

LA FORMACION DE MEDICOS EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE QUITO

Dr. Rodrigo Yépez *

I. INTRODUCCION

En este artículo se recoge algunos elementos de los cambios introducidos en la formación de médicos en Quito durante los últimos quince años.

Los aspectos revisados se relacionan con el libre ingreso y la masificación de la educación superior; la reorganización estructural interna del sistema educativo; los cambios en el plan de estudios, la organización y crecimiento en el internado rotativo; la ejecución del plan nacional de medicatura rural y la formalización a nivel universitario de la educación de los graduados.

Es necesario destacar que los cambios educacionales se produjeron en el contexto de un sistema de atención médica en el cual coexisten por lo menos tres formas de prestación de servicios, de ubicación preferentemente urbana y que dan cobertura a un 43 por ciento de la población.

a) La asistencial o de beneficencia destinada principalmente a la población marginada del proceso productivo (Ministerio de Salud).

b) La de Seguridad Social que da cobertura a obreros y empleados públicos y privados (IESS); y

c) La atención médica privada, de carácter empresarial, que atiende a estratos socio-económicos más altos.

Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional generaron sus propios servicios de atención médica.

En razón del desarrollo de los servicios según un modelo que privilegia la atención a la salud con una dimensión unilateral de alcance esencialmente biológica, surgió en los últimos tiempos una corriente que propugnó la inclusión de los componentes psicológicos y social en el quehacer médico, buscando sentar bases para la investigación e interpretación integral de la problemática de salud, para la misma organización de los servicios y para la docencia en el pregrado y en el postgrado.

II. EL CRECIMIENTO DE LA MATRICULA

Una de las circunstancias que mayor impacto tuvo sobre la educación médica fue el rápido crecimiento del número de candidatos a ingresar a la Escuela de Medicina. Desde 1969, está vigente en el Ecuador el libre ingreso a las Universidades y en consecuencia, la población de estudiantes de Medicina aumentó en forma muy notoria.

Solamente en la Escuela de Medicina de Quito, el número de matriculados para el Primer Año durante el último quinquenio alcanzó la cifra de 6.560 bachilleres según puede apreciarse a continuación:

| AÑO LECTIVO: | No. MATRICULADOS |
|--------------|------------------|
| 75 - 76 | 906 |
| 76 - 77 | 1067 |
| 77 - 78 | 1360 |
| 78 - 79 | 1607 |
| 79 - 80 | 1620 |

Así mismo, el número de Escuelas Médicas del país se duplicó, de tres que existían a comienzos de los años 60, a seis que existen actualmente.

Como es bien sabido, el incremento de la

* Director de la Escuela de Medicina

matrícula estudiantil no fue ni es un fenómeno exclusivo del Ecuador. En América Latina el número de alumnos de Medicina aumentó de 90 mil a 160 mil entre 1967 y 1972 y el número de escuelas pasaron de 100 en 1970 a 170 en 1976. Aún así los nuevos 160 mil profesionales hacen que la tasa de médicos suba apenas de 7 a 8 médicos por diez mil habitantes.

Por otra parte, en nuestro país, el porcentaje de niños de 5 a 14 años que asistían a la escuela primaria aumentó de 52 por ciento en 1960 a 62 por ciento en 1972.

El fenómeno fue igualmente marcado en la educación secundaria: de un 8.5 por ciento de jóvenes de 13 a 18 años que asistían al colegio en 1960, el porcentaje subió a 12.3 en 1972.

En la educación superior, el número de alumnos matriculados fue de 9361 en 1960 frente a 43.743 en 1972, dándonos una tasa de crecimiento de 13.7 por ciento.

En todo caso, preocupa el hecho de que el recurso médico que se está formando se desarrolle para satisfacer la demanda de una población de los estratos socio-económicos medios y altos de los principales centros urbanos lo que da como resultado el fenómeno muy bien conocido de la distribución geográfica de los médicos, divorciada de las necesidades de salud de la mayoría de la población.

III. LA REORGANIZACION ESTRUCTURAL

Una cierta reorganización estructural de las escuelas médicas se canalizó alrededor de 1965 mediante la reunión de cátedras aisladas en unidades más grandes: los Departamentos, procurando articular áreas afines del conocimiento y tratando de evitar la dispersión y duplicación de los recursos. En ocasiones el sistema adquirió cierta flexibilidad y se fue consolidando la idea del Departamento como unidad coordinadora y centralizadora de esfuerzos y propósitos.

Diez Departamentos constituyen la Escuela

de Medicina en el nivel de pregrado:

1. Dpto. de Morfología
2. Dpto. de Ciencias Fisiológicas
3. Dpto. de Patología
4. Dpto. de Salud Pública
5. Dpto. de Siquiatría
6. Dpto. de Medicina Interna
7. Dpto. de Cirugía
8. Dpto. de Pediatría
9. Dpto. de Gineco-Obstetricia
10. Dpto. de Internado

La estructura Departamental generó un franco y mutuo aislamiento de las "ciencias básicas" y de las "ciencias clínicas" y de cada "Departamento" por separado. Prevalció en la enseñanza un enfoque unilateral que privilegia la dimensión biológica, el escenario intrahospitalario y el interés principal en el "individuo enfermo".

Predominó el aprendizaje pasivo, teorizante, meramente repetitivo y escasamente creativo.

EL PRIMER AÑO:

Su estructura y organización han variado dependiendo de la prevalencia en el nivel supraestructural de uno u otro de los siguientes criterios:

- 1.— Debe ser un año para nivelar los conocimientos de los bachilleres en materias de la educación media consideradas básicas para el estudio de la Medicina (Biología, Química, Física, Matemáticas).
- 2.— Debe ser un año para ofrecer a los bachilleres una oportunidad para conocer y analizar los problemas generales del mundo, de la América Latina y el Ecuador y los problemas particulares de salud.
- 3.— Debe ser un año en el que debe enseñarse esencialmente materias de la profesión respondiendo así al interés del alumno que quiere hacerse médico y "evitándole pérdida de tiempo con otros temas".

4.- Debe ser un año en que se haga de manera balanceada lo primero y lo segundo.

5.- Debe ser un año en que se haga lo primero, lo segundo y lo tercero.

Es evidente que no siempre primó uno de los criterios en forma nítida y en consecuencia, la mixtificación de unos y otros creó a menudo situaciones conflictivas y desorientadoras para el estudiante, los docentes y la propia Escuela.

Los demás años de la carrera médica, del segundo al sexto han estado sujetos a modificaciones varias:

a) La enseñanza y aprendizaje de la **Morfología** ha sufrido el impacto de las sucesivas reorganizaciones del primer año y del incremento de estudiantes sin que el número de docentes y los recursos tradicionales de enseñanza (material de morgue) se hayan incrementado correlativamente, creando también en este nivel situaciones difíciles que no se lograrán superar a menos que se introduzcan cambios radicales en la estructura del proceso educativo, con la creación de unidades operativas diferenciadas e independientes de la estructura original y el estímulo de nuevas técnicas educativas que presupongan una mayor responsabilidad del docente en la programación y un papel más activo de los alumnos en su propia formación.

b) **Las Ciencias Fisiológicas y la Patología** han acusado algún desarrollo relativo. Con la dotación de recursos humanos (profesorado a medio tiempo y tiempo completo), de espacios físicos y de un relativo equipamiento para laboratorios, se ha facilitado un cierto impulso a la producción de conocimientos que recogidos en forma de textos, guías y manuales, representan un aporte a la formación de los nuevos médicos. Sin embargo, su aislamiento de las Ciencias Morfológicas y de las Ciencias Clínicas ha sido notable. Su desarrollo aparente se ha alcanzado a expensas de cualquier

esfuerzo integrador, deviniendo en el fortalecimiento de las "cátedras". El enclaustramiento que ésto representa no revela otra cosa que la evolución históricamente tardía de estas disciplinas en nuestro medio. Este es un aspecto que se trata de superar a pesar de las contingencias inherentes a la situación global.

- c) **El estudio de la Medicina Interna y la Cirugía** se ha dividido progresivamente en un número cada vez mayor de asignaturas, en correspondencia con el desarrollo de las especialidades y subespecialidades en la práctica médica; esta parcelación del conocimiento, unida a una franca insuficiencia de los recursos hospitalarios tradicionalmente utilizados para la enseñanza clínico-quirúrgica, ha llevado a considerar que la calidad del médico está sufriendo un deterioro; sin embargo, hay quienes discrepan de esta apreciación sosteniendo que, dentro de ciertos límites, la revisión del papel del profesor en el proceso docente, el uso creciente de servicios de salud no hospitalarios para la enseñanza, la incorporación de nuevas técnicas educativas y la integración de la enseñanza, permitirán no sólo mantener sino incrementar la calidad del médico general, a pesar del crecimiento en el número de alumnos.
- d) El estudio de **la Pediatría y la Gineco-Obstetricia** está ubicado en el sexto año de la carrera, compartiendo el tiempo y el interés del alumno con algunas de las especialidades quirúrgicas. El número de horas asignadas en el plan de estudios para estas disciplinas es francamente escaso, como lo son también los recursos de que disponen. Las acciones docentes en estas áreas han estado siempre orientadas a lograr consenso en la comunidad universitaria acerca de la importancia del binomio madre-niño y de la necesidad del incremento de horas para la enseñanza teórico-práctica. Pediatría y Gineco-Obstetricia han sido disciplinas en las cuales se han impulsado acciones extramurales que lamentablemente no han alcanzado la permanencia que se hubiera

deseado. Existe manifiesto interés por aprovechar los recursos de la Medicina extramural, por coordinar los programas en forma vertical en los años previos de la carrera y por desarrollar las acciones conjuntas para la promoción de la salud y la educación a la comunidad.

- e) Los Departamentos de **Siquiatría y Salud Pública**, acusan el mayor crecimiento relativo durante el período que estamos analizando, denotando el interés que se ha generado al interior de la escuela médica por los aspectos de la Salud Mental y de la Medicina Preventiva y Social. A pesar de ello, son todavía áreas deficitarias cuyo desarrollo requiere ingentes esfuerzos, no solamente a nivel de las estructuras universitarias, sino primordialmente en términos de la definición de una política integral de salud que vaya a la par con decisiones económicas que favorezcan el crecimiento de los servicios y la ejecución de programas de fomento, prevención y de educación a nivel de postgrado.

IV. LOS CAMBIOS DEL PLAN DE ESTUDIOS

En Enero de 1978 se presentó un plan de reforma académica para la Escuela de Medicina de Quito que incluyó básicamente tres elementos:

DESARROLLO DE UNIDADES CURRICULARES QUE PERMITAN LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE CON UNA DIMENSION INTERDISCIPLINARIA BIOLÓGICA/ SICOLOGICA Y SOCIAL, SUPERANDO LA SEPARACION ARTIFICIAL ENTRE CIENCIAS BASICAS Y CLINICAS.

REFORMULACION DEL PROCESO FORMATIVO A TRAVES DE LA INTEGRACION DE LA TEORIA Y DE LAS TECNICAS PARA EL ANALISIS Y RESOLUCION DE PROBLEMAS CONCRETOS LIGADOS A LA REALIDAD DEL PAIS.

PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ESTUDIANTES EN LA PRODUCCION DE ACCIONES

DE SALUD Y EN LA TRANSFORMACION DE CONCIENCIA DE LA POBLACION.

Las Unidades Curriculares propuestas fueron seis y a través de ellas se aspira poner en práctica los postulados enunciados:

- 1.— Salud y Sociedad
- 2.— Morfofunción
- 3.— Patología
- 4.— Médico—Quirúrgica
- 5.— Salud Mental
- 6.— Materno—Infantil

Los dos primeros elementos del plan de reforma (interdisciplinariedad e integración) están siendo analizados en el momento presente y están aplicándose ya en algunos niveles; la confrontación de ideas que esto presupone llevará a la resolución de la contradicción "cambio/estabilidad" en las etapas subsiguientes del proceso,

El tercer elemento del plan de reforma recogió una serie de planteamientos y experiencias previas que apuntaron con mayor o menor intensidad al objetivo fundamental de alcanzar la participación activa del estudiante de medicina en el proceso de producción de acciones de salud, con miras a la organización de la población en torno a tal objetivo. En este sentido se destaca el proyecto de externado para desarrollarse en consultas de pacientes ambulatorios con estudiantes pregraduados en los últimos cursos.

Los programas de Internado Rotativo y Medicina Rural son experiencias concretas que enriquecen el acervo de ideas del cambio propuesto.

V. EL INTERNADO ROTATIVO

Según este programa iniciado en 1964, el alumno de la Escuela de Medicina que termina su sexto año de estudios debe hacer una rotación hospitalaria por cinco áreas, en un período total de 12 meses, sujetos a turnos de trabajo según las necesidades de las instituciones de servicio y a obligaciones académicas señaladas por el Departamento de Internado de la Facultad.

Las áreas de rotación son las siguientes: Me-

dicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco—Obstetricia y Prerural.

Las actividades en las cuatro primeras áreas se cumplen de preferencia en hospitales generales de carácter docente, situados en las capitales provinciales (hospitales base). El ciclo pre—rural corresponde a una rotación de diez semanas de duración que se efectúa en unidades hospitalarias pequeñas, ubicadas por lo general en cantones que se conectan, a veces geográficamente, pero siempre administrativamente, con un hospital base.

La realización satisfactoria del trabajo asistencial y la aprobación de pruebas de evaluación de conocimientos y destrezas suministradas por el respectivo Departamento de la Facultad, habilitan al alumno para alcanzar el título de Doctor en Medicina y Cirugía.

La fase de formación académica de los internos está bajo la responsabilidad de Profesores/Instructores quienes obtienen su cargo después de un concurso de merecimientos y oposición convocado por la Facultad. Por lo general las vacantes de Instructores en un hospital son llenadas por médicos de la propia institución; cuando ésto no sucede, las actividades académicas sufren menoscabo.

La expansión de la población estudiantil de la Escuela de Medicina de Quito determinó que para el año de 1978 la promoción de Internos alcance a 500 alumnos, cifra 9 veces mayor que aquella con la cual se dio iniciación al internado en 1964.

Simultáneamente el número de hospitales calificados como docentes para el internado creció de cinco hospitales en 1964 (ubicadas en Quito) a cincuenta y dos hospitales en 1977, ubicados en otras tantas ciudades y cantones de siete provincias del país.

La utilización de alumnos del último año de la carrera médica para la extensión de la cobertura de servicios ha proporcionado tentadoras alterna-

tivas al sector gubernamental para disminuir sus gastos de operación y ha ofrecido a la Escuela Médica la ocasión de brindar a sus alumnos una oportunidad para una práctica parcialmente supervisada.

VI. LA MEDICATURA RURAL

En 1970 el Gobierno Ecuatoriano decidió iniciar su Programa Nacional de Medicatura Rural. Este proyecto había venido siendo auspiciado por el sector universitario durante toda la década de los años 60, aún antes de la creación del Ministerio de Salud (1967).

La Ley respectiva dispone que el alumno que termine el año de Internado y que recibe la investidura de Doctor en Medicina y Cirugía, debe realizar un año de servicio médico rural obligatorio como requisito previo al libre ejercicio de su profesión.

El crecimiento cuantitativo del programa ha sido muy grande: en 1972 se pusieron en funcionamiento 64 subcentros de salud; tres años más tarde se contó con 246. Para 1977 el número de subcentros alcanzó a 453.

El médico rural está obligado a trabajar 40 horas semanales.

Con el salario mensual que devenga, debe procurarse alimentación y movilización para él y su familia y en muchos casos vivienda.

Como actividad dirigida a incrementar la cobertura de atención médica, el Programa de Medicatura Rural es un instrumento ciertamente importante. Desde luego, las acciones solamente pudieron lograrse contando con el aporte correlativo de recursos humanos, a expensas del incremento de la matrícula universitaria de los años precedentes.

La Facultad mantiene en su estructura el Departamento de Internado y Medicatura Rural; en la práctica es exclusivamente un Departamento de Internado; la aspiración universitaria de que

el año de ejercicio médico en el área rural se constituía en el primer nivel de la educación del graduado, considerándole como "residencia médica rural" con finalidades de conciencia e investigación — a más del servicio— quedó hasta ahora como tal.

VII. LA EDUCACION DEL GRADUADO

La educación del graduado no fue de responsabilidad de la Escuela de Medicina sino hasta 1970.

Muchos factores concurren para institucionalizar a nivel universitario la formación de los médicos graduados en distintas áreas específicas de la Medicina:

- 1.— El crecimiento de la población y la consiguiente multiplicación de los problemas de la salud, obligaba a prever la formación de profesionales especialmente calificados para contribuir a resolverlos.
- 2.— Era necesario por otra parte, contribuir a elevar de modo inmediato los estándares de atención en los servicios.
- 3.— Elevar los niveles académicos del pregrado a impulsar el desarrollo de la investigación a fin de alcanzar el mayor y mejor conocimiento posibles acerca de la realidad nacional, fueron otros propósitos.
- 4.— A todo lo anterior se sumaba la necesidad de disminuir, si no evitar, la emigración de médicos que año tras año abandonaban el país con finalidades de formación.
- 5.— La especialización de los profesionales para el desarrollo de los servicios y ampliación de la docencia en ciudades no universitarias fue también otro objetivo; y
- 6.— Por fin, era necesario regularizar los mecanismos de ingreso y permanencia de los médicos en las posiciones de residente hospitalario.

La Facultad de Medicina había creado el Departamento de "Internado Medicina Rural y Graduados" cuando realizó su reestructuración en la década de los 60.

La ulterior separación de esta unidad académico-administrativa en los Departamentos de Internado y Medicatura Rural por un lado, y en el Departamento de Graduados, por otro, sentó las bases para el desarrollo de programas de postgraduación.

Efectivamente, en 1967 se establecieron los principios en que se fundamentó la política de educación del graduado a nivel universitario estableciéndose una incipiente estructura que apuntaba hacia el desarrollo de:

- 1.— Cursos de especialización conducentes a la obtención de un título universitario de especialistas;
- 2.— Residencias hospitalarias con régimen docente; y
- 3.— Programas de educación continuada con tres formas:
 - a) educación en servicio;
 - b) cursos de actualización; y
 - c) cursos de perfeccionamiento

Antes de este cambio, la formación de los médicos en el postgrado fue diferente:

En las primeras décadas del siglo, los médicos alcanzaron su especialización en países europeos: Francia, Inglaterra, Alemania, España y con posterioridad en los Estados Unidos de América.

Más tarde, la educación de los graduados asumió dos formas predominantes: a) La concurrencia asidua y prolongada a un servicio de la especialidad; y, b) el auto aprendizaje mediante revisión de la bibliografía especializada.

A estas dos formas deben añadirse: la eventual concurrencia a cursillos de corta duración en el país o fuera de él y la asistencia no programada

a sesiones académicas intrahospitalarias.

De esta manera, el médico graduado en la Escuela de Quito, después de un período variable, pero por lo general no menor de dos años, alcanzaba un status y un cierto reconocimiento del grupo profesional de la especialidad como miembro del gremio; esta calidad era legitimizada tiempo más tarde con el ingreso a la Sociedad Científica de la Especialidad, ingreso condicionado, casi siempre, a la presentación de un trabajo de investigación.

De este modo a las Sociedades de Especialidades les tocó asumir el papel de instituciones legitimadoras del conocimiento y destrezas alcanzados por un médico en la respectiva área; a esta función se sumaron disposiciones legales emanadas de la Federación Nacional de Médicos por virtud de las cuales se reconoció el carácter de especialistas "para fines de concurso" al profesional que exhibiera un mínimo de cinco años de trabajo en un servicio de la especialidad como tal.

En 1970 se dio iniciación al programa de formación de especialistas en Quito con el sistema mixto de "curso-residencia hospitalaria" bajo régimen universitario. La acción conjunta de la Universidad Central del Ecuador, el Ministerio de Salud y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la labor coordinadora de la Asociación de Facultades de Medicina del país, hicieron posible la realización de este propósito.

La evaluación muy general de las primeras experiencias permite establecer varias limitaciones y deficiencias que quedan por superar:

- a) Falta de continuidad que asegure contar simultáneamente con alumnos residentes de primero, segundo y tercer años;
- b) Mejor organización de las actividades de carácter extra-hospitalario, las que deben valorarse en su real importancia, en la medida en que abren una interesante perspectiva para el análisis tridimensional, vale decir bio-sico-

social de los problemas de la salud;

- c) Mayor énfasis en la coordinación con los niveles del pregrado, con participación activa y consistente de los profesores y alumnos del postgrado y la participación de los profesores de pregrado en la docencia de postgrado.
- d) Planificación sistemática de las actividades de investigación; y
- e) Constitución de la Escuela de Graduados.

La utilización efectiva de los profesionales especializados, tanto en la estructura de los servicios como para la docencia, a niveles local y nacional, son aspectos que deberán merecer la más ponderada atención por parte de los directivos correspondientes.