más accidentes. La mortalidad infantil también sigue descendiendo.

Entonces, nos enfrentamos a un mundo con una nueva problemática en salud que requiere nuevos enfoques de la medicina; estos enfoques se tienen que dar en nuevos ámbitos: en la enseñanza y en el ejercicio en sí: tener en cuenta que, en conjunto, la organización y funcionamiento de hospitales en su mayoría se planean, construyen y funcionan para atender pa-

cientes agudos, y resulta que no son necesariamente para pacientes agudos. En este sentido, en lo que se refiere al ámbito hospitalario, debe considerarse que no es lo mismo dar una consulta a un paciente que con dos o tres citas se va a curar, que atender a una persona que de por vida va a requerir atención médica. La organización de los hospitales tendrá que cambiar, tendrá que considerar el número creciente de pacientes, que demandarán atención médica de por vida.

Se requieren características particulares, de las cuales no existen sistemas para establecerse. Se requiere también enfrentar un problema con un enfoque más orientado de la investigación científica, de la investigación médica. Durante muchos años los médicos se sintieron frustrados ante la existencia de todo tipo de secuelas. Les llegaron a llamar enfermedades incurables, porque ahí expresaban su incapacidad y su frustración; y se llegó al extremo de estructurar hospitales para enfermos incurables. Entonces, se dio por sentado que el ciego estaba ciego y estaba en imposibilidades de ver; y que el sordo estaba sordo y no volvería a oír jamás. Ahora ya no es así, existen opciones alternativas. Si una persona queda ciega hay opciones de sustitución sensorial para que, por medio de otras vías, pueda tener percepción visual.

La medicina está haciendo avances en otros sentidos para resolver otros problemas; está en pleno proceso de investigación la regeneración del sistema nervioso central, durante años se pensó que no era regenerable, así me lo dijeron hace años en la escuela de medicina, y ahora resulta que sí hay regeneración del sistema nervioso central. Ya se están estudiando diversos medios para hacerlo. De tal manera que aquel pensamiento médico de lo incurable, de las secuelas permanentes ha cambiado.

Hubo cierta actitud de los médicos que al sentirse impotentes para resolver el problema de ciegos, se los entregaron a los maestros de escuela y entonces los maestros de escuela fueron los que se encargaron de rehabilitar a los ciegos, y así cuestiones por el estilo.

En muchas ocasiones los pacientes se organizaron en grupos para resolver sus problemas porque los médicos no se ocupaban de ellos. Esto, sin duda trae un cambio en la relación médico-paciente.

Conocí médicos que decían: "Usted no tiene remedio, su enfermedad es incurable, váyase, no tiene remedio ¡qué Dios lo bendiga!" Ahora es diferente,

porque el médico tiene que buscar una alternativa de solución. Tuvo un cambio de actitud. Que se relaciona con la práctica cotidiana de la relación médico-paciente. No es lo mismo atender a un paciente, darle una receta y que se vaya, que manejar el tratamiento con un paciente crónico.

Un médico que escucha

Actualmente, el médico está obligado a escuchar al paciente; a dar soluciones, a orientar al paciente y a sus familiares. Con esto me refiero al imprescindible cambio en la relación médico-paciente. Debe ser más amplia. Quizá se regrese al origen de una relación médico-paciente más estrecha con el paciente y con la familia; ser de nuevo, casi el consejero; regresar en cierta forma a esa relación hermosísima del médico con su paciente, con la familia del paciente y con la comunidad.

La alta especialización

Una más específica especialización ya está ocurriendo. Posee dos vertientes en mi campo: una, el desarrollo de una especialidad llamada medicina de rehabilitación, con reconocimiento universitario, que se inició en la Secretaría de Salud y que se ha extendido al ISSSTE, al IMSS, al DIF, al punto que ahora cubre toda la República Mexicana. Existen especialistas en medicina rehabilitacional en todo el país que abarcan los distintos campos de los problemas relacionados con discapacidad, ya sea para su prevención o para su rehabilitación.

Por otro lado, quiero subrayar la necesidad de que los especialistas en diversas ramas incursionen en aspectos de rehabilitación; que los médicos generales y especialistas, tengan la obligación de conocer las posibilidades de rehabilitación de los pacientes y orientarlos.


En 1976 incorporamos la propuesta a un reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos,

expedido por lo que era la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ahí señalábamos obligaciones de padres de familia, maestros de escuelas y, especialmente de médicos, para identificar, para detectar los problemas de discapacidad oportunamente y orientar y canalizar a los pacientes a las instituciones del sector salud, principalmente gubernamentales, para establecer acciones oportunas de carácter preventivo, a fin de evitar que el problema de discapacidad se agrave y afecte al núcleo familiar y a la comunidad.

La rehabilitación, necesaria en la currícula universitaria

Es imperativo que el gremio médico, en conjunto, entienda más los problemas de discapacidad. Aquí, el problema que no hemos podido resolver es gravísimo, y es el de las escuelas de medicina: no enseñan rehabilitación. Asunto trágico. No podemos pedir al médico que ponga en práctica algo que no le enseñaron, que tenga una conciencia clara del problema de discapacidad. Comenzando por la Facultad de Medicina de la UNAM, no enseñan rehabilitación.

Seguiremos insistiendo para que la rehabilitación se incorpore a la currícula en las escuelas de medicina. Es un problema fundamental. Hay que conocer de la importancia de incluir esta propuesta en el plan de estudios de las escuelas de medicina.

La rehabilitación se enseña en muchas escuelas del mundo menos en México. Se enseña en las facultades de medicina de América Latina, en Colombia, en Venezuela, en Argentina, en Uruguay, en Chile; excepto en México. Tenemos que insistir para incorporar al plan actual de estudios los temas de rehabilitación y discapacidad con objeto de que los médicos con una mayor conciencia del problema y con información acerca de servicios que existen en el país, puedan recomendar a los pacientes una atención oportuna. 

Tenemos que insistir para incorporar al plan actual de estudios los temas de rehabilitación y discapacidad con objeto de que los médico con una mayor conciencia del problema y con información acerca de servicios que existen en el país, puedan recomendar a los pacientes una atención oportuna.