

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOXIMILCO

DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

EL INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO COMO ELEMENTO QUE REFUERZA LA PRACTICA
MEDICA DOMINANTE EN MEXICO

T
53

N.S.
35256
TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL, PRESENTADA POR:

ORALIA NAJERA MEDINA

1985

Asesores: Dr. Héctor Hernández Llamas

Dr. Héctor Salazar Holguín

Manifiesto mi más sincero agradecimiento por su
valiosa colaboración en la realización de este trabajo, a las siguientes-
personas:

Dora Cardaci

Fernando de León

Inés Sánchez

INDICE GENERAL

Página

<u>Capítulo I.</u> Consideraciones Introdutorias sobre los Antecedentes y Abordaje Metodológico de la Presente Investigación	1
1. Definición y Justificación del Problema de Investigación	1
2. Antecedentes	3
3. Abordaje del Problema de Estudio	4
La Encuesta 1978 sobre el IRP en México	7
<u>Capítulo II.</u> Algunas Reflexiones Acerca del Contexto en el que Surge el IRP	13
1. Consideraciones Generales	13
2. Contexto Histórico en el que se Incorpora al IRP en la Educación Médica en América Latina	19
3. El Desarrollo de los Servicios de Salud en el Ambito del IRP	28
4. Del Surgimiento del Internado a la Formación del IRP en México	41
<u>Capítulo III.</u> El IRP Visto desde la Perspectiva de los Internos	52
1. Sitios de Trabajo y Actividades de los Internos	52
2. Resultados sobre las Actividades Teóricas de los internos	57
3. Grado de Participación de los Internos en la Hospitalización y la Consulta Externa en los Servicios de	

Especialización del IRP -----	63
4. Resultados sobre Responsabilidad de los Internos en el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades --	73
5. Percepción de los Internos sobre Posibilidades de - Prevención y Origen Social de las Enfermedades ----	75
6. Percepción de los Internos sobre su Preparación en- el Internado -----	81
<u>Capítulo IV.</u> Consideraciones Finales -----	87
Bibliografía Citada -----	91
Anexo I -----	95

CAPITULO I

CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS SOBRE LOS ANTECEDENTES Y ABORDAJE METODOLOGICO DE LA PRESENTE INVESTIGACION

1. Definición y Justificación del Problema de Investigación.

Cuando se nos presentó la oportunidad de poder contar con el material empírico de la encuesta realizada en 1978 por J. Frenk, H. Hernández y L. Alvarez, sobre Internado Rotatorio de Pregrado para la elaboración de esta investigación, iniciamos el abordaje del IRP, vislumbrándolo como un problema que debía de ser pensado desde las universidades, por tratarse de una fase de la formación del médico, por lo tanto, relacionado con las actividades educativas. Desafortunadamente es sabido que las instituciones educativas se desvinculan prácticamente de esta actividad, siendo las instituciones de salud las que dan cuenta de los internos. Es por eso que continuamos trabajando esta problemática desde el punto de vista de la universidad, porque al fin de cuenta son las universidades las directamente interesadas en los cambios curriculares de la carrera.

Al IRP se le ha asignado la función de desarrollar las destrezas y habilidades de los futuros médicos, siendo esta fase del adiestramiento un recurso que pretende subsanar las graves deficiencias de la educación médica en México y América Latina. Sin embargo, el IRP ha sido considerado como uno de los puntos de mayor conflicto del plan de estudios, principalmente por: el enfoque predominante de especialidad, su desvinculación con las necesidades de salud de la población mayoritaria, el soslayo de la comunidad como ámbito de aprendizaje, el divorcio entre teoría y práctica, la -

desvinculación entre docencia y asistencia, la sobrepoblación estudiantil e improvisación de profesores, y además las condiciones laborales en que se desarrolla el internado.

Teniendo presente la problemática antes enunciada y en base a la percepción individual de lo que representa el IRP en México, sustentada por la experiencia previa como interna de pregrado, nos planteamos el abordaje de la siguiente tesis, con la idea de someterla a consideración:

- I. La etapa del internado rotatorio de pregrado se encuentra desvinculada de los objetivos que guían al programa de formación de los médicos, pues las funciones del interno así como las actividades que desempeñan están determinadas predominantemente por la estructura de la asistencia médica. Es decir, las condiciones y requerimientos de fuerza de trabajo deciden las experiencias de formación por las que pasan los internos.

Para poder abordar el problema nos fijamos los siguientes objetivos:

1. Lograr un conocimiento preciso sobre las características del internado rotatorio de pregrado en México y una explicación de los factores que la determinan.
2. Identificar las funciones que cumple el internado rotatorio de pregrado dentro de los sistemas asistencial y educativo.

Para lograr esto, era necesario ubicar el contexto social en el que surge el IRP.

El abordaje del IRP como objeto de estudio reviste importancia en virtud del papel que juega dentro del proceso educativo y dentro de la prestación de servicios médicos; además ha significado el período de incorporación al gremio y su iniciación en las pautas de conducta dictaminadas por el grupo profesional. También ha representado junto con el servicio social un período de empleo seguro en las instituciones de salud.

El IRP definido como período de transición entre la condición de estudiante y la de médico, no ha estado exento de conflictos que se han expresado en el surgimiento de movimientos de reivindicación laboral y académica que han afectado tanto a las instituciones de salud como a las educativas.

Por todo lo expresado hasta aquí, se funda nuestro deseo de poder abordar esta investigación, para ver si a través de la opinión de los propios internos, podemos llegar a algunas conclusiones en torno de la tesis de investigación.

2. Antecedentes.

Generalmente el abordaje del internado rotatorio de pregrado como objeto de estudio ha sido desde una perspectiva cuantitativa. Es decir, se cuenta con cifras sobre el número de internos, el número de profesores, las instituciones y los establecimientos asistenciales donde se realiza el internado. Se cuenta con los trabajos de Güemez, sobre la historia del internado antes de su oficialidad, así como otro tipo de estudios que ubican al internado rotatorio dentro de las luchas de los trabajadores de la salud como son los escritos de Rodríguez Ajenjo.

Sin duda una de las importantes investigaciones con las que se cuenta en la actualidad es la realizada por J. Frenk, H. Hernández y L. Álvarez de la cual formó parte el material empírico recogido en 1978 y que también aquí se utiliza. Los autores se propusieron un análisis del IRP desde una perspectiva doble: tanto en su dimensión sincrónica, por medio de la encuesta, como en su perspectiva diacrónica, a través de la interpretación de documentos que integren un testimonio longitudinal. Bajo la perspectiva del análisis histórico del origen y evaluación del internado en México, los autores tuvieron una producción que ha sido muy valiosa en la elaboración de nuestro trabajo, nos estamos refiriendo a: "Análisis Histórico del Internado Rotatorio de Pregrado en México" y "El Mercado de Trabajo Médico". En cuanto a la Perspectiva Sincrónica de la investigación sobre el IRI, J. Frenk ha analizado la información de las encuestas, con el objetivo de estudiar las preferencias de carrera entre los internos de pregrado, y las perspectivas económicas originadas por la percepción del trabajo médico de los internos.

3. Abordaje del Problema de Estudio.

Al iniciar nuestro trabajo se procuró que, simultáneamente que se revisaba la encuesta de 1978 para seleccionar las preguntas del cuestionario que pudieran ayudar a sustentar nuestra tesis, se comenzó a pensar en el marco conveniente para poder abordar el tema de IRP en México. Esto nos ubicó en el problema de ver al IRP desde dos perspectivas: una a través de la universidad y otra desde el punto de vista de las instituciones de salud. De tal manera que se elaboró un capítulo que titulamos "Algunas -

Reflexiones acerca del Contexto en el que surge el IRP", el cual comprendió cuatro apartados: uno de Aspectos Generales, otro sobre el Contexto Histórico en el que se Incorpora el IRP a la Educación Médica en América Latina, un tercero sobre el Desarrollo de los Servicios de Salud en el Ambito del IRP (donde hicimos referencia a las instituciones del IMSS, ISSSTE y SSA por ser los principales receptores de internos), para terminar con, El Surgimiento del Internado y la Formación del IRP en México.

El último apartado de este capítulo fue muy importante en la elaboración de esta tesis, pues encontramos a través del documento de Rodríguez M. "Argumentos Para Crear un Programa Formal de Internados y Residentes en la República Mexicana", que de algún modo está demostrado que el interno es concebido como mano de obra barata. Por eso consideramos que esta parte fue de mucha utilidad para discutir los resultados que emergieron del análisis de algunas preguntas de la encuesta de 1978 y que están plasmadas en el Capítulo III: El IRP Visto Desde la Perspectiva de los Internos; esto es, fue muy importante para discutir la tesis manejada por nosotros.

Del total de preguntas contenidas en el cuestionario, se seleccionaron aquellas que los autores identificaban para cada escuela como los tipos de actividades realizadas por los internos, las condiciones de supervisión y responsabilidad bajo la cual los internos realizaban su trabajo, así como las percepciones que tenían en cuanto a su formación. Con estos criterios se encontraron 16 preguntas, con las que se inició un procesamiento sencillo de la información, pero a medida que se trabajaba con ellas y debido a dificultades en cuanto que algunas encuestas no contemplaron esas preguntas, terminamos por quedarnos con 12 de ellas (Ver Anexo 1),

para la discusión de esta tesis.

De las preguntas consideradas en el cuestionario de 1978 en la presente investigación hemos seleccionado aquellas que en primer lugar nos ubicaban en las actividades y los sitios donde el interno pasaba su mayor tiempo, para posteriormente analizar cada una de las actividades en las que había participado más tiempo; así fue como incluimos los apartados de "Actividades Teóricas", "Hospitalización y Consulta Externa en los Servicios de Especialización del IRP".

El objetivo de seleccionar las preguntas sobre responsabilidad en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, fue para tratar de evidenciar el grado de abandono que son objeto (o que pueden ser objeto) los internos en sus actividades prácticas.

De antemano estábamos seguros del abandono que existe de los aspectos sociales de la enfermedad, así como de las medidas preventivas, puesto que el internado está orientado a la especialización de la formación médica. Sin embargo, deseamos conocer cuál era la visión del interno sobre esta problemática con respecto a los casos enfrentados en su año de servicio; para que con este dato empírico de la percepción del interno pudiéramos mostrar por un lado, que el alumno es capaz de identificar esta problemática, y por el otro (ampliamente conocido), que la mayoría de las enfermedades que se padecen en nuestro país son de origen social y pueden ser prevenibles.

El apartado sobre Percepción sobre la Formación Académica, se seleccionó con el deseo de conocer las necesidades académicas de los alumnos que cubre el internado, según su propia apreciación.

Los datos que obtuvimos de la encuesta fueron trabajados en base a los grupos conformados por las facultades o escuelas de medicina y no por

el tipo de instituciones en donde se prestó el servicio de internado. Los resultados se manejaron en forma global y por institución educativa para su interpretación, considerando que para este primer acercamiento al problema, era factible, Los datos fueron concentrados en cuadros (siguiendo un patrón similar al utilizado por Frenk en sus trabajos sobre IRP), haciendo uso sólo de porcentajes y promedios.

El último capítulo que incluímos fue el de Consideraciones Finales, donde reiteramos las limitaciones y los logros de este estudio y tratamos de describir algunas posibles líneas de trabajo para el futuro.

En el siguiente subapartado haremos referencia a la metodología en torno a la encuesta de 1978.

La Encuesta de 1978 sobre el IRP en México.

A. El contenido de la encuesta. Los autores de la investigación aplicaron una encuesta que tuvo 134 preguntas, a 1308 estudiantes que estaban terminando su internado. Los estudiantes provenían de seis escuelas, tres ubicadas en la capital y tres en provincia.

Los autores se propusieron identificar para cada escuela de medicina e instituciones de salud en las que trabajaban, los tipos de actividades realizadas por los internos, los problemas médicos que con más frecuencia encontraban y las habilidades desarrolladas en cuanto al diagnóstico y la terapéutica, las condiciones de supervisión y responsabilidad bajo las -

cuales los internos realizan su trabajo y las formas de organización del internado rotatorio; así como las preferencias de carrera de los internos y sus percepciones del mercado de trabajo médico ¹.

Una de las finalidades de recoger esta información fue que las escuelas de medicina participantes en la investigación contaran con material útil para la evaluación de sus propios programas educativos.

B. Selección de las escuelas participantes en el estudio. Se prefirió aplicar el cuestionario en un número limitado de escuelas. En primer lugar, porque permitiría entregar a cada escuela de medicina participante en el estudio, datos estadísticos de sus propios internos. Se seleccionaron primero las escuelas de medicina para analizar el efecto de variables como el origen social de los internos o su experiencia durante el internado al controlar la influencia de las escuelas de medicina bajo observación. Además, este enfoque permitía incorporar como una variable el tipo de escuela de medicina.

Por otro lado, en la investigación se quiso alcanzar una adecuada representación de las escuelas a lo largo de varios atributos estructurales, entre ellos: tamaño de la escuela (medida por el número de estudiantes), carácter público o privado del establecimiento y existencia o no de hospital directamente afiliado a la escuela, etc.

Inicialmente se seleccionaron ocho escuelas. Una de ellas no aceptó participar en el estudio y otra no creó las condiciones necesarias para -

¹ Frenk, J., Research Report: Career Preferences and Perceptions of the Medical Labor Market among Mexican Interns. p. 14

administrar el cuestionario. Por tanto, finalmente se consideraron seis - escuelas de medicina. Las características de las mismas pueden observarse en el cuadro siguiente:

Características básicas de las escuelas seleccionadas ¹

Escuela	Tamaño	Tipo	Existencia de Hospital Universitario
1	Grande	Pública	No
2	Grande	Pública	Sí
3	Grande	Pública	No
4	Chica	Pública	Sí
5	Chica	Privada	No
6	Chica	Pública	Sí

¹ Fuente: Frenk, M. J. Op. cit. p. 18

Para poder ampliar el conocimiento sobre las 6 escuelas, nosotros - incluimos la siguiente información: las seis universidades están organiza- das por asignaturas, de las cuales cuatro funcionan por semestres y dos - son anuales. En cuanto al número total de asignaturas, la mayoría están - comprendidas entre 31 a 40 asignaturas, sólo la escuela No. 2 comprende 70 asignaturas ².

En la distribución de las materias encontramos que en promedio los - planes de estudio comprenden 9.6 asignaturas básicas, 6 materias de socia-

² ANUIES. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina en México. p. 8

les y humanísticas, y 22 asignaturas clínicas (con excepción de la institución No. 2). Las materias básicas se imparten principalmente en los cuatro primeros semestres de la carrera o en los 2 primeros años; las asignaturas clínicas se encuentran a lo largo de toda la carrera, quedando libre un trimestre. En las universidades que funcionan por asignaturas anuales no incluyen materias clínicas en el primer año ³.

Las materias de sociales y humanísticas se encuentran repartidas a lo largo de la carrera dejando un año libre que es de acuerdo a cada universidad. La escuela No. 6 no las incluye en sus dos primeros años.

El siguiente cuadro esquematiza esta información ¹

Escuela	Ubicación	Años de la carrera	Duración de Asignaturas	Número de Asignaturas	Básicas	Materias Soc. y Humaníst.	Clínicas
1	D. F.	4	Semestral	33	7	6	20
2	Provincia	4	Semestral	70	12	9	59
3	D. F.	5	Semestral	40	11	4	25
4	Provincia	5	Anual	40	10	6	24
5	D. F.	4	Semestral	39	9	6	24
6	Provincia	5	Anual	31	9	4	18

¹ Fuente: ANULES. Op. cit.

³ Op. cit. pp. 94-113, 145-148, 193-194 y 211-212

C. Realización del muestreo al interior de cada escuela. La selección de los internos a los que se les aplicaría la encuesta, se llevó a cabo de acuerdo a los siguientes criterios: "Para cada una de las tres escuelas grandes y para una de las chicas, se aplicó un muestreo aleatorio estratificado de internos. Se usaron dos variables de estratificación: el tipo de institución donde se llevó a cabo el internado y la localización geográfica de la misma. Hubo siete estratos basados en el tipo de institución: las cuatro principales instituciones gubernamentales que proporcionan servicios de salud, los hospitales privados, los hospitales universitarios y una séptima categoría de otro tipo de instituciones. Considerando la localización, el esquema de estratificación diferenció sólo entre aquellas instituciones localizadas en el D.F. y las de provincia" ⁴.

Los organismos gubernamentales incluyen dos instituciones de asistencia pública (SSA y la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal), y dos instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y 'otras instituciones' en donde quedaron comprendidas entidades gubernamentales que proporcionan atención médica, pero que ofrecen pocas plazas para internos.

D. Aplicación del cuestionario. El cuestionario tuvo dos versiones ligeramente diferentes; incluyó 121 preguntas en la primera versión y 134 en la segunda, y fue respondido en aulas, bajo la supervisión de los encargados de la investigación.

⁴ Frenk, J. Op. cit. p. 16

Los internos respondieron el cuestionario inmediatamente después de -
que habían terminado su internado, por lo cual "las experiencias de los -
internos relacionados con el internado y sus expectativas acerca de sus -
actividades futuras estaban aún frescas" ⁵.

⁵ Frenk, J. Op. cit. p. 22

CAPITULO II

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DEL CONTEXTO EN EL QUE SURGE EL IRP

1. Consideraciones Generales.

El estudio de cualquier aspecto de la educación médica en México representa un problema metodológico, en cuanto que nos ubica en la cuestión de analizar el papel que ha venido jugando las instituciones involucradas en la formación médica como son, las universidades y las instituciones de salud.

La educación dentro del contexto de una sociedad, tiene varias funciones centrales, por un lado la de formar la fuerza de trabajo y por otro la transmisión de la ideología dominante ⁶. Para este caso, es la escuela el instrumento formador de los cuadros o recursos humanos que el sistema demanda, con diversos grados de especialización y jerarquía.

En la formación de los médicos la ideología dominante se materializa tanto en el nivel del 'saber' como en la 'práctica médica' y se implementa a través de las instituciones educativas y sanitarias.

⁶ La ideología dominante la concebimos como cuerpos de representaciones existentes en determinadas prácticas que se identifican con la concepción de una clase social. Buci, G.C. se refiere al problema de la ideología de la siguiente manera: "Gramsci extiende el análisis y pasa de los aspectos más concientes de las ideologías, a sus aspectos inconcientes, materializados en las prácticas y las normas culturales aceptadas o sufridas. Las ideologías funcionan como agentes de unificación social, como cemento sobre una base o clase. Es más, la ideología tendencialmente identificada con la concepción del mundo de una clase, impregna todas las actividades, todas las prácticas. Es una concepción del mundo que se manifiesta implícitamente en el arte, en el derecho, en la actividad económica, en todas las manifestaciones de la vida colectiva". En: Estado, clases y aparatos de hegemonía. p. 79

Si la educación en general es productora de ideología y se supedita al proceso productivo, siendo este último el que determina el tipo y forma de conocimiento que deben adquirir los alumnos para responder a los requerimientos del sector (situación que aparece matizada en las instituciones educativas), en el caso de la medicina, el que determina el saber y práctica que ejerce un egresado puede estar representado por las instituciones de salud (públicas o privadas) que representan la concepción de enfermedad de una clase y el mercado de trabajo disponible.

El nacimiento de las instituciones de salud obedeció a la necesidad de la acumulación de capital, a la capacidad reivindicativa de las clases trabajadoras, al requerimiento del Estado de mantener el orden social y para la conformación de su hegemonía ⁷. Aunque la educación está muy cercana a estas mismas disposiciones, el hospital surgió con un objetivo claro y autónomo que era el de dar un servicio asistencial y no se planteó como una instancia formadora educativa en un principio. Sin embargo, sabemos que escuela y hospital son transmisores de ideología dominante (que funcionan como agentes de unificación social que impregnan todas las actividades, todas las prácticas); en el hospital esta ideología se refuerza

⁷ Buci, G.C., introduce el término 'aparato de hegemonía' "con el objetivo de precisar el concepto de hegemonía, entendida como hegemonía política cultural de las clases dominantes. Como un conjunto complejo de instituciones, ideológicas, de prácticas y agentes (entre las que encontramos a los intelectuales), el aparato de hegemonía no encuentra su unificación sino en una expresión de clase. Una hegemonía significa solamente como aparato, por referencia a las clases que se constituyen en y por la mediación de múltiples subsistemas: aparato escolar (de la escuela a la universidad), aparato cultural (de los museos a las bibliotecas), organización de la información, del marco de vida, del urbanismo, sin olvidar el peso específico de aquellos aparatos eventualmente heredados de un modelo de producción anterior (el tipo de las iglesias y sus intelectuales) Op. cit. p. 66

y se amplía, por el hecho de estar ante un quehacer de una práctica profesional lógicamente estructurada e implementada.

Por eso es que cuando surgen las instituciones de salud y se da su importante expansión, son ellas las que empiezan a determinar los cambios curriculares de la educación médica fuertemente apoyadas por el informe Flexner⁸; de ahí que las reconsideraciones dadas para América Latina para el mejoramiento de la educación médica, siempre fueron eficientistas y en referencia a los requerimientos hospitalarios y hacia la especialización, por ejemplo: a) organizar las escuelas de medicina en departamentos, porque en los hospitales surgían las especialidades; b) incorporar el IRP a la carrera de medicina, porque las instituciones de salud estaban demandando un nuevo profesional que se adaptara a las necesidades del hospital, incluyéndose como fuerza de trabajo.

Las instituciones, de acuerdo con su modelo de servicio necesita médicos especializados, sin embargo las universidades producen médicos con una formación general, sucitándose un conflicto entre lo que la práctica hospitalaria requiere y lo que la universidad produce. García considera: que esta contradicción se trata de resolver mediante la incorporación de la especialización a la enseñanza y enfatiza señalando que "la especialización nace en la práctica, donde la creación de instrumentos de diagnóstico y tratamiento juegan un papel importante. Sin embargo las especialidades no logran su legitimización hasta ser incorporadas en la enseñanza"⁹.

⁸ Sobre el informe Flexnes ampliaremos sus recomendaciones más adelante.

⁹ García, J.C. La Educación Médica y la Estructura Social. p. 397

Nosotros agregamos que el IRP también.

El IRP nació en el ejercicio hospitalario, mismo que determinó su carácter rotativo al interior del hospital, a través de cuatro clínicas básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Obstetricia. Así mismo, se ajusta al concepto de la medicina curativa, lo que explica la no incorporación en su quehacer, de la medicina preventiva, a pesar de los discursos que contemplaban que el IRP no debía de estar desligado de los problemas de prevención de enfermedad.

El IRP en México emerge con una estructura edificada: infraestructura sólida y objetivos claramente expresados en el documento de "Argumentos para Crear un Programa Formal de Internados y Residentes en la República Mexicana" (1955), que fijó las características de su funcionamiento, y que determinan que sean así y no de otra forma a pesar de las reuniones latinoamericanas que han tratado de orientar su implementación, y definieron los perfiles de su estructura.

El objetivo primordial de las instituciones de salud ha sido el dar un servicio asistencial a la población, por lo tanto, la formación del estudiante se refiere en gran medida al entrenamiento en ciertas habilidades prácticas que están en relación directa a los requerimientos de fuerza de trabajo, o sea, los lugares donde hay mayor carga de trabajo: urgencias, atención de partos, cuidado de pacientes durante las 24 horas.

En cambio, el trabajo de la consulta externa no es tan problemático porque puede ser programado y comprender las horas laborales de la institución; pero las horas no comprendidas dentro del horario de trabajo, representan salarios extras y de mayor remuneración, como para ser pagadas.

Lo más factible es hacerse de personal con cierto nivel técnico que no requiera de un salario y pueda al mismo tiempo brindar un apoyo de tiempo completo a la institución. El mejor recurso para estos fines son los becarios (internos, pasantes y residentes).

Si estamos claros que los internos son utilizados por las instituciones para expandir sus servicios a un bajo costo, es comprensible el que se le delegan las responsabilidades del funcionamiento de las clínicas y hospitales en donde presta sus servicios, sobre todo para cubrir los horarios no laborales; porque con esa idea se crearon las guardias, donde la supervisión prácticamente no existe o existe de 'imaginaria' de algún médico de base, o en el mejor de los casos, esta supervisión está delegada a otro becario de mayor jerarquía (residente).

Las características particulares de servicio del hospital son las que disponen el tipo de habilidades prácticas o técnicas que debe interiorizar ¹⁰ un interno, que están relacionadas con la práctica médica -

¹⁰

Implica el trabajo de inculcación suficiente para producir una formación duradera. Es decir, función socializadora que mediante la internalización de normas, pautas, valores, comportamientos, etc. produce habitus, o sea, una formación duradera de la cultura dominante que es capaz de perpetuarse en las prácticas. La función socializadora la entendemos como el hecho de imponer y de inculcar ciertos significados y/o tratados como dignos de ser reproducidos. Para mayor referencia véase Bourdieu, P. y J.C. Passeron. En: La Reproducción. p. 48-72

dominante ¹¹, enfocada a la especialización, aunque difiere con situaciones como: a) el tipo de actividades hospitalarias son distintas a las de la consulta externa; b) las necesidades del país son las del médico general de primer contacto y c) priorizar las actividades preventivas de las curativas.

Desde el momento en que la enfermedad se reconoce como patrimonio de la práctica médica, las acciones desarrolladas son encaminadas desde un punto de vista curativo, dirigido a las manifestaciones biológicas de la enfermedad, haciendo surgir al hospital como el sitio cumbre del acto terapéutico.

Pero el hecho de que el acto terapéutico sea reconocido como actividad primordial del médico, no es otra cosa que el desarrollo de ideas y prácticas en el sector de la salud, acordes con la lógica del tipo de sociedad dominante; que implica entre otras cosas incorporación de la alta tecnología y además se convierte también en un servicio mercantilizado.

11

Las características que asume la práctica médica dominante se manifiestan principalmente por su carácter clasista, la cantidad y la calidad de los servicios que presta depende del grupo social al que se dirige. Tendencia al control social e ideológico, normatización de la salud enfermedad en sentido medicalizador, tendencia inductora al consumismo médico (la salud como mercancía), legitimización jurídica y académica (profesionalización formalizada), identificación ideológica con la racionalidad científica que excluye otras prácticas "curadoras", relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia de escindir la práctica de la investigación. Además, estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la atención médica. Para mayor profundización al respecto, véase Menéndez, E. L. Hacia una Práctica Médica Alternativa: Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud. Cuaderno de la Casa Chata 86. p. 5

2. Contexto Histórico en el que se incorpora al IRP a la Educación Médica en América Latina.

El Informe Flexner es uno de los documentos más influyentes en la historia de las transformaciones que se han dado en la educación médica. Surgió en 1910 en los Estados Unidos y sus recomendaciones han sido adoptadas por casi todos los países del mundo; entre ellos los de América Latina, a partir de los años 40's.

El objetivo básico del Informe Flexner era el de legitimar la práctica de una "medicina científica" como portadora del progreso y el desarrollo; de ahí la necesidad de reglamentar y dar los elementos necesarios para su operacionalización. Las principales orientaciones del informe fueron:

- 1) Las escuelas altamente calificadas eran las únicas que podían formar médicos.
- 2) Las escuelas de Medicina debían ser incorporadas a la universidad.
- 3) La educación debía basarse en la enseñanza e investigación en ciencias básicas.
- 4) El hospital debía ser incorporado a las escuelas de Medicina para servir como campo fundamental del adiestramiento clínico.

Para su propagandización y difusión el Informe Flexner tuvo un gran apoyo de fundaciones como la Rockefeller y la Carnegie, entre otras.

La adopción de las recomendaciones plasmadas en el informe citado contribuyó a separar la medicina curativa de la preventiva, y a los centros educativos y de hospitalización de la comunidad. Por ello contribuyó

a la pérdida de la visión del paciente como miembro de una familia y de una comunidad.

Con la aplicación del informe se dejaron de lado los aspectos sociales de la enfermedad y el individuo fue visualizado como un conjunto de órganos separados.

A pesar de que sus recomendaciones fueron aceptadas de manera rápida y sin cuestionamientos, muy pronto mostró su inoperabilidad para América Latina. Es así que en 1950 surgió un movimiento de reformas en la educación médica en América Latina, centrado en la necesidad de elevar el nivel académico del estudiante basado en la tesis de que el modelo asumido fundamentalmente no daba respuesta favorable a los problemas de salud, por lo que era necesario incrementar los conocimientos científicos y las habilidades prácticas de los estudiantes relacionados con los problemas no resueltos. También se requería elevar el nivel de información sobre prevención de enfermedades. Uno de los mecanismos con los que se podía dar respuesta a estos problemas era la introducción a los programas de estudio del Internado Rotatorio de Pregrado (IRP), el cual de ser posible debía incluir una pasantía en el medio rural.

En 1955 en Cali (Colombia) se llevó a cabo el Primer Seminario de Educación Médica, evento de especial importancia por ser el inicial de una serie en América Latina que contemplaba la realización de seminarios y conferencias donde los países discutirían y harían propuestas para solucionar todos los problemas relacionados con la educación médica.

Las recomendaciones que en ese año se virtieron fueron: "organizar -

las escuelas de Medicina en departamentos; crear un departamento de medicina preventiva; procurar coordinar horizontalmente y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas; incrementar el número de profesores a tiempo completo; establecer el internado hospitalario de un año de duración como requisito para la obtención de grado de médico y adoptar sistemas de limitación de matrícula y selección de los candidatos a ser admitidos en las escuelas" ¹².

En la Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, que se celebró en 1962 en Vña del Mar (Chile), se conformó la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, con el fin de darle más oficialidad a los eventos regionales. Esta Federación fue fuertemente influenciada por los Estados Unidos. En 1964 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) copatrocinó el inicio del estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia, el cual presentó el comienzo de un nuevo enfoque en la formación del personal de salud, orientado hacia la planificación de los recursos humanos ¹³. En 1966 surgió la revista trimestral de la OPS, Educación Médica y Salud, para la difusión de las ideas en este campo.

El interés por la educación médica y la formación de recursos humanos se ve robustecido con el auge en torno de la planificación de la salud, _

¹² Andrade, J. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. No. 2, p. 155

¹³ Op. cit. p. 153

que tiene como lugar y fecha importante la Carta Punta del Este en 1965, en donde se estableció una alianza entre los gobiernos nacionales y los Estados Unidos para poner en marcha un proyecto desarrollista en la región.

Además de su fuerte influencia como normador de la educación médica y de la economía de América Latina, los Estados Unidos comenzaron a ser un punto de referencia de los médicos recién egresados debido a los avances científicos y tecnológicos. El flujo hacia los Estados Unidos está documentado por un estudio de la OPS que encontró que en 1966 "residen aproximadamente en EU seis mil médicos graduados en facultades de medicina de América Latina (de los cuales 1380 - 23% - eran mexicanos)" ¹⁴. Este flujo de profesionales significaba para América Latina una pérdida de 31 profesionales por cada 100 000 habitantes ¹⁵.

En otro estudio realizado por Oslak y Caputo se reportó que "en 1971 el número de médicos extranjeros que entraron a los Estados Unidos fue mayor que los que produjo el país ese año. Del total de médicos residentes el 20% eran extranjeros. Un total de 10 000 médicos de América Latina, lo que representaba un 15.7% de los médicos extranjeros" ¹⁶. Los resultados del mismo estudio muestran que el número total de médicos mexicanos fue de 1 821, que representaba el 7.1% del total de los médicos nacionales ¹⁷.

¹⁴ Collado, R. Las Facultades de Medicina (Escuelas) de América Latina y el éxito del médico. pp. 12-13

¹⁵ Op. cit. p. 15

¹⁶ Oslak, O. y Caputo, D. La Emigración de Personal Médico desde América Latina a los Estados Unidos. p. 316

¹⁷ Op. cit. p. 318

La segunda mitad de los 60's se caracterizó por los esfuerzos desarrollistas en donde todas las instituciones de salud y educacionales - tenían como objetivo la modernización, la eficiencia y la planificación de los servicios y de los recursos humanos para abatir los costos y extender la cobertura.

Sin embargo, en la educación el primer fenómeno que se registró fue el de la expansión de la matrícula, de tal manera que para 1955-1960 la tasa anual de crecimiento de la educación superior para América Latina era de 6.5%, aumentando al 9.5% entre 1960 y 1966 ¹⁸. Entre 1960 y 1970 el número de escuelas pasó de 108 a 150, en tanto que la matrícula creció de 112 000 a 190 000 alumnos, pero para el caso concreto de la medicina, a pesar del incremento de alumnos, implicó un descenso con respecto a las demás carreras universitarias, pues mientras en 1960 representaba el 20% del total de alumnos universitarios, en 1970 significaba el 12.7% ¹⁹.

En el caso de la educación médica en México, en 1967 se registró - una matrícula de primer ingreso de 5 000 alumnos, sin haber aumentado - el número de escuelas, que para ese año era de 22 ²⁰. Con respecto al - total de alumnos inscritos entre 1959 y 1962, fueron de 12 000 y 15 000 alumnos; para 1963 y 1967 se hablaba de 16 000 y 19 000 alumnos y en - 1960 y 1970 pasaron a 21 000 y 28 000 estudiantes respectivamente ²¹.

¹⁸ Vasconi, T. y Recca, I. Modernización y crisis ... p. 50

¹⁹ Castellanos, J.F. e Hidalgo, J. Los Recursos Humanos en América Latina en las Ciencias de la Salud. p. 1

²⁰ Andrade, J. Marco Conceptual... Op. cit. p. 161

²¹ Collado, R. Citado por López Acuña, D. La Salud Desigual en México. p. 150

Por otro lado, con el deseo de seguir proporcionando 'oportunidad' a los estudiantes que demandaban estudios superiores, la matrícula y el número de escuelas de medicina en América Latina continuó creciendo, con excepción de Colombia y Chile que limitaron el número de estudiantes que ingresaban y sólo permitieron la creación de un número restringido de instituciones.

México en 1970 contaba con 26 escuelas o facultades de medicina; en 1975 ascendieron a 38 y en 1976 pasaron a 50, y se tenían 55 en 1977 ²². La población estudiantil en 1975 correspondía a 67 000 alumnos, en 1977 a 87 000 y en 1979 su número aproximado era de 100 000 ²³. El número de egresados por un año pasó de 2 490 a 8 000 de 1970 a 1978 respectivamente ²⁴.

Este fenómeno para algunos autores como Andrade ²⁵ fue considerado por un lado como parte del proceso de industrialización (acompañado de descubrimientos e innovaciones), pero más específicamente se presentó con los procesos de democratización de los países, y debido al hecho de que las formaciones latinoamericanas estaban constituidas por una enorme población joven que competía por puestos de trabajo de la actividad económica.

Sobre esta última cuestión señalada por Andrade, Fuentes apunta que

²² Op. cit. p. 145

²³ Op. cit. p. 150-151

²⁴ Op. cit. p. 151

²⁵ Andrade, J., et. al. La Planificación de la Educación Superior o Universitaria y los Conceptos de Política, Estrategia y Planes. p. 1

el problema es "mantener controlado a un sector de la población que en otras circunstancias, ejercería una demanda de empleo que difícilmente se podría satisfacer y el efectuar una reproducción de la estructura social mediante una masa profesional semicapacitada que garantice la productividad y el funcionamiento adecuados del sector moderno de la economía del país" ²⁶.

Además de la expansión de la matrícula, los 70's vinieron a plantear otros problemas relacionados con la educación médica, que señalaremos más adelante en los términos en que lo hace Andrade ²⁷.

En primer lugar, la cuestión de la ubicación geográfica de los médicos: en 1970 se tenía que sólo un 5.5% de los médicos latinoamericanos atendían poblaciones de menos de 20 000 habitantes, en las cuales se concentraba el 59% de la población total ²⁸.

En México, en 1976 se calculaba concentraciones urbanas de un médico por cada 400 habitantes, en cambio en las zonas rurales existía un médico por cada 5 000 habitantes, con un total aproximado de 50 000 a 55 000 médicos en el país ²⁹.

Otro problema señalado por Andrade se refiere a la creciente tendencia a la especialización que está íntimamente relacionado con un tercer

²⁶ Fuentes O. citado por López A. Op. cit. p. 150

²⁷ Andrade, J. Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina. No. 4, pp. 4-12

²⁸ Op. cit. p. 5

²⁹ Soberón, A.G. Papel Perspectivo de las Universidades en la Formación de los Recursos Humanos para la Salud. p. 3

problema, que es el de asignarle al hospital funciones como centros de la enseñanza, a pesar que múltiples estudios han demostrado que del número - total de demandantes de servicios médicos, sólo un porcentaje de estos re quiere hospitalización, como lo indica el estudio de L. White ³⁰.

Sin embargo, y a pesar de las argumentaciones que se pueden dar a este respecto, los estudiantes de medicina y los recién egresados, si desean continuar su formación, sólo lo pueden hacer a través del hospital. De - tal manera que en 1975 las instituciones de salud en México incorporaron_ a sus instalaciones a más de 15 000 médicos en formación, entre internos, pasantes y residentes ³¹.

El cuarto problema apuntado por Andrade es que de acuerdo a la situa- ción anteriormente descrita, los países de América Latina se encuentran - en la necesidad de formar médicos generales con orientación hacia la comu nidad y que sean los encargados de atender a la población en su primer - contacto con los servicios de salud.

No obstante, esta última orientación se contradice con toda la organi zación que se ha hecho de los estudios universitarios que aparentemente - sólo conforman los prerequisites del futuro especialista médico.

El quinto problema se refiere a la organización de la atención médica que desde la Sexta Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en - América Latina, celebrado en Guatemala en 1969 se consideró como "disper- so en múltiples instituciones heterogéneas, no coordinadas entre sí en -

³⁰ White, K.L. (1973), citado por Ferreira, J.R. Misión del Hospital de la Luz en las Nuevas Tendencias de la Educación Médica. p. 142-143

³¹ López, A. D. Salud y Seguridad Social. p. 205

cuanto a objetivos, normas de operación y rendimiento, sistemas de evaluación, planes de cobertura ni a programas de formación y utilización de recursos humanos" ³².

Con la idea que ha existido siempre de que la educación médica es la responsable de no obtener las respuestas de salud deseadas, ante la serie de problemas presentados, las medidas a adoptar eran la de realizar cambios 'radicales' en la estructura y metodología del proceso educativo, - que se traducía en la introducción de técnicas pedagógicas y de programas innovadores, con los cuales también se justificaba el número creciente - de alumnos, al considerar que una buena metodología no sacrificaba la calidad del aprendizaje.

Así, se inició una serie de programas dirigidos a la formación pedagógica de los profesores de medicina (siempre auspiciada por organismos internacionales como la OPS) donde además de dar herramientas técnicas para la educación, se introdujeron aspectos de didáctica y diseño curricular; también se hizo uso de la llamada moderna tecnología educativa.

Durante este período algunas escuelas de medicina de América Latina ejercieron una gran influencia por su implementación de modelos innovadores que respondían a la crisis del sistema educativo y de salud, tendientes a la capacitación de un profesional integral proyectado a la sociedad,

³² Andrade, J. Marco Conceptual... Op. cit. p. 11-12

como fueron: la Facultad de Medicina de San Carlos, en Guatemala; la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, entre otras.

En México esta influencia se vió traducida en un Plan de Estudios Experimental de Medicina General, conocido como Plan "A" 36, en 1974; el Sistema Modular de la UAM-Xochimilco y el Plan Modular de la ENEP Zaragoza, en 1976.

A pesar de que en los 70's existió la idea de formar al médico que el país necesita, y de la necesidad del trabajo multidisciplinario y de la operacionalización de los programas innovadores, los 80's continúan con la crisis del sistema educativo y de los servicios de salud, esto es, la educación médica se considera de baja calidad y los servicios de salud no cubren las necesidades de la población. Además a ésto se le suma, sobre todo a partir de mediados de los 70's el desempleo masivo de los profesionales de la salud.

3. El Desarrollo de los Servicios de Salud en el Ambito del IRP.

La creación de las principales instituciones de salud en México tiene lugar en el presente siglo y los proyectos de seguridad social y de servicio al medio rural se idearon desde la época del Cardenismo, pero no cristalizaron en aquel tiempo.

Después de la Segunda Guerra Mundial y debido al auge del desarrollo del capitalismo en México, cambia la política de salud y las acciones diferenciadas recobran importancia. De esta forma los cuarentas marcan el

principio de la expansión hospitalaria y de la seguridad social, dirigida a los grupos sociales que destacan por su peso político y su importancia económica en la producción.

En enero de 1943 surge la seguridad social con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo que durante sus primeros 15 años sólo proporcionó servicios al proletariado de las zonas urbanas, dejando prácticamente de lado la atención a los campesinos.

En mayo de 1943 el IMSS recibe la primera afiliación de trabajadores en la capital del país, para iniciar sus servicios al siguiente año. En los primeros dos años de su funcionamiento expande sus servicios a las cuatro principales ciudades del país.

En sus primeros tres años de trabajo, el IMSS funciona principalmente a base de subrogaciones e improvisación de establecimientos, logrando para esa época la construcción de 24 clínicas sin camas y 18 unidades con camas ³³. Se daba cobertura a 631 000 derechohabientes que representaban el 2% de la población total y el 3% de la población económicamente activa (PEA) ³⁴.

Para 1952 el IMSS contaba con 19 hospitales en el país, 1 698 camas y 42 clínicas ³⁵, para una población de 1 154 000 usuarios que representaban el 4% de la población total y el 15% de la PEA ³⁶.

³³ Frenk, J. et. al. El Mercado de Trabajo Médico. p. 233

³⁴ Mesa-Lago, C. citado por: Op. cit. p. 234

³⁵ García, Cruz, M. citado por Moreno Cueto, et. al. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. p. 72

³⁶ Frenk, J. et. al. Op. cit. p. 234

El crecimiento del IMSS corrió paralelo al desarrollo industrial. A su vez, su arraigo y eficacia fue un factor alentador de desarrollo industrial.

La asistencia pública, sin el mismo reconocimiento que el IMSS y con menor importancia, se suma al 'boom' hospitalario y de la especialización médica en México. Desde 1936 la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública atendía a algunos grupos de campesinos a través de los llamados Servicios Médicos Rurales, mismos que llegaron a establecer 11 hospitales rurales zonales, 56 centros de salud (con sanatorio), 36 centros de salud rural y 225 centros auxiliares rurales ³⁷.

Las dos instituciones de asistencia se fusionaron en 1943 para formar la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), misma que inicia la creación de algunas de sus instituciones: el Hospital Infantil de México (1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1944) y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946).

Desde 1941 empezaron a funcionar los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, segunda en importancia en cuanto a dependencia del sector público. En 1958 la institución del DF inició la creación de una red hospitalaria de urgencias pediátricas en el área metropolitana.

El 'boom' hospitalario rápidamente hizo patente su requerimiento de fuerza de trabajo con las características del nuevo profesional. Así, el

³⁷

Moreno, Cueto, E. et. al. Op. cit. p. 75-76

Hospital General de México, en 1942 inició el primer programa de internado de posgrado; siendo secundado por el IMSS en 1954 con cuatro médicos internos, mismos que en 1958 llegan a ser 47 ³⁸. Con estas dos experiencias arrancó la formación sistemática de especialistas en México.

La crisis social de 1958 caracterizada por las movilizaciones de los telegrafistas, ferrocarrileros, maestros y campesinos del noroeste, contribuyó a la generación en el sexenio de López Mateos, de transformaciones relativas a la seguridad social. Se impulsaron las prestaciones al importante contingente de trabajadores al servicio del Estado. En enero de 1960 se logra la publicación de "La Ley que Transformó la Antigua Dirección de Pensiones Civiles en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)."

La expansión de esta institución durante la década de los setentas adquirió grandes dimensiones. En 1964 contaba ya con un total de 33 hospitales y 68 clínicas. Entre 1966 y 1969 obtuvo un incremento de poco más de 200% en el número de hospitales subrogados ³⁹. Además de la asistencia médica, "el ISSSTE brinda prestaciones amplias como créditos, vivienda, jubilaciones, seguros de viaje, invalidez y muerte" ⁴⁰.

Los años de los 60's corresponden a la época de mayor expansión de las instituciones y la consolidación de la especialización. Así, debido

³⁸ Datos de la Subjefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del IMSS; citado por Frenk, J. et. al. Op. cit. p. 234

³⁹ Op. cit. pp. 238-240

⁴⁰ López, A. D. Salud y ... Op. cit. p. 210

a la creciente importancia del IMSS y a la necesidad de ampliar sus instalaciones, le es delegado al Centro Médico Nacional, construido originalmente por la SSA en 1961. En esta fecha el Centro estaba formado por tres hospitales y en 1963 se construyeron otros cuatro. Frenk ⁴¹ apunta que al año siguiente se abrió el Centro Médico La Raza con tres hospitales. De tal forma que entre 1958 y 1964 el IMSS amplió su cobertura a 6 300 000 derechohabientes ⁴², que representaban en ese entonces el 17% de la población total y el 18% de la PEA ⁴³.

En el caso de la SSA, de 1959 a 1964 sus hospitales se incrementaron de 238 a 731 ⁴⁴. En 1958 surgió el Instituto de Protección a la Infancia y en 1970 el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, instituciones que más tarde (1977) se fusionaron para dar lugar al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Un aspecto importante relacionado con la expansión de los servicios médicos fue la introducción en los programas de estudio de las Facultades de Medicina, del Internado Rotatorio de Pregrado, hecho que ocurrió en 1962.

⁴¹ Frenk, J. et. al. Op. cit. 238

⁴² Moreno-Cueto, E. Op. cit. p. 73

⁴³ Frenk, J. et. al. Op. cit. p. 238

⁴⁴ Op. cit. p. 247

Este internado consistía básicamente en el adiestramiento de estudiantes de medicina en el trabajo hospitalario, medida que contemplaba la solución de dos cuestiones: por un lado, la necesidad de mano de obra muy ba rata (pues a los internos sólo se les proporciona una modesta beca, y en algunas universidades ni siquiera ésta); por otro lado, el reforzamiento ideológico-práctico en la formación del médico que el sistema estaba demandando.

El resultado de la expansión hospitalaria tuvo efectos decisivos. Por ejemplo, para 1970 la desproporción entre el crecimiento de los centros de primer contacto y los servicios hospitalarios era muy evidente. Además, de las 5 572 unidades existentes, el 36.1% pertenecía a las instituciones de seguridad social, con una cobertura del 27.5% de la población; el 37% de las unidades eran de instituciones de asistencia, que tenían que atender a más del 70% de la población. El 20.4% de las unidades pertenecían al sector privado 45.

Atendiendo al fenómeno de gran crecimiento de las instituciones en 1965 el Estado creó la "Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Sa lud Pública y Seguridad Social". Esta Comisión estaba formada por la SSA, el IMSS y el ISSSTE. Sus objetivos eran:

- a) Disponer de mecanismos de planeación y programación nacionales.
- b) Evitar duplicación de servicios con el consiguiente aumento del

45 López, A.D. Op. cit. p. 200

costo global de la atención médica.

- c) Lograr mayor eficacia en el uso de los recursos.
- d) Aumentar la capacidad de los servicios y ampliar la cobertura a la población que carece de servicios de atención a la salud ⁴⁶.

A pesar de las intenciones expresadas, la coordinación y planeación del programa no resultaron exitosas a nuestro juicio por el poder que habían adquirido cada dependencia y la gran cantidad de intereses creados en torno a ellas.

En cuanto a la atención médica a los campesinos en 1959 ⁴⁷, durante el sexenio de Ruiz Cortines hubo un segundo intento de incorporar a campesinos al sistema de seguridad social, iniciándose en los estados del norte con ejidatarios y pequeños propietarios. En 1963 se incorporó a los productores y trabajadores de la caña de azúcar. Durante este período se alcanzaron 272 671 derechohabientes del sector agrícola afiliados al IMSS (1964) ⁴⁸. Una incorporación más importante del sector rural a la atención médica se realiza a partir de los años 70's cuando ocurre la principal crisis de producción en el agro mexicano. La baja en la produc

⁴⁶ Almada, I. Salud (necesidades esenciales en México) p. 120

⁴⁷ Hernández, Ll. H. señala que: "En 1954 se estableció por primera vez - el régimen obligatorio del seguro social para trabajadores del campo... en regiones de Sonora, Sinaloa, Baja California, precisamente aquellas regiones del país que se han señalado por el auge de la agricultura capitalista... A fines de 1958, la aplicación del seguro social a los trabajadores del campo incluía sólo... el 7% de la población total asegurada en el IMSS. Historia de la Participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México 1935 - 1980. p. 78

⁴⁸ Frenk, J. et. al. Op. cit. p. 238

ción de alimentos va acompañada de una serie de movilizaciones que revitalizan el movimiento campesino en todo el país.

En el sexenio de Luis Echeverría se trata de responder con la ampliación de la cobertura del IMSS al campo. En 1972 se incorpora a los ejidatarios henequeneros de Yucatán. Fenómeno similar ocurre un poco después con ejidatarios y otro tipo de productores de la Comarca Lagunera en los estados de Coahuila y Durango. En 1974 se extienden los servicios del IMSS a zonas rurales de los estados de Guerrero, Puebla y Oaxaca.

Por su parte, la SSA introduce dos importantes programas para expandir sus servicios al campo: el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR).

En los 70's la expansión de las instituciones se detiene, debido a la crisis económica que vive el país. La SSA y el IMSS frenan el desarrollo de sus infraestructuras. Sólo el ISSSTE incrementa sus dependencias a base de subrogaciones, obteniendo nueve hospitales propios y los subrogados pasan de 73 a 140 entre el período de 1970 a 1975. Su cobertura pasa de 1 347 470 a 3 448 568 derechohabientes (Cuadro 1).

El número de afiliados al IMSS en 1975 asciende a 16 000 000. En 1978 llega casi a los 20 000 000, de los cuales sólo el 5% constituyen trabajadores agrícolas.

Pese a la expansión alcanzada por los servicios, para 1976, 40 millones de personas carecían de seguridad social, suponiéndose que deberían ser atendidos por la SSA. Sin embargo, la capacidad de esta institución -

Cuadro 1. Población derechohabiente del IMSS y del ISSSTE en el período - -
1970-1978 y porcentaje que representan en relación con la población total -
del país ¹

Año	IMSS Global	%	ISSSTE Global	%
1970	9 895 629	16.0	1 347 470	2.7
1971	10 676 747	20.4	1 584 792	3.0
1972	11 603 579	21.4	1 873 742	3.5
1973	12 660 702	22.5	2 088 824	3.7
1974	14 778 046	25.4	2 905 486	5.0
1975	15 815 646	26.3	3 448 568	5.7
1976	16 631 542	26.7	3 918 514	6.3
1977	17 377 633	26.9	4 256 774	6.6
1978	19 789 239	29.6	4 754 390	7.1

¹ Fuente: Anuario Estadístico de Servicios Médicos, 1980. Vol. I. SSA.

sólo alcanzaba a cubrir entre 15 y 18 millones de personas, lo que significaba la existencia de 20 a 25 millones de personas sin servicios de salud permanentes ⁴⁹.

En cuanto a los becarios (interno rotatorio de pregrado, interno de posgrado o residente y pasante en servicio social), la crisis económica del Estado y del país favoreció su incremento en las instituciones de salud, de tal forma que en el IMSS en 1968, representaban el 23% de todo el personal médico y en 1975 el 40%. En el caso del ISSSTE, en 1973 significaban el 15% y en 1978 el 28% ⁵⁰.

En la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal había en 1971, 194 profesionales por cada 10 internos, mientras que en 1976 dicha relación era de 37 a 10. En la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (SSA), la relación pasó en esos mismos años, de 451 a 8 médicos de base por cada 10 - internos ⁵¹.

Sin duda, los becarios constituyeron la principal fuente de fuerza de trabajo de las dependencias de salud, tanto para la provincia como para la capital. La distribución de ellos se realiza de acuerdo a la complejidad de las funciones a realizar. Así, los pasantes en servicio social son principalmente requeridos para la atención médica rural; por ejemplo

⁴⁹ Laguna, J. citado por López, A.D. La Salud... Op. cit. p. 105

⁵⁰ Frenk, J. et. al. Op. cit. pp. 250-251

⁵¹ Datos del Depto. de Estadística de la Dirección General de Servicios Médicos del DDF, y de la Dirección Gral. de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Memoria 1971-1976. SSA. Op. cit. p. 252

en 1975 el 56.5% del total de pasantes se encontraba laborando en la SSA. Los internos de pregrado y residentes son contratados por la seguridad social, principalmente por el IMSS, para la atención de sus unidades hospitalarias. Para 1975 representaban el 63% y el 72.6% respectivamente, del total de becarios trabajando para el sistema de seguridad social (Cuadro 2).

Lo anterior ayuda a explicar por qué, en la agudización de la crisis económica de 1976-1977 que produjo disminución del personal médico del IMSS, los internos de pregrado ascendieron de 3 200 a 3 427; los residentes rotatorios de 538 pasaron a 578 y los especialistas de 2 761 a 2 946 ⁵².

Sobre la calidad de los servicios de las instituciones, siempre han existido desigualdades y desproporciones; lo que queda caracterizado por una expansión sobre todo en las zonas más urbanizadas; mayor presupuesto a los programas curativos que a las actividades preventivas y especialmente, duplicación de funciones. Paradójicamente, para 1978, según datos de COPLAMAR citados por Almada ⁵³, la capacidad potencial de todo el sistema de salud, hubiera permitido una cobertura de 39 millones de personas, o sea el 58.9% de la población total; sin embargo, debido a los problemas antes señalados, se redujo a 36 millones (54.7% de la población).

Esta desproporción se observa mejor si se investiga la cobertura por entidad federativa; de tal manera que "si se suman las entidades federa-

⁵² Datos de la Subjefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del IMSS. Op. cit. p. 252

⁵³ Almada, I. Op. cit. pp. 173-175

Cuadro 2. Internos de pregrado, pasantes en servicio social y médicos residentes según institución en 1975 ¹

Instituciones de:	<u>Internos</u>		<u>Servicio Social</u>		<u>Residentes</u>	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
<u>Seguridad Social</u>	3 367	63	1 614	27.4	4 147	72.6
IMSS	2 560	48	1 337	22.7	3 045	53.4
ISSSTE ²	726	13.5	78	1.3	1 009	17.6
Otras	81	1.5	199	3.4	93	1.6
<u>Asistencia</u>	1 370	25.5	3 379	57.4	1 018	17.8
SSA	1 122	21.0	3 325	56.5	689	12.0
DDF	248	4.5	54	.9	329	5.8
Particulares	-	-	-	-	-	-
Otras ²	622	11.5	894	15.1	548	9.6
TOTAL	5 359	100	5 887	100	5 713	100

¹ Este Cuadro fue tomado íntegramente del libro de D. López Acuña, "La Salud desigual en México". Ed. S. XXI. 1980. p. 152.

² Se incluye a Pemex, FFCC, SDN y SMN.

³ Se incluyen instituciones descentralizadas, civiles, estatales, Cruz Roja y otras.

tivas con mayor cobertura poblacional... Nuevo León, México D.F., Baja California Sur, Sonora, Yucatán y Coahuila, se verá que en ellas se concentra el 42.6% de la capacidad de atención en el nivel nacional, que contrasta con el 30.8% de la población nacional que dichas entidades representan. En el otro extremo, si se suman las 5 entidades federativas con menor cobertura (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Zacatecas y Tabasco) se obtiene el 6.9% de cobertura y el 13.1% de la población nacional" ⁵⁴.

En relación al presupuesto, para este mismo año (1978), la SSA dispuso del 12% del gasto en salud para una cobertura aproximadamente del 50% de la población. El IMSS dispuso del 56% para el 27.5% de la población y el ISSSTE con el 32% del presupuesto en salud para el 7.5% de la población ⁵⁵. Para esta época el presupuesto por cada persona que recibía el servicio, era para la SSA de 300 pesos, de 3 443 para el IMSS y para el ISSSTE de 6 667 ⁵⁶.

Del presupuesto total de cada institución se destinaba a actividades de prevención primaria el 13.5% en la SSA, el 4.4% en el IMSS y el 9.5% en el ISSSTE. Respecto al gasto en medicina curativa, la SSA destinó el 40%, el IMSS el 72% y el ISSSTE el 68% ⁵⁷. Resumiendo, del gasto total en salud las actividades curativas significaron el 65% del presupuesto y las actividades preventivas sólo el 7% del presupuesto total.

En cuanto a la estructura de los servicios médicos por niveles de atención Almada apunta: "La SSA cuenta con una infraestructura que tiene

⁵⁴ Op. cit. p. 183

⁵⁵ Laurell, C. y Enriquez, E.A. La Política de Salud en la Crisis Económica: 1976 a 1978. p. 5

⁵⁶ Op. cit. p. 6

⁵⁷ Op. cit. p. 5

una forma piramidal, con una ancha base en el primer nivel de atención médica de todas las instituciones del sector público, es la única que está estructurada de este modo... Los tres niveles de las instituciones de seguridad social forman parte de una sola estructura, aunque desproporcionada. El primero es poco favorecido. El IMSS cuenta con un fuerte tercer nivel (el mayor de todas las instituciones); el ISSSTE tiene un tercer nivel más proporcionado con relación al segundo..." ⁵⁸ .

Se puede concluir que la modernización representada por las unidades hospitalarias no ha significado el mejoramiento y la ampliación de la atención médica para un amplio sector de la población mexicana.

4. Del Surgimiento del Internado a la Formación del IRP en México.

El uso de los términos 'interno' e 'internado' son utilizados por la influencia francesa desde 1920 en América Latina. Los alumnos de medicina pasaban por una etapa por la cual podían desempeñarse como internos o externos en los hospitales; en algunas ocasiones estas actividades se hacían posteriormente a la graduación y podía estar limitada o no a uno o dos años. En algunas ocasiones las plazas las ocupaban mediante concursos, y las actividades a desempeñar consistían en labores asistenciales elementales con un grado limitado de responsabilidad, sujetos a supervisión u obligados a rendir cuentas ante los médicos de mayor jerarquía.

No fue sino en la Primera y Tercera Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina (México, 1957 y Viña del Mar, 1962) ⁵⁹ donde se planteó la necesidad de integrar al curriculum el internado de pregrado, previo a la graduación como un complemento de la enseñanza universitaria y por tanto

⁵⁸ Almada, I. Op. cit. p. 140

⁵⁹ Andrade, J. Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina. No. 3 p. 235

supervisada por las facultades.

Esta medida fue adoptada para dar respuesta a una serie de problemas que venían experimentando las facultades y las escuelas de medicina de América Latina, así como de los servicios médicos que no estaban dando respuesta a los problemas de salud, y por otra parte, como una medida para solucionar el nuevo tipo de práctica que demandaban los mismos servicios de salud y de fuerza de trabajo de éstas.

Para que el internado cumpliera con sus objetivos era necesario que llenara los siguientes requisitos, que fueron planteados en las Conferencias:

"1. Que el trabajo del interno sea supervisado; 2. Que se desarrolle en régimen de jornada completa con dedicación exclusiva; 3. Que represente una participación activa en las labores propias de un hospital adecuado y previamente calificado para ese fin, asumiendo responsabilidades en forma progresiva; 4. Que el trabajo le permita al interno adquirir conocimiento de las relaciones entre la clínica y los servicios preventivos; 5. Que tenga una duración no inferior a los doce meses; 6. Que el interno no tenga trabajo excesivo que pueda resultar en detrimento de las funciones educativas del interno; 7. Que sea de tipo rotativo, entendiendo como tal aquel que comprende las cuatro clínicas básicas, es decir, medicina interna, cirugía, pediatría y obstetricia" ⁶⁰.

Una de las diferencias con el modelo norteamericano de internado de pregrado, es que en los requisitos citados antes, surgidos para el contexto latinoamericano, se incluyó un período de trabajo externo al hospital, urbano

⁶⁰ Cp. cit. pp. 235-236

o rural.

Para 1967 según un documento de García ⁶¹ el 87% de las universidades de Latinoamérica ya tenían en práctica el internado rotatorio de pregrado.

En el terreno de la definición de lo que es el internado rotatorio de pregrado, García señala que éste "representa el período escolar durante el cual los estudiantes ejercen, supervisados, las actividades de un médico, y se realiza al final de los estudios médicos propiamente dichos. Puede ser definido también como el período de transición entre la condición de estudiante y la de médico" ⁶². Christoffanini amplía esta definición al apuntar que es el internado donde el estudiante "completa la adquisición de destrezas y criterios clínicos" ⁶³.

Por otro lado, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina lo define como "la oportunidad de realizar en el hospital una práctica supervisada de la medicina mediante la aplicación de los principios de diagnóstico y terapéutica" ⁶⁴.

Realmente el internado, como lo expresa García en otro documento, representa desde un punto de vista formal la culminación de la carrera de medicina, así como un período de aprendizaje donde se supone que el alumno habrá de integrar teorías previamente revisadas para darle una aplicación práctica.

Para el autor antes citado y para muchos otros, las instituciones educativas tendrían en torno al internado rotatorio tres objetivos generales:

61

García, J.C. Citado por Andrade, J. Op. cit. p. 158

62

Op. cit. p. 234

63

Christoffanini, A.P. El internado en los Estudios Médicos. p. 137

64

Anaya-León, H. Internado en Obstetricia y Ginecología. p. 405

1. Desarrollar un programa que integre los conocimientos adquiridos durante la etapa de formación académica.
2. Conferir a las actividades del alumno una proyección de atención a la comunidad, y
3. Crear una relación entre el aprendizaje y el servicio.

En México el internado existe aproximadamente desde hace cuarente años, aunque no con las características con las que ahora lo conocemos. Según la revisión de Güemes ⁶⁵ al inicio de las actividades de instituciones como el Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición, se crearon plazas de internos. El Hospital Juárez en 1951 empezó un programa de trabajo con diez internos con rotación por las especialidades de cirugía y obstetricia.

Para 1953 de acuerdo con Frenk y colaboradores "se podía hacer internado en muy pocos hospitales de la República, por lo que muchos médicos egresados que deseaban incorporarse al creciente auge de la medicina hospitalaria optaron por emigrar a los Estados Unidos ⁶⁶.

Algunas de las características del internado antes de la incorporación al curriculum fueron: primero, "los médicos eran generalmente graduados que no rotaban por todos los servicios del hospital o si rotaban no era de tipo obligatorio. En muchos hospitales tanto internos como residentes no residían en el hospital, por lo tanto no estaban al servicio de éste las 24 horas. Más bien realizaban trabajos de seis a ocho horas con guardias de i

⁶⁵ Güemes T.J. Internado Rotatorio, Diez Años de Actividades: 1955-1965 p. 3

⁶⁶ Frenk, J., Hernández, H. y Alvarez, L. Análisis Histórico del Internado Rotatorio de Pregrado en México. p. 9

'maginaria' ... En muchos hospitales en donde el médico residía, la salida - de él no estaba controlada porque no había un pago de por medio. Además, no existían autoridades hospitalarias en términos de reglamentación de inter- nos y residencias. La asistencia a determinadas salas o servicios quedaba - al arbitrio del interno o residente, los cuales sólo se interesaban por ser- vicios o la atención de camas de pacientes que eran 'propiedad' de conoci- dos suyos, maestros o amigos. Se podían encontrar internos o residentes que tenían cinco, ocho y hasta diez años de serlo, determinando ésto que el - puesto de interno o residente fuera inamovible, impidiendo la entrada de o- tros médicos" ⁶⁷ .

Un grupo de médicos que había estudiado en los Estados Unidos planteó a- su regreso a México la necesidad de reglamentar el trabajo y la enseñanza - del interno de posgrado. En 1956 dicho grupo realizó por su cuenta un estu- dio nacional. Al año siguiente presentaron los resultados al director de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM y al iniciarse el año de 1959 el - grupo fundó la Comisión Nacional de Internados y Residencias de la Repúbli- ca Mexicana ⁶⁸ .

El 17 de octubre del mismo año el Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM aprobó el cambio curricular para la carrera de Medi- cina. Dos meses después el director de la escuela propuso dicho programa al Consejo Universitario de la UNAM, el cual lo aprobó en 1960 ⁶⁹ .

⁶⁷ Gñemez, T.J. Op. cit. p. 4-5

⁶⁸ Frenk, J. et al . Op. cit. p. 7

⁶⁹ Op. cit. p. 10

Habrían de transcurrir casi dos años antes de que se iniciara el IRP ya- que se tuvieron que dar diversas negociaciones con las instituciones asis- tenciales para obtener las plazas de los futuros internos.

A nivel de la organización de los países latinoamericanos la preocupación era según Andrade, " elevar el nivel científico de los egresados, incremen- tar sus conocimientos y habilidades prácticas, ampliar la información sobre prevención de enfermedades, y crear en ellos una actitud proclive a colabo- rar y participar en acciones preventivas y de salud pública en general" ⁷⁰ . Además, apunta el mismo autor, "si el alumno debía asumir responsabilidades como médico al egresar de la escuela, nada más lógico que enseñarle a asumir las, bajo supervisión, antes de la graduación. Para ello era necesario cre- ar el Internado Rotatorio de Pregrado" ⁷¹ .

Ahora bien, ¿cuáles fueron los argumentos para establecer un programa for- mal de IRP en México?. De acuerdo con la Comisión Nacional de Internados y Residencias A.C. fueron los siguientes:

1. "El establecimiento de un programa educacional para los médicos recién egresados de la escuela es una necesidad ineludible por circunstan- cias que son generales a todas las escuelas de medicina y otras que - son particulares a nuestras facultades mexicanas, tenemos que admitir que la enseñanza impartida en las escuelas es insuficiente para la for- mación del médico y que solamente después de haber obtenido una ex- periencia hospitalaria guiada y sistematizada es cuando se adquiere u

⁷⁰ Andrade, J. Op. cit. p. 157

⁷¹ Op. cit. p. 158

na visión adecuada de la medicina y va formándose un verdadero juicio médico" 72 .

2. "La mejor forma de dar solidez a los conocimientos del médico recién-egresado de las facultades ... es por medio de la dedicación exclusiva al trabajo de hospital y por un término no menor de doce meses. En el IRP se adquiere experiencia básica en los servicios ... en ellos se obtiene una visión de conjunto ... sentando además las bases para iniciar estudios de especialización" 73 .
3. "Beneficios que se reportan a las instituciones hospitalarias: (a) atención continua de los enfermos; (b) atención a los enfermos con los medios con que cuenta el hospital; (c) su actuación redundante en una mejor atención de los enfermos, haciendo mas agil su tratamiento y disminuye el número de días-cama; (d) atención a los servicios de emergen—cia; (e) facilita la labor del cuerpo directivo de un hospital y el trabajo de los médicos externos; (f) se ha demostrado que el hospital que mantiene actividades docentes, incrementa su prestigio y el enfermo se beneficia al aumentar la calidad técnica de todo el cuerpo médico; (g) el servicio de enfermería gozará de la asesoría constante de un cuerpo médico y (h) la erogación que tiene ~~que hacer~~ el hospital — por estos beneficios es relativamente corta, lo que está perfectamente justificado puesto que la remuneración principal que recibe el médico es en experiencia y conocimiento" 74

72 Rodríguez, M.A. et al. Argumentos Para Crear un Programa Formal de Internados y Residentes en la República Mexicana. p. 3

73 Op. cit. p. 3

74 Op. cit. p. 4-5

4. "Beneficios para el cuerpo médico residente: el beneficio principal -- que recibe es la enseñanza y la preparación profesional aprovechando los medios que para este fin ofrece el hospital" ⁷⁵ .
5. "Beneficios que el sistema reporta al médico externo: (a) simplifica su trabajo por contar con la colaboración de personal técnicamente -- preparado para interpretar debidamente sus indicaciones; (b) descarga el trabajo de curaciones, expedientes, etc. necesitando solamente supervisarlos; (c) recibe ayuda en salas de operación; (d) recibe el estímulo de los médicos jóvenes bajo sus órdenes a quienes debe instruir para hacerlo consigo mismo" ⁷⁶ .

En enero de 1962 se inició el IRP en México (formalmente) con 1 200 alumnos anuales de todo el país. Inicialmente se seleccionaron 87 hospitales en la capital y 164 en el interior del país, que representaban un 60% de las plazas en el D.F. y el 30% en el interior y el resto en el extranjero ⁷⁷ .- En 1970 el número de internos ascendió a 2 500 y en 1977 a 8 261 ⁷⁸ y en el siguiente año alcanzó cifras de 10 500 ⁷⁹ .

El incremento acelerado de alumnos y escuelas de medicina en los 70's se enfrentó con el estancamiento de las instituciones de salud de tal manera -- que para dar cabida a las nuevas generaciones de internos la incorporación de nuevas plazas se hizo a base del resto de las instituciones hospitalarias existentes, aunque estas no reunieran los requisitos que regían antes.

⁷⁵ Op. cit. p. 6

⁷⁶ Op. cit. p. 6

⁷⁷ Frenk, J. et al. Op. cit. p. 15

⁷⁸ Rivero, O. Consideraciones Sobre Problemas Actuales de la Enseñanza de la Medicina en México. p. 13

⁷⁹ Frenk, J, et al. Op. cit. p. 20

Algunas escuelas como la UNAM, sobre todo a finales de los 70's introdujeron la pasantía al campo (medio suburbano y rural) para mantener en actividad a los alumnos mientras podían ser recibidos por alguna institución de salud.

El aumento de la importancia relativa de los internos se ilustra enseguida. Los internos junto con el resto de los becarios (pasantes y residentes) en el IMSS representaban en 1970 el 26% del personal médico y el 43% en 1978. Para este período la tasa promedio de crecimiento anual de todos los becarios fue de 17.6% mientras que el mismo parámetro pero para todo el personal médico fue de 10.5% en el mismo período (Cuadro 3).

En opinión de Frenk y colaboradores, "los internos y pasantes no ejercen presión directa sobre el mercado de trabajo médico. Sin embargo, al ejecutar labores que pudieran también practicarse por médicos graduados, se constituye en una capacidad de trabajo sustitutiva de la de estos últimos ... de esta manera afectan la demanda de capacidad de trabajo médico pues satisfacen una parte de ella mediante un mecanismo distinto al de la oferta libre" 80.

La incorporación de los internos al trabajo hospitalario, mal remunerado, con fuertes cargas de trabajo y privado de los derechos laborales produjo una serie de conflictos que se reflejan en el surgimiento de movimientos médicos de 1964, los de 1975-1977, que por su magnitud se consideran los más importantes. Las principales demandas de dichos movimientos han sido: seguridad en el empleo, aumento en las percepciones económicas y prestaciones -

80 Frenk, J. et al. Mercado de Trabajo ... Op. cit. p. 223

Cuadro 3. Estructura del personal médico del IMSS en 1970 y 1978, indicada en números absolutos y relativos, y tasa promedio de crecimiento anual del personal médico.¹

Personal Médico	1970	1978	% 1970	% 1978	Tasa de crecimiento entre - 1970 y 1978
Global ²	11 740	26 030	100	100	10.5
Med. Grales.	3 656	5 729	31	22	5.8
Med. Especia.	2 924	6 060	25	23	9.5
Becarios ³	3 049	11 160	26	43	17.6

¹ Para calcular esta tasa se utilizó la información anual que aparece en las "Memorias Estadísticas de 1975 a 1978 del Departamento de Estadística, Jefatura de Servicios Técnicos del IMSS". De esta fuente provienen los demás datos del Cuadro.

² Los números absolutos de este rubro incluyen personal de servicios auxiliares de Dx y de Tratamiento, del Servicio de Dirección y Subdirección, Enseñanza e Investigación, que no son incluidos en los demás estratos del personal médico.

³ En este estrato se está incluyendo pasantes en servicio social, internos, subinternos y residentes del primer al tercer año y con más de tres años.

sociales, solución a los problemas materiales de cada hospital y mejoras académicas.

Además, para los estudiantes de medicina el IRP y el servicio social han representado la única etapa en la que se cuenta con un trabajo y una remuneración segura. En el conjunto de las movilizaciones iniciadas por los internos las soluciones que han alcanzado es la del aumento de las becas y prestaciones sociales. El problema académico y el de los servicios continúan latentes, de ahí que la importancia del IRP como un momento de encuentro y en ocasiones de confrontación entre educación y atención médica en México. Lo que Frenk y colaboradores llaman 'punto neurálgico' ⁸¹.

⁸¹ Frenk, J. et. al. Análisis Histórico... Op. cit. p. 22

CAPITULO III

EL IRP VISTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INTERNOS

1. Sitios de Trabajo y Actividades de los Internos

En el Cuadro 4 se muestra el porcentaje promedio de tiempo que los - internos dedicaron en diferentes sitios de su internado. Puede verse que - en promedio los internos dedicaron un 53% al servicio de Hospitalización; en un orden de importancia secundaria pero significativa se encuentran la Consulta Externa (15.1%) y el Aula (9.8%). Estos porcentajes contrastan - con un 5.2% de tiempo dedicado a trabajo en la comunidad. Si se suma el - tiempo promedio de todos los sitios relacionados con el servicio de hospi - talización (laboratorio, consultas externas y hospitalización) encontra - mos que el interno ocupa un 81% de su tiempo en dichas actividades. Estos datos son coherentes con el surgimiento del IRP de privilegiar las activi - dades hospitalarias frente a las actividades en comunidad y de docencia; propiciando la separación entre la medicina preventiva de la curativa, - los centros educativos y de hospitalización de la comunidad, reforzando - así la práctica hospitalaria.

En el Cuadro 5 se analizan de manera desglosada las actividad es hos - pitalarias en las que participa normalmente el interno. Encontramos en - promedio, que alrededor del 21% del tiempo se ocupa en "dar consulta o - pasar visita sólo". Porcentaje igual (o similar) se dedica a "escribir a - máquina" y "acompañar a un médico a pasar visita". Estas son las activida - des a las que se les dedica un mayor tiempo.

Cuadro 4. Porcentaje de tiempo que los internos dedican a tareas en distintos sitios.

Sitios	%
Laboratorio clínico y gabinete	6.7
Servicio de hospitalización	53.1
Comunidad	5.2
Consulta externa de hospital	15.1
Aula	9.8
Consulta externa de clínica o centro de salud	6.0
Otra	1.3
Casos perdidos: 140	

¹

La pregunta es: ¿Cuál fue el porcentaje aproximado de su tiempo como interno que usted dedicó a cada una de las siguientes actividades?

Cuadro 5. Porcentaje de tiempo dedicado por los internos a diferentes actividades según la escuela ¹.

Actividades ²	% Por Escuela						\bar{x}
	1	2	3	4	5	6	
A. Actividades formativas hospitalarias.							
1. Discutir casos clínicos con médicos del servicio.	9.9	14.0	7.8	11.1	12.0	12.8	11.2
2. Acompañar a un médico a dar consulta o pasar visita.	17.6	26.0	16.2	19.6	19.0	20.8	19.7
3. Asistir a clases o seminarios teóricos.	9.4	10.1	8.8	10.4	15.8	10.4	10.4
4. Realizar exámenes de laboratorio o de gabinete.	5.0	4.7	4.5	4.4	3.8	5.1	4.2
TOTAL A:	41.9	54.8	37.3	45.5	48.6	47.1	45.5
B. Actividades burocráticas hospitalarias.							
1. Escribir e máquina.	20.5	14.2	22.2	16.8	17.0	24.0	19.1
2. Llevar o recoger órdenes o muestras al laboratorio.	8.2	7.2	16.3	7.9	5.0	4.5	7.8
TOTAL B:	28.7	21.4	38.5	24.7	20.0	28.5	26.9
C. Actividades de responsabilidades hospitalarias.							
1. Dar consulta o pasar visita sólo.	21.6	19.6	12.6	20.8	27.4	21.8	20.6
D. Trabajo en comunidad							
	3.7	4.1	5.0	4.2	3.4	4.9	4.2
E. Otras actividades							
	1.0	1.1	1.3	2.0	7.0	0.3	2.1

¹ La pregunta es: ¿cuál fue el porcentaje aproximado de su tiempo que usted dedicó a cada una de las siguientes actividades?

² La clasificación de las actividades que aquí aparece fue realizada por la autora de la presente tesis.

Este cuadro agrupa las actividades en tres categorías que no son excluyentes y pueden superponerse, y nos parecen interesantes pues ayudan a mostrar que la función del internado es múltiple.

Las tres categorías son: a) actividades formativas; b) actividades burocráticas y c) actividades que responsabilizan al interno. En las actividades formativas incluimos: dar consulta o pasar visita con un médico, discutir casos clínicos, la asistencia a clases o seminarios, y realizar exámenes de laboratorio o de gabinete. Esta categoría representa en el promedio general el 45.5% del tiempo dedicado por los internos. En el cuadro 5 también puede observarse que en la escuela No. 3 los internos dedican sólo un 37.3% de su tiempo a estas actividades formativas, mientras que en la escuela No. 2 dedican 54.8% (casi 10% más del promedio general). En el resto de las escuelas el tiempo dedicado a actividades formativas es muy similar al promedio general.

Por actividades burocráticas entendemos aquellas que, no requiriendo de una capacitación médica ocupan un porcentaje significativo del tiempo de trabajo en el internado, y son: escribir a máquina y llevar o recoger órdenes o muestras de laboratorio. En promedio el 27% del tiempo se dedica a este tipo de actividades. Puede notarse del Cuadro 5 que en la escuela No. 3 los internos dedican casi un 12% más de su tiempo a estas actividades burocráticas en comparación con la media. Inversamente la escuela No. 2, que es la que dedica mayor tiempo a actividades formativas a su vez es la que dedica menos tiempo a las actividades burocráticas, junto con la escuela No. 5.

En la categoría que responsabiliza más al interno se encuentra la actividad de dar consulta o pasar visita sólo, y representa en promedio el 20.6% de su tiempo. Nuevamente podemos observar que el tiempo dedicado por los internos de la escuela No. 3 a esta actividad es la menor de todas las escuelas, mientras que la escuela No. 5 ocupa el porcentaje de tiempo más alto.

En síntesis, la tendencia que muestran los resultados del cuadro en cuanto a la distribución del tiempo del interno en las diferentes actividades hospitalarias es el siguiente: en aquellas escuelas en donde se incrementan las actividades burocráticas disminuyen las actividades formativas y las actividades de responsabilidad. Por el contrario, cuando se abaten las actividades burocráticas hospitalarias, aumentan las actividades formativas y de responsabilidad. En tanto ocurren ambos movimientos, el trabajo en comunidad se mantiene constante, siendo muy similar en todas las escuelas al promedio general.

Desde nuestro punto de vista, a cada una de las categorías de actividades que enunciarnos corresponden una o más funciones del IRP en México. Así, a través de lo que llamamos actividades formativas, se está llevando a cabo de manera fundamental el proceso de socialización de la práctica médica dominante cuyos ejes son la atención de casos complicados y de enfermedades, que incluso comparadas en cuanto a frecuencia de las que se presentan en la consulta externa pueden considerarse "raras".

La clasificación de escuelas o facultades de medicina así como sus características las encontramos en el capítulo de Metodología.

Por otro lado, aunque la función del internado de emplear al interno como mano de obra barata en el hospital, se manifiesta en las tres categorías señaladas, en la categoría de actividades que responsabilizan al interno queda claro que se les delega la responsabilidad de atender pacientes ya sin la supervisión de médicos con una jerarquía superior, que implique una remuneración mayor. Así, un buen porcentaje de su tiempo carece de asesoría, además es sabido que muchas de sus actividades supervisadas están enfocadas a descargar el trabajo rutinario de los médicos de base. Para nosotros las actividades burocráticas indican no sólo un desperdicio de tiempo, sino también una expresión de la jerarquización al interior del hospital y del gremio, fenómeno relacionado con la misma interiorización de la práctica médica dominante. El interno pasa a ser un subalterno de los médicos con niveles superiores, comprobándose que sólo se trata de formar un profesionalista adaptado a las crecientes necesidades de las actividades del hospital.

2. Resultados sobre las Actividades Teóricas de los Internos.

En este apartado se construyeron tres cuadros que ofrecen una visión de lo que fue la actividad teórica del interno. Hay que recordar que, como lo muestran los cuadros 4 y 5, esta actividad representó alrededor del 10% de su tiempo.

El Cuadro 6 presenta la opinión de los alumnos en cuanto a si las actividades teóricas desarrolladas en el aula (conferencias, exposiciones magistrales, seminarios, etc.) estaban muy o poco relacionadas con el tipo -

Cuadro 6. Consideración de si las actividades teóricas guardan relación con el tipo de casos que el interno enfrenta en los servicios, según la escuela ¹ .

Relación	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Alta ²	63	65	67	74	86	75	72
Baja ³	37	35	33	26	14	25	28
TOTAL							100
Casos Totales Perdidos: 17							

¹ La pregunta es: ¿Considera que los temas tratados en las actividades teóricas desarrolladas en el aula (conferencias, exposiciones magistrales, seminarios, etc.) durante el internado guardaban una estrecha relación con el tipo de problemas que usted enfrentaba en los servicios?

² En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "siempre" y "la mayoría de las veces".

³ En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "pocas veces" y "nunca".

de casos que enfrentaba en los servicios. En promedio el 72% de los alumnos consideraron que las actividades teóricas estaban altamente relacionadas, y 28% respondió que era baja esta relación. En la escuela No. 5 podemos observar que un 86% de los internos (el porcentaje más alto de todas las escuelas) consideró que sus actividades teóricas guardaron una alta relación con los casos que el interno enfrenta en los servicios. En la escuela No. 1 se tuvo el mayor porcentaje de estudiantes que opinaron que sus actividades teóricas tenían baja relación con la práctica en los servicios.

Si nos guiamos por el hecho de que el 72% de los encuestados consideró que la actividad teórica fue coherente con la práctica, esto nos remite de nuevo a la primacía de los padecimientos del hospital sobre los de la consulta externa, considerando que la mayor parte de su tiempo (53%, Cuadro 4) la pasó en el servicio de hospitalización.

La relativamente alta relación entre actividad teórica y práctica hospitalaria sugiere que los alumnos generalmente no revisan los problemas más comunes que presenta la mayoría de la población que acude a los servicios de salud; sino que está enfocada a la especialización, misma que considera que el estudio de los casos más complicados o raros de la hospitalización es lo que le da más prestigio a la institución.

Los Cuadros 7 y 8 se refieren al tiempo dedicado a las actividades teóricas por los internos. En el Cuadro 7 se muestra cuánto de su tiempo invertido en actividades teóricas fue dedicado a asistir a conferencias, ex

Cuadro 7. Tiempo que dedica el interno a las actividades teóricas, según la escuela ¹.

Tiempo	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Menor del 25%	44	26	40	66	39	31	41
Entre 25% y 50%	42	45	42	26	47	48	42
Mayor del 50% ²	14	29	18	8	14	21	17
TOTAL							100
Casos Totales Perdidos: 12							

¹ La pregunta es: en términos generales ¿qué porcentaje de su tiempo dedicó usted durante el internado a las actividades teóricas mencionadas en la pregunta anterior?

² En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "entre 50% y 75%" y "entre 75% y 100%".

posiciones magistrales y seminarios. En promedio, el 41% de los internos dedicó menos del 25%; el 42% entre el 25 y 50% y sólo el 17% manifestó - que dedicó a estas actividades más del 50%. La revisión de la información por escuela se mantiene en esta tendencia.

Esto nos puede indicar que el mayor tiempo dedicado al aula está más relacionado con la revisión de casos clínicos o a clases por áreas de especialización, concordando con los resultados del Cuadro 6 sobre el tipo de problemas que enfrenta en los servicios y su relación con las actividades teóricas.

En este caso lo que podemos reflexionar es que los aspectos preventivos de la enfermedad no son tratados ni siquiera en sus aspectos teóricos por un 72% de los alumnos. Considerando que el 28% respondió que la relación entre actividades teóricas y casos enfrentados era baja, puede suponerse que esta población de internos tuvo una relación con el primer nivel de atención a la salud.

En el Cuadro 8 se presenta la opinión de los alumnos de si el tiempo dedicado durante el internado a las actividades teóricas fue escaso o suficiente. En promedio, un 65% de ellos respondió que fue escaso y un 35% que fue suficiente. En los cuadros 4 y 5 vimos que estas actividades teóricas ocuparon alrededor del 10% de su tiempo global, mismo que fue estimado como escaso por los internos. Podemos observar en el Cuadro 8 que, salvo para la escuela No. 5, la mayoría de los estudiantes de todas las escuelas consideraron que el tiempo dedicado a las actividades teóricas

Cuadro 8. Consideración sobre el tiempo dedicado a las actividades teóricas, según la escuela ¹.

Tiempo	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Escaso ²	72	71	77	62	50	58	65
Suficiente ³	28	29	23	38	50	42	35
TOTAL							100
Casos Totales Perdidos: 10							

¹ La pregunta es: ¿Usted considera que el tiempo dedicado a las actividades teóricas durante el internado fue: ...?

² En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "nulo" y "escaso".

³ En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "suficiente" y "demasiado".

fue escaso. La opinión de los internos de la escuela No. 5 se mostró dividida en partes iguales.

Lo escaso y seguramente insuficiente del tiempo dedicado a actividades teóricas está en relación con la separación tajante que se ha hecho de la teoría y la práctica en la formación de los médicos. Delegándole al internado principalmente la adquisición de habilidades en contrapartida de las actividades teóricas y de investigación.

3. Grado de Participación de los Internos en la Hospitalización y la Consulta Externa en los Servicios de Especialización del IRP.

En el Cuadro 4 encontramos que el 81% del tiempo de los internos está relacionado con el servicio de hospitalización en el que incluimos: laboratorio, consulta externa y hospitalización, y que el mayor tiempo de acuerdo a estos datos es dedicado en la hospitalización propiamente dicha (53%) y la consulta externa (21%).

Esta tendencia general coincide con las premisas que hemos venido manejando, de que las actividades de los médicos en los servicios de salud se constituyen en una práctica especializada y que el IRP se plantea como una vía institucionalizada para formar un profesionista adaptado al nuevo tipo de práctica y para cubrir las necesidades de fuerza de trabajo. Esto se pone en evidencia con más claridad a través de una revisión de lo que sucede en cada una de las especialidades, como lo veremos enseguida. En el Cuadro 9 se reúne la información del tiempo dedicado por los internos a hospitalización y consulta externa en tres servicios básicos: Medicina Interna, -

Cirugía y Gineco-obstetricia.

Del tiempo dedicado a Medicina Interna puede observarse que en promedio el mayor número de internos pasó más tiempo en hospitalización del servicio, que en consulta externa, que en porcentaje representa respectivamente el 72% y el 7%. Un porcentaje mediano de alumnos (17%) equilibró su dedicación dentro del servicio, entre la consulta externa y la hospitalización. En cuanto a la revisión por escuelas puede observarse que en la No. 4 y 6, la casi totalidad de sus alumnos (90%) pasan más tiempo en hospitalización. En la escuela No. 2 se observa una baja con respecto al promedio de los estudiantes que pasaron más tiempo en hospitalización (sólo el 46% de sus estudiantes). Para esta misma escuela el 19% de sus internos pasaron más tiempo en consulta, lo que constituye el porcentaje más alto. Sin embargo, fue en esta escuela en donde se tuvo el porcentaje más alto de estudiantes que no rotaron por este servicio (14%).

Cabe destacar aquí, que en las escuelas Nos. 4, 5 y 6 todos los internos rotaron por el servicio.

En el mismo cuadro se reúne la información para el servicio de especialidad de Cirugía en cuanto a tiempo dedicado a consulta externa y hospitalización. Fácilmente puede observarse que presenta exactamente el mismo perfil de Medicina Interna: el 68% promedio de los alumnos pasa mayor tiempo en la hospitalización; 23% dedican igual tiempo a la consulta y a la hospitalización, pero en cambio sólo un 5% pasa más tiempo en consulta. También hubo un grupo de alumnos (4%) que no rotó por Cirugía. No obstante que la tendencia central de la cirugía es muy similar a la de la Medicina

Cuadro 9. Porcentaje del tiempo dedicado por los internos a Consulta Externa y a Hospitalización en los servicios de: Medicina Interna, Cirugía y Gineco-Obstetricia, según la escuela. ¹.

Medicina Interna	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Más tiempo en consulta	10	19	2	-	5	5	7
Igual tiempo en consulta y hospitalización	18	26	18	10	20	9	17
Más tiempo en hospitalización	70	41	70	90	75	86	72
No rotó por el servicio	2	14	10	-	-	-	4
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Cirugía	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Más tiempo en consulta	4	7	2	3	12	4	5
Igual tiempo en consulta y hospitalización	10	21	11	3	86	5	23
Más tiempo en hospitalización	84	63	76	94	2	91	68
No rotó por el servicio	2	9	11	-	-	-	4
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Gineco-obstetricia	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Más tiempo en consulta	2	2	-	-	2	2	1
Igual tiempo en consulta y hospitalización	13	18	6	3	10	13	11
Más tiempo en hospitalización	85	79	93	97	83	85	87
No rotó por el servicio	-	1	1	-	5	-	1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

¹ La pregunta para este cuadro y los demás similares es: indique usted para cada uno de los servicios que rotó durante el internado, dónde pasó más, en Consulta Externa o en Hospitalización (incluyendo quirófanos y salas de expulsión).

Interna, es importante hacer notar la desviación que ocurre en la escuela No. 5, en donde sólo un 2% de los internos señalaron que pasaron más tiempo en hospitalización, mientras que el 86% de ellos distribuyó su tiempo de igual manera en consulta y hospitalización, siguiéndole en orden de importancia la escuela No. 2 con un 21%.

Todos los alumnos de la escuela No. 4, 5 y 6 rotaron por cirugía.

El predominio de la hospitalización sobre la consulta externa se acentúa en la especialidad de Gineco-Obstetricia. Sólo el 1% en promedio dedicó más tiempo a la consulta externa, mientras que el 87% de los internos dedicó más tiempo a la hospitalización. La revisión de los datos por escuela nos muestra que hubo un comportamiento muy similar a la del promedio general, y sólo las escuelas Nos. 2, 3 y 5 no pudieron rotar todos sus alumnos por el servicio.

El predominio de la hospitalización implica que los internos en Gineco-Obstetricia se están dedicando casi exclusivamente a la atención de los trabajos de parto, sin participar en una atención más integrada de la embarazada en la gestación y el postparto, o sea, complementar el tiempo de hospitalización con el de consulta externa como ocurrió en el 11% de los internos encuestados. En este caso de la Obstetricia cobra mayor importancia la consulta externa porque a través de ella y excepcionalmente, se pueden realizar actividades preventivas o de primer nivel.

Creemos que al alto porcentaje de los alumnos que dedicaron más tiempo a hospitalización en Gineco-Obstetricia, por un lado, y por otro, el bajo número de internos que no rotó por este servicio (1%) está relaciona-

do con el hecho de que existe una mayor demanda.

Lo anterior nos sugiere, que si bien es cierto que al alumno se le proporcionan los medios para adquirir habilidades prácticas, estas habilidades están de acuerdo a las necesidades de los servicios y no a una visión integral del cuidado de la salud: promoción, prevención y tratamiento en la misma importancia; los datos proporcionados por estas especialidades son los más demostrativos para comprobar que los estudiantes son prestadores de servicios. Un comentario general sobre la información del Cuadro 9 es que a pesar de que un porcentaje relativamente pequeño de alumnos no rotaron por alguno de los servicios, nos está indicando que existen hospitales que no cuentan con la infraestructura suficiente para la implementación de los servicios obligatorios del IRP.

Al revisar el caso de la especialidad de Pediatría (Cuadro 10) encontramos también la tendencia ya apuntada para los tres cuadros anteriores, con la pequeña diferencia que aumentó el número promedio de alumnos que dedicó igual tiempo a la consulta y la hospitalización (20%). Sin embargo, podemos examinar que dos escuelas, la No. 4 y la No. 6, continuaron manteniendo un alto porcentaje de alumnos que estuvieron más tiempo en la hospitalización (90% y 85% respectivamente). Las instituciones educativas cuyos internos dedicaron un 8% más de su tiempo en la consulta y hospitalización, son las Nos. 1, 2 y 3.

El bajo porcentaje de alumnos que no rotó por el servicio también puede explicarse por una causa similar a la señalada en el comentario del cua

Cuadro 10. Tiempo dedicado por los internos a Consulta Externa y a Hospitalización en el servicio de especialidad de Pediatría, según la escuela.

Dedicación	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Más tiempo en consulta	11	16	4	2	5	4	7
Igual tiempo en consulta y hospitalización.	28	27	28	8	16	11	20
Más tiempo en hospitalización	60	56	65	90	69	85	70
No rotó por el servicio	1	1	3	-	10	-	3
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100
Casos Totales Perdidos: 27							

dro anterior (Gineco-Obstetricia): alta demanda de servicio. Probablemente el aumento observado en el igual tiempo dedicado a la consulta y la hospitalización, se deba a que en la consulta pediátrica generalmente es necesario contar con un ayudante, por lo problemático que puede ser el manejo del niño.

Antes de pasar a analizar los resultados de los cuadros subsiguientes queremos detenernos en un comentario general sobre los resultados de las cuatro especialidades anteriores, que presentan las cuatro especialidades básicas por las que debe rotar un interno. Para nosotros esta tendencia general de dominio de la hospitalización sobre la consulta externa, también tiene que ver con el tipo de acto terapéutico. Hablamos de tipo de acto terapéutico, porque si bien es cierto que en la práctica médica actual domina el acto terapéutico frente a la atención primaria (prevención), el hospital apuntala una terapéutica aún más especializada que relega a un segundo plano el tratamiento de las enfermedades más comunes de la población que acude a los servicios de atención médica.

Dicho de otra manera, bajo esta práctica médica dominante los alumnos tienen fundamentalmente acceso a aquellas enfermedades que por su evolución o complicaciones ameritan la hospitalización. Esto es, los padecimientos más comunes que debe diagnosticar y tratar un médico general no son estudiados primordialmente por los internos.

Por otro lado, los casos que son dados de alta en la hospitalización (en cualquiera de las especialidades básicas) no pueden ser seguidos en su evolución por los alumnos, puesto que su participación en la consulta externa como vimos en los cuadros anteriores, es mínima.

En los Cuadros 11 y 12 se presentan los resultados del tiempo dedicado por los internos en subespecialidades (Cardiología, Neurología, Urología, etc.) y en la especialidad de Medicina Familiar, respectivamente. Estos cuadros arrojan datos con una tendencia completamente diferente de los que hemos venido revisando.

En lo que respecta a las subespecialidades (Cuadro 11) si bien es cierto que la mayoría de los alumnos también le dedicaron mayoritariamente más tiempo a la hospitalización, también lo es el hecho de que el porcentaje promedio de alumnos es el más bajo (47%) con respecto a las especialidades básicas analizadas; con excepción de la escuela No. 4 cuyos alumnos (76%) pasaron más tiempo en hospitalización. El porcentaje de alumnos que dedicó igual tiempo a la consulta que a la hospitalización alcanzó un 20% promedio similar al de Pediatría (Cuadro 10), sólo superado por las escuelas No. 2 con un 9% y la No. 5 con 5% más de alumnos dedicados igual tiempo en consulta y hospitalización.

Lo que más llama la atención es el 19% promedio de alumnos que dedicaron más tiempo a la consulta en las subespecialidades (siendo la escuela No. 6 la más demostrativa con el 35% de sus alumnos). Una posible causa de la disminución de alumnos dedicados a la hospitalización y un aumento correlativo de alumnos dedicados a la consulta puede ser la siguiente: no todos los hospitales cuentan con un servicio de hospitalización subespecializado; generalmente los casos que caerían en subespecialidad, dependiendo del tipo de problema, pueden ser remitidos a los servicios de Medicina Interna o Cirugía. En cambio, esos mismos hospitales sí pueden contar con un especialista de estos campos atendiendo consulta externa. También -

Cuadro 11. Tiempo dedicado por los internos a Consulta Externa y a Hospitalización en varias subespecialidades (Cardiología, Neurología, etc.) según la escuela.

Dedicación	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Más tiempo en consulta	23	22	12	10	11	35	19
Igual tiempo en consulta y hospitalización.	23	29	13	14	25	17	20
Más tiempo en hospitalización	36	31	42	76	48	48	47
No rotó por el servicio	18	18	33	-	16	-	14
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100
Casos Totales Perdidos: 182							

Cuadro 12. Tiempo dedicado por los internos a Consulta Externa y a Hospitalización en el servicio de especialidad de Medicina Familiar, según la escuela.

Dedicación	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Más tiempo en consulta	60	35	39	83	31	74	54
Igual tiempo en consulta y hospitalización.	11	9	4	15	2	12	9
Más tiempo en hospitalización	7	4	1	2	2	14	5
No rotó por el servicio	22	52	56	-	65	-	32
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Casos Totales Perdidos: 144

hay casos de hospitales que carecen de estas subespecialidades, lo que se expresa en el Cuadro 11 con un nivel alto (sólo superado por el de Medicina Familiar, como se ve en el Cuadro 12) de alumnos que no rotaron por el servicio en cuestión.

Todos los internos de las escuelas No. 4 y 6 rotaron por las subespecialidades.

Por otro lado, los resultados en cuanto a Medicina Familiar (Cuadro 12) nos muestran lo siguiente: un 32% a nivel global de los alumnos, sencillamente no rotó por este servicio, siendo las universidades más afectadas, las No. 2, 3 y 5 con un porcentaje mayor del 50%. De los que rotaron por él un porcentaje promedio muy alto (54%) pasó más tiempo en la consulta, lo que es coherente con la práctica de esta especialización.

Todos los alumnos de las instituciones educativas No. 4 y 6 rotaron por este servicio.

Es importante recordar que para 1978, año en que se realizó la encuesta que venimos revisando, esta especialización tenía pocos años de haberse establecido en el IMSS, principal receptor de internos; de ahí que en muchos hospitales seguramente aún no existía. Esto puede explicar el porcentaje tan alto de los alumnos que no rotaron.

4. Resultados Sobre Responsabilidad de los Internos en el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades.

El Cuadro 13 presenta la opinión del interno sobre su responsabilidad

Cuadro 13. Consideración de interno sobre su responsabilidad en el diagnóstico de los pacientes, por escuela ¹.

Responsabilidad	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Alta ²	80	75	54	93	73	85	77
Baja ³	20	25	46	7	27	15	23
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Casos Totales Perdidos: 16

¹ La pregunta es: en términos generales ¿cuál considera usted que fue su responsabilidad en el diagnóstico de los pacientes, que usted vió al desarrollar sus actividades como interno?

² En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "bastante responsabilidad" y "demasiada responsabilidad".

³ En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "ninguna responsabilidad" y "poca responsabilidad".

en el diagnóstico de los pacientes, misma que pudo ocurrir en la consulta externa o la hospitalización. En promedio 77% de los internos encuestados opinó que su responsabilidad era alta y sólo un 23% la consideró baja. Un resultado muy similar se obtuvo en torno de la responsabilidad en el tratamiento de los pacientes (Cuadro 14). Para este caso, el promedio fue: 74% contestó que su responsabilidad fue alta contra un 26% que la consideró baja. Podemos examinar en estos cuadros que en la escuela No. 4 el 93% de sus alumnos consideraron una alta responsabilidad en el diagnóstico de los pacientes y un 89% lo consideró en el tratamiento, encontrándose ambos datos aproximadamente 15 % por arriba del promedio general. En orden de importancia en juzgar alta su responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento son: los internos de la escuela No. 6 con un 85% y 80% respectivamente. La escuela No. 3 presentó casi dividida su opinión entre los alumnos que estiman alta o baja su responsabilidad en el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes.

La extralimitación de la responsabilidad que recae en el interno señala claramente que él está realizando actividades que le deberían corresponder a médicos de base, llevando a cabo su trabajo sin la supervisión de estos últimos.

5. Percepción de los Internos Sobre Posibilidades de Prevención y el Origen Social de las Enfermedades.

Lo que nosotros estamos entendiendo por origen social de la enfermedad, es el carácter de clase de la enfermedad, que implica la necesidad -

Cuadro 14. Consideración del interno sobre su responsabilidad en el tratamiento de los pacientes, por escuela ¹.

Responsabilidad	% Por Escuela						\bar{X}
	1	2	3	4	5	6	
Alta ²	74	69	52	89	78	80	74
Baja ³	26	31	48	11	22	20	26
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Casos Totales Perdidos: 21

¹ La pregunta es: en términos generales, ¿cuál considera usted que fue su responsabilidad en el tratamiento de los pacientes que usted vió al desarrollar sus actividades como interno?

² En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "bastante responsabilidad" y "demasiada responsabilidad".

³ En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "poca responsabilidad" y "ninguna responsabilidad".

de considerar al proceso salud-enfermedad como un problema de la colectividad y que se relaciona con procesos mucho más complejos que la sola curación del individuo. Nos queda claro que es difícil que este tipo de conceptos sean manejados por los internos, sin embargo creemos que la realidad social permite que el alumno visualice algunos problemas sociales relacionados con la enfermedad como pueden ser las parasitosis o las enfermedades carenciales.

En el Cuadro 15 se reúne la información sobre las respuestas que los internos hicieron a la pregunta sobre el porcentaje de enfermedades que a su juicio pudieron prevenirse en los pacientes atendidos. Alrededor del 50% promedio de los internos dijo que la gran mayoría de las enfermedades pudieron haberse prevenido. Cerca de un 30% promedio de alumnos señaló que alrededor de la mitad de las enfermedades, y un 18% respondió que pocas de ellas se podían prevenir.

Relacionado con el cuadro anterior está el resultado del Cuadro 16 que se refiere al porcentaje de enfermedades que según el interno eran de origen social. Para un 36% promedio de los alumnos una gran mayoría de las enfermedades eran de tipo social y un porcentaje similar (34%) consideró en cambio que el porcentaje era bajo. Otro 30% promedio de los encuestados opinó que alrededor de la mitad de los pacientes padecía una enfermedad con causalidad social. La revisión de los datos por escuela nos muestra que hubo un comportamiento muy similar a la del promedio general, sólo en la escuela No. 3 el 43% de sus alumnos juzgó que alrededor de la mitad de las enfermedades con las que estuvo en contacto eran prevenibles, así mismo, el 41% de estos internos estimaron que era baja la causalidad -

Cuadro 16. Percepción de los internos sobre el porcentaje de enfermedades de causas de tipo social, según la escuela ¹.

Porcentaje de Enfermedades	% Por Escuela						\bar{x}
	1	2	3	4	5	6	
Alto ²	40	31	38	-	26	46	36
Intermedio ³	25	36	27	-	33	30	30
Bajo	35	33	35	-	41	24	34
TOTAL	100	100	100	-	100	100	100
Casos Totales Perdidos: 80 ⁵							

¹ La pregunta es: ¿qué proporción de los pacientes con los que usted entró en contacto durante el internado, sufrían alguna enfermedad cuyas causas eran, en opinión de usted, principalmente de origen social?

² En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "todas" y "la gran mayoría".

³ En esta categoría se incluye una opción de respuesta: "alrededor de la mitad".

⁴ En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "pocos" y "ninguno".

⁵ En estas cifras incluimos la escuela No. 4 que no respondió a esta pregunta.

social de los casos enfrentados durante su internado.

Puede sugerirse que la disminución del porcentaje de internos que pensaron que las enfermedades tenían una alta causalidad social, en comparación con el porcentaje más alto de estudiantes que opinaron que la gran mayoría de las enfermedades podían prevenirse, se debe a un factor de subjetividad al tiempo de definir qué enfermedad era social y cuál no.

Nos parece importante destacar que entre los internos, de acuerdo a los datos, sí existe una conciencia quizá no muy clara, del origen social de las enfermedades y de que muchas de estas pueden ser prevenidas. Desafortunadamente las políticas de salud de las instituciones no favorecen la creación de condiciones que permitan el desarrollo de actividades preventivas. Cuando estas existen se limitan por ejemplo a la vacunación de la población.

Por otro lado, en los apartados anteriores de resultados hemos visto cómo se privilegian las actividades de curación y hospitalización, lo que no es coherente con una preocupación verdadera por los orígenes sociales de las enfermedades y por la prevención de las mismas, como originalmente se planteó en las Conferencias de Escuelas y Facultades de América Latina (ver capítulo II). En ellas se estableció la necesidad de "adquirir conocimientos de las relaciones entre la clínica y los servicios preventivos", así como el de "conferirle al alumno una proyección de atención a la comunidad".

Hemos venido diciendo que la educación médica planteada alrededor del hospital contribuye a la separación de la medicina curativa de la preventi

va y a los centros educativos y de hospitalización de la comunidad. Esto es, desde el momento que la enfermedad pasó a ser el patrimonio de la práctica médica, los recursos humanos que se requieren en el sector son formados bajo estos conceptos o agentes de unificación social (saber y práctica médica) que se identifican con la concepción de salud de una clase y con el tipo de profesional que el sistema requiere (aún con todas las contradicciones que esto implica). De ahí, que el hospital refuerza estos conceptos.

6. Percepción de los Internos sobre su Preparación en el Internado.

En este apartado haremos referencia a la imagen de los internos sobre su preparación durante el internado. Consideramos que los cinco apartados de resultados que hemos venido revisando aportan elementos para comentar y analizar lo relativo a la imagen que tuvo el encuestado sobre su quehacer. Así mismo, nos servirán para la reflexión de las opiniones que el interno tuvo sobre su preparación antes de ingresar al internado.

En el Cuadro 17 aparecen los niveles de prevención en los cuales recibió preparación el interno y su opinión en cuanto a la calidad de la preparación adquirida. Destaca en un primer momento lo relativo a la 'Identificación y Tratamiento de las Enfermedades', nivel en el que los alumnos manifestaron haber adquirido una buena o muy buena preparación. En la escuela No. 5, todos sus alumnos (100%) consideraron como buena su formación en este nivel.

Cuadro 17. Percepción de los internos de pregrado sobre su preparación en el internado, en relación a los niveles de prevención ¹.

Niveles	% Por Escuelas																		\bar{x}		
	1			2			3			4			5			6					
	A ²	M ³	B ⁴	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B			
Identificación y tratamiento de las enfermedades.	88	11	1	83	15	2	81	16	3	97	3	-	100	-	-	93	7	-	90	9	1
Prevención de las enfermedades.	51	32	17	45	28	27	34	36	30	44	30	26	63	27	10	56	30	15	49	30	21
Mantenimiento y promoción de la salud.	42	32	26	38	29	33	27	29	44	31	41	26	56	24	20	50	31	19	41	31	28
Rehabilitación del enfermo.	40	30	30	43	23	34	30	25	45	49	27	24	47	31	22	51	28	21	43	27	30

¹ La pregunta es: ¿en qué medida el internado de pregrado logra una buena preparación de los internos en las siguientes áreas?

² A = Alta. En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "muy buena" y "buena".

³ M = Media. En esta categoría se incluye una opción de respuesta: "regular".

⁴ B = Baja. En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "pobre" y "muy pobre".

En el primer nivel de prevención de enfermedades se tuvieron en el cuestionario dos subniveles: 'Prevención de las Enfermedades y 'Mantenimiento y Promoción de la Salud'. A diferencia de la opinión tan clara en el segundo nivel de prevención, en estas dos preguntas la opinión de los internos sobre la calidad de su formación estuvo muy dividida en las tres opciones de respuesta. En el caso de 'Prevención de Enfermedades' las diferencias se manifestaron desde el 63% de la escuela No. 5 al 35% de los alumnos de la escuela No. 3 que consideraron buena la formación en este nivel. En cambio un 30% promedio la consideró regular y un 21% como pobre. Para el 'Mantenimiento y Promoción de la Salud' también las opiniones estuvieron divididas entre las universidades y las diferentes formas de respuesta; en promedio el 41% de los alumnos la consideró buena, el 31% como regular y el 28% como pobre. Se puede destacar nuevamente las diferencias que se dan entre la escuela No. 3 y la No. 5, la primera es la que cuenta con el porcentaje más bajo en estimarla como buena (27%) y la más alta en juzgarla como pobre (44%). En cambio la segunda es la más alta como buena (56%) y la más baja como pobre (20%).

Puede sugerirse que el ligero descenso de estudiantes que consideraron buena su preparación en 'mantenimiento...' en comparación con 'prevención...' se debe a que los internos sí llegan a realizar algunas actividades de vacunación que relacionan más con prevención. En cambio, como el mantenimiento de la salud requiere de otro tipo de actividades que no son realizadas en las instituciones hospitalarias, se puede explicar el descenso de los alumnos que consideraron este aspecto de la formación como buena.

Comentario aparte merece el tercer nivel de prevención (Rehabilitación). La opinión de los internos sobre la calidad de su formación en este nivel se dividió casi en forma homogénea, en buena, regular y pobre. Esto lo podemos relacionar con la separación tajante que se ha hecho de las instituciones de rehabilitación de las de hospitalización.

Para nosotros, la percepción de los internos en cuanto a su formación es muy coherente con los resultados que aportó la encuesta de 1978 con respecto a los sitios y actividades de los internos (ver Cuadro 4 y Cuadro 5). De los sitios en los que trabajó el interno, el principal de ellos que se relacionaría con el primer nivel de prevención es el trabajo en comunidad que sólo ocupó el 5% del tiempo de los internos. El otro sitio que podría estar relacionado con este nivel es la consulta externa de clínica, hospital y centro de salud, los cuales comprendieron el 26% del tiempo de los internos. Sin embargo, se sabe que los ritmos y cargas de trabajo de la consulta en las instituciones de salud prácticamente impiden la realización de este tipo de actividades. Así mismo, en el Cuadro 5 vimos una tendencia muy similar en cuanto a trabajo de comunidad y consulta externa.

Así, a un escaso trabajo de comunidad y en consulta externa le correspondió una percepción de los alumnos de haber recibido una formación regular en el primer nivel de prevención de la salud, muy contrastante con el alto porcentaje de alumnos que opinó haber recibido una buena preparación en la identificación y tratamiento de las enfermedades, nivel altamente relacionado con las actividades a las que le dedicó mayor tiempo (hospitalización).

Cuadro 18. Percepción de los internos de pregrado sobre su preparación durante los cursos regulares, en relación a los niveles de prevención ¹.

Niveles	% Por Escuela																				
	1			2			3			4			5			6			\bar{X}		
	A ²	M ³	B ⁴	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	B	A	M	
Identificación y tratamiento de las enfermedades.	62	32	6	61	35	4	65	28	7	96	4	-	-	-	-	73	23	4	72	24	
Prevención de las enfermedades.	45	30	25	46	24	30	56	25	19	41	43	16	-	-	-	32	40	28	44	32	2
Mantenimiento y promoción de la salud.	33	35	32	37	32	31	52	23	25	22	53	25	-	-	-	26	32	42	34	35	3
Rehabilitación del enfermo.	27	31	42	27	30	43	23	28	49	38	37	25	-	-	-	35	24	41	30	30	4

¹ La pregunta es: ¿en qué medida los cursos regulares de su escuela, previos al internado, logran una buena preparación de los estudiantes en las siguientes áreas?

² A = Alta. En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "muy buena" y "buena".

³ M = Media. En esta categoría se incluye una opción de respuesta: "regular".

⁴ B = Baja. En esta categoría se incluyen dos opciones de respuesta: "pobre" y "muy pobre".

Es interesante revisar conjuntamente el Cuadro 17 con el Cuadro 18 , esto es, comparar la imagen de los internos sobre su formación antes del internado y la que recibieron durante el mismo. Lo primero que destaca es la gran similitud de las tendencias de los resultados en lo que se refiere al primer y tercer niveles de prevención. Las diferencias se dan en base a 10% más de lo que percibieron antes del IRP, según lo que manifestó cada escuela.

En cuanto al segundo nivel, los alumnos que opinaron que antes del internado habían recibido una buena formación, se incrementó cerca de un 20% para cada escuela después de haber realizado el internado. Sólo la escuela No. 4 manifestó que casi no hubo ninguna diferencia en su formación previa al internado y durante el internado en la 'identificación y tratamiento de las enfermedades'. Esto significa que la misma práctica del internado ayuda a fortalecer el segundo nivel de la prevención, a través de un mayor privilegio a ese nivel.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

En nuestra opinión el principal aporte de este trabajo es el presentar un panorama general sobre el surgimiento del IRP en México y sobre las características de las actividades que realizan los internos actualmente. Sobre el primer aspecto de este panorama hemos tratado de demostrar la decisiva relación entre el surgimiento y el desarrollo del IRP con lo que hemos llamado el 'boom' hospitalario mexicano. Se encontró también que la cancelación de este 'boom' que empezó a manifestarse a principios de los 70's se ha convertido en un factor limitante del proyecto original tal y como se plasmó en el documento de la Comisión Nacional de Internados y Residentes A.C., en virtud de que la población estudiantil de las escuelas de Medicina no pueden tener acceso a todos los servicios hospitalarios planteados en un principio, como se muestra en los resultados de los cuadros 9 y 10 del Capítulo III.

Por otro lado, en lo que respecta a las características de las actividades de los internos, se aportó una visión general de las mismas a través de múltiples cuadros del Capítulo III. Queremos destacar aquí algunas de esas características con el fin de someter a revisión la tesis original con la que iniciamos esta investigación sobre el IRP en México.

Así, vimos que los internos despliegan actividades múltiples que responden a dos funciones básicas del IRP, a saber: a) socialización de la práctica médica dominante y b) empleo de mano de obra barata.

En cuanto a la primera función los resultados de varios cuadros indican el predominio del tiempo dedicado a actividades de hospitalización sobre actividades en comunidad, el predominio de la hospitalización propiamente dicha sobre la consulta externa. Así mismo los resultados indican que existe una correspondencia alta entre las actividades teóricas de los alumnos y los enfrentados en los servicios. Estas tres expresiones de las actividades que realmente llevan a cabo los internos, efectivamente nos están indicando que el IRP es una vía institucionalizada para formar un profesionalista adaptado a la práctica hospitalaria; esto es, una vía de socialización de la práctica médica dominante.

En relación a la segunda función del IRP (empleo de mano de obra barata por parte de las instituciones de salud) los resultados concernientes a actividades que responsabilizan al interno en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, nos parecen los que de mejor manera ilustran esta función.

Señalado lo anterior podemos afirmar que los dos objetivos que nos fijamos para abordar el problema fueron cubiertos: lograr un conocimiento sobre las características del IRP en México e identificar las funciones que cumplen dentro del sistema asistencial y educativo. Sin embargo, no podemos sostener que los aportes de la presente tesis sirvan para reforzar como correcta la tesis original que aparece en la página 2 de este trabajo.

Para ampliar la afirmación anterior diremos que si bien es cierto que se aportaron elementos para demostrar que las actividades que desempeñan los internos del IRP están determinadas predominantemente por la estructura de la asistencia médica; no podemos por otro lado, afirmar que el IRP se en

cuentre desvinculado de los objetivos que guían al programa de formación de los médicos.

Justamente, entre otras limitaciones de la presente tesis, es la — que se refiere a que no nos planteamos desde un principio indagar los objetivos que las escuelas de Medicina se planteaban con el IRP. El hecho de que a lo largo de la investigación constatáramos la pobreza en cuanto a referencias de dichos objetivos no justifica el no habernos propuesto como un objeto complementario de investigación la relación que guardan — las escuelas de Medicina con el IRP.

En otro orden de ideas pero dentro del campo de limitaciones de la presente tesis queremos señalar que si bien se recogen en los cuadros de resultados información para cada una de las escuelas encuestadas, la carencia de una formación estadística o de una asesoría que pudiera suplir la impidió profundizar la comparación de resultados entre escuelas, lo — que a nuestro juicio no invalida la presentación del panorama general so— bre las características estructurales del IRP en México.

Muy relacionado con la limitación anterior se encuentra el hecho de que no se alcanzó a analizar la información arrojada por la encuesta tomando en cuenta el tipo de institución en la que los internos desarrolla— ron el IRP.

Por último, no queremos dejar de mencionar una limitación importante al tiempo de tratar de poner en relación de manera coherente la en— cuesta de 1978 y sus resultados, con la teoría, y con la revisión histórica del IRP.

De ningún modo puede decirse que el estudio del IRP en México esté—

agotado. Por el contrario, consideramos que dada su importancia debe de continuarse. Específicamente hay necesidad de profundizar en la vertiente propuesta por esta tesis: caracterizar al IRP. Líneas futuras de trabajo pueden ser:

- 1) Explotar la gran fuente de información que constituye la encuesta de 1978.
- 2) Estudiar específicamente las conductas de las escuelas de medicina hacia el IRP
- 3) Estudiar las posiciones de las instituciones de salud frente al IRP en las condiciones actuales de crisis económica y explosión de la población estudiantil.

Estos estudios podrían servir para implementar por ejemplo algunas reformas que mejoren el funcionamiento del IRP bajo su planteamiento de ser un elemento reforzador de la práctica médica dominante en México, como lo hemos tratado de demostrar que efectivamente lo es. Sin embargo, creemos que bajo las condiciones actuales el IRP debe transformarse dentro de un proyecto de educación y práctica médicas para el país diferentes, que partan y se vinculen con las necesidades de las comunidades mexicanas. Es bajo esta perspectiva que nos parece importante superar este estudio.

B I B L I O G R A F I A

Almada, I., Salud (necesidades esenciales en México). COPLAMAR. Ed. Siglo XXI. México, 1982.

Anaya, L. H., "Internado en Ginecología y Obstetricia". Rev. Colombiana - de Obstetricia y Ginecología. Vol. XIX, No. 6. Bogotá, 1969.

Andrade, J., "Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 12, No.2, OPS. 1978.

Andrade, J., "Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 12, No. 3, OPS. 1978.

Andrade, J., "Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 13, No. 4, OPS. 1979.

Andrade, J., Vladimiro, A. y Muñoz, L. S., "La Planificación de la Educación Superior o Universitaria y los Conceptos de Política, Estrategia y - Planificación". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 1. OPS, 1976.

Anuario Estadístico de Servicios Médicos. SSA. Vol. I, 1980.

ANUIES. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina en México. Serie Sociedad y Educación.

Bourdieu, P. y Passeron, J. C., La Reproducción (elementos para una teoría del sistema de enseñanza). Ed. Laia. Barcelona, España. 1981.

Buci, G.C., "Estado Clases y Aparatos de Hegemonía". En: Gramsci y el Estado. Ed. Siglo XXI. México, 1978.

Castellanos, J. F. e Hidalgo, J., "Los Recursos Humanos en América Latina en las Ciencias de la Salud". Conferencia de Facultades y Escuelas de América Latina. UDUAL. La Habana, 1976.

Christoffanini, A., "El Internado en los Estudios Médicos". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 16, No. 2. OPS, 1982.

Collado, R., "Las Facultades de Medicina (Escuelas) de América Latina y el Exito del Médico". VI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina. Guatemala, 1961.

Ferreira, J. R., "Misión del Hospital de la Luz en las Nuevas Tendencias de la Educación Médica". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 10, No. 2. OPS, 1976.

Frenk, J., "Social Origin, Professional Socialization and Labor Market Dynamic in a Developing Society: The Determinants of Career Preferences among Medical Interns in Mexico". Dissertation Prospectos. July, 1982.

Frenk, J., "Research Report. Career Preferences and Perceptions of the Medical Labor Market among Mexican Interns". October, 1981.

Frenk, J., Hernández, H. y Alvarez, L., "Análisis Histórico del Internado Rotatorio de Pregrado en México". Mimeo UAM-X. México, 1980.

Frenk, J., Hernández, H. y Alvarez, L., "El Mercado de Trabajo Médico". En: Vida y Muerte del Mexicano II. Folios Ediciones. México, 1982.

García, J. C., "La Educación Médica y la Estructura Social". En: La Educación Médica en América Latina. OPS, OMS. Publicación Científica -- No. 255, 1972.

Güemez, T. J., "Internado Rotatorio, Diez Años de Actividad, 1955-1965". Laboratorios Waltz y Abbot, S. A.. México, 1965.

Hernández, Ll. H., "Historia de la Participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México 1935-1980". En: Vida y Muerte del Mexicano II. Folios Ediciones. México, 1982.

Laurell, C. y Enriquez, E. A., "La Política de Salud en la Crisis Económica: 1976 a 1978". Rev. Territorios No. 2, mayo-junio de 1980. UAM-X, México.

López, A. D., La Salud Desigual en México. Ed. Siglo XXI. México, 1981.

López, A. D., "Salud y Seguridad Social (problemas recientes y alternativas)". En: México, Hoy. Ed. Siglo XXI. México, 1981.

Memorias Estadísticas de 1975 a 1978 del Departamento de Estadística,-

Jefatura de Servicios Técnicos del IMSS.

Menéndez, E., "Hacia una Práctica Médica Alternativa: Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud". Cuadernos de la Casa Chata No. 86. SEP.--- México, 1983.

Moreno, C., et. al., Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. Ed. IMSS. México, 1982.

Oslak, O. y Caputo, D., "La Emigración de Personal Médico desde América Latina a los Estados Unidos, (hacia una interpretación alternativa)".- En: Educación Médica y Salud. OPS.

Rivero, O., "Consideraciones sobre Problemas Actuales de la Enseñanza de la Medicina en México". Rev. de la Educación Superior (ANUIES), Vol. VI, No. 2 (22). México, 1977.

Rodríguez, M., et. al., "Argumentos para Crear un Programa Formal de -- Internados y Residentes en la República Mexicana". Comisión Nacional de Internados y Residentes, A. C.. México, 1959.

Soberón, A. G., "Papel Perspectivo de las Universidades en la Formación de los Recursos Humanos para la Salud". II Conferencia de FEMAL. La Habana, 1976. UDUAL.

Vasconi, T. y Recca, I., "Modernización y Crisis en la Universidad Latinoamericana". En: La Educación Burguesa. Ed. Nueva Imagen. México, 1977.

Preguntas de interés, seleccionadas de las encuestas de 1978.

- 26) ¿En qué medida los cursos regulares en la carrera de medicina logran — una buena preparación de los estudiantes en las siguientes áreas?
- a. Identificación y tratamiento de las enfermedades
 - b. Prevención de las enfermedades
 - c. Mantenimiento y promoción de la salud
 - d. Rehabilitación del enfermo
- 50) ¿Qué porcentaje aproximado de los pacientes con los que usted entró en contacto durante el internado, sufrían alguna enfermedad que en opinión de usted, hubiera podido prevenirse?
- a. Todas
 - b. La gran mayoría
 - c. Alrededor de la mitad
 - d. Pocas
 - e. Ninguno
- 51) ¿Qué proporción de los pacientes con los que usted entró en contacto — durante el internado, sufrían alguna enfermedad cuyas causas eran, en — opinión de usted, principalmente de tipo social?
- a. Todas
 - b. La gran mayoría
 - c. Alrededor de la mitad
 - d. Pocos
 - e. Ningunos
- 69) ¿Considera que los temas tratados en las actividades teóricas desarro— lladas en el aula (conferencias, exposiciones magistrales, seminarios, etc.), durante el internado guardaban una estrecha relación con el tipo

de problemas a que usted enfrentaba en los servicios?

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. Pocas veces
- d. Nunca

70) En términos generales ¿qué porcentaje de su tiempo dedicó durante el internado a las actividades teóricas mencionadas en la pregunta anterior?

- a. Menos del 25%
- b. Entre 25% y 50%
- c. Entre 50% y 75%
- d. Entre 75% y 100%

71) Usted considera que el tiempo dedicado a las actividades teóricas durante el internado fue:

- a. Nulo
- b. Escaso
- c. Suficiente
- d. Demasiado

72) ¿Cuál fue el porcentaje aproximado de su tiempo como interno que pasó - en cada uno de los siguientes sitios?

_____ Laboratorio clínico y gabinete.

_____ Servicio de hospitalización.

_____ Comunidad

_____ Consulta externa de hospital

_____ Aula.

_____ Consulta externa de clínica o centro de salud.

_____ Otro (especifique) _____

73) ¿Cuál fue el porcentaje aproximado de su tiempo como interno que dedicó a cada una de las siguientes actividades?

- _____ Dar consulta o pasar visita usted sólo.
- _____ Discutir casos clínicos con médicos del servicio.
- _____ Escribir a máquina.
- _____ Acompañar a un médico del servicio a dar consulta o pasar visita.
- _____ Llevar o recoger órdenes o muestras al laboratorio.
- _____ Asistir a clases o seminarios teóricos.
- _____ Realizar exámenes de laboratorio o gabinete
- _____ Trabajar en comunidad.
- _____ Otra (especifique) _____

74) Indique usted, para cada uno de los servicios por los que rotó durante el internado, dónde pasó más tiempo? en consulta externa o en hospitalización (incluyendo quirófanos y salas de expulsión).

- a. Medicina interna.
- b. Cirugía
- c. Gineco-obstetricia
- d. Pediatría
- e. Subespecialidades (por ejemplo: Cardiología, Neurología, Urología, - etc.)
- f. Medicina familiar

81) ¿En qué medida el internado de pregrado logra una buena preparación de los internos en las siguientes áreas?

- a. Identificación y tratamiento de las enfermedades.
- b. Prevención de las enfermedades.
- c. Mantenimiento y promoción de la salud.
- d. Rehabilitación del enfermo.

83) En términos generales, ¿cuál considera usted que fue su responsabilidad en el diagnóstico de los pacientes que usted vió al desarrollar sus actividades como interno?

- a. Ninguna responsabilidad.
- b. Poca responsabilidad.
- c. Bastante responsabilidad.
- d. Demasiada responsabilidad.

86) En términos generales, ¿cuál considera usted que fue su responsabilidad en el tratamiento de los pacientes que usted vió al desarrollar sus actividades como interno?

- a. Ninguna responsabilidad.
- b. Poca responsabilidad.
- c. Bastante responsabilidad.
- d. Demasiada responsabilidad.