

A decorative border with a repeating pattern of stylized floral and scrollwork motifs. The border is composed of four main sections: a top horizontal section, a bottom horizontal section, and two vertical sections on the left and right. The top and bottom sections feature a series of circular and scroll-like elements. The vertical sections consist of a central stem with various leaf and floral shapes. The word "LETRAS" is centered within the border.

LETRAS

CONTRA TANTAS COSAS QUE ENFERMAN A NUESTRO CORAZON



La moderna coronarioterapia con ADALAT significa que:

1° en la prevención

- reduce los ataques de origen isquémico
- disminuye la resistencia periférica
- normaliza la tensión arterial
- aumenta la tolerancia al esfuerzo

- mejora el balance de oxígeno del miocardio
- reduce el trabajo cardiaco

2° en la curación:

- un rápido y seguro efecto antianginoso
- normaliza el ECG
- aumenta la tolerancia

al esfuerzo

- tiene una potente acción espasmolítica coronaria
- mejora la perfusión del miocardio
- disminuye la frecuencia de accesos anginosos
- reduce el trabajo cardiaco

Indicaciones:

Para el tratamiento y profilaxis de la insuficiencia coronaria aguda y crónica (especialmente de la angina de pecho, estado post-infarto cardíaco).

Contraindicación:

Durante toda la gravidez.

Presentación:

Envases con 15 cápsulas.

Posología y aplicación:

Dosis diaria media:

3 veces al día 1 (a 2) comprimido(s).

El intervalo entre 2 tomas debe ser de 2 horas como mínimo.

Composición:

1 comprimido contiene 10 mg de nifedipina.

Bibliografía:

- A Loos y M. Kalten Bach/Arzneim-Forsch. (Drug Res). 22, 358 (1972).
 - F. Kosche, W.K. Raff y W. Lochner/Arzneim - Forsch (Drug Res.) 22, 39-42 (1972)
- Licencia: 031888

CONSIDERACIONES SOBRE EDUCACION MEDICA Y SALUD

Doctor Jaime Escobar Triana
Decano Escuela Colombiana de Medicina
Bogotá

1. Los cambios, las corrientes migratorias internas, transformaron un país de población rural en urbana, al mismo tiempo con un epifenómeno de ruralización de la ciudad. De un 70% de población rural se pasó a un 70% o más y con tendencia a aumentar la población urbana. Esto lleva a un replanteamiento en la atención de la salud. Además, se suma a lo anterior, la información masiva sobre la población que alienta la posibilidad de alcanzar tratamientos y drogas maravillosas o recursos extraordinarios como las unidades de cuidados intensivos o los transplantes, para dar dos ejemplos, que motivan al público a demandar dichos servicios. De otra parte, la misma información científica que alcanza apabullantes cantidades, solamente permite que el médico logre obtenerla y asimilarla en forma limitada y angustiante para su aplicación práctica.

2. *En la creación de nuevas Escuelas de Medicina* deben considerarse entre otros los siguientes hechos o factores, favorables o desfavorables que no sólo afectan a Colombia sino que tienen características universales en algunos de sus aspectos:

- a) La demanda de cupos en educación superior, entre ellos la medicina, nunca satisfecha.
- b) Las presiones sociales que tienen el estudio como un método de ascenso por prestigio local o regio-

nal o político o todos juntos y no por la necesidad de formar más médicos.

- c) La inconveniencia de la masificación de la educación médica que demerita la calidad y por tanto es preferible el crear nuevas escuelas con número limitado de estudiantes que permitan una alta calidad de formación.
- d) La dificultad de modificar los currícula tradicionales establecidos que impiden actualizar la docencia a las circunstancias que vive y requiere la salud del país.
- e) La politización de las universidades públicas que demeritan la actividad docente al imponerse condiciones extrauniversitarias en la formación y realización de los programas.
- f) El aumento de cupos en algunas escuelas privadas y públicas que entran la formación, pues los recursos humanos y físicos no crecen en proporción.
- g) Se han fijado una serie de requisitos y grandes exigencias para la creación de Escuelas de Medicina, pero surge el interrogante de si sólo el llenarlas justifica su creación, ya que la saturación que llevará al desempleo médico, comienza a ser evidente (actualmente hay 16.500 médicos y 14.500 estudiantes de medicina). Si se mantiene la tendencia actual en el año 2000 habrá 40.000 médicos para

40 millones de habitantes o sea 1 x 1.000 habitantes lo cual es un promedio aceptado universalmente.

3. *El Sistema Nacional de Salud y la formación de personal médico.* Es evidente que cada país tiene un sistema de salud y que la lógica indica que la formación del médico debe tener en cuenta el sistema de salud en el cual va a desempeñarse. Entre nosotros, el Sistema Nacional de Salud tiene un diseño basado en la prelación de la atención de la salud, es decir, por *niveles de atención*, de los cuales se han establecido tres: *atención primaria, atención secundaria y atención terciaria*, que corresponden a las acciones de salud que pueden y deben ejecutarse de lo simple a lo complejo, utilizando las instituciones desde el puesto de salud, el hospital local, el hospital regional y el hospital de gran complejidad o universitario, y podríamos agregar, un cuarto nivel que son las unidades de cuidados intensivos.

Pues bien, la situación actual y muchos de los factores de crisis en la docencia médica y en la salud pública la constituye el hecho de mantener una formación tradicional, buena desde luego, pero que es divergente, cuando no está en franca contradicción con el Sistema Nacional de Salud. Es evidente que la formación del médico debe hacerse en todos los niveles de atención y no como hasta ahora, en el tercer nivel con pequeñas pasantías por los niveles primario y secundario, a los cuales va a ejercer el médico general, por lo tanto con desadaptación al medio en el cual va a realizar sus acciones de salud, con desagrado o como castigo y solo busca regresar al hospital de tercer nivel.

El médico debe formarse en todos los niveles de atención y la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas debe ser progresiva, de lo simple a lo complejo, de lo real a lo abstracto, comenzando por los niveles primarios hasta llegar al último nivel.

4. *El estudiante como trabajador de la salud.* El estudiante debe ser un trabajador de la salud en todos los niveles de su formación. De lo dicho anteriormente, se desprende la necesidad y la conveniencia de que el estudiante de medicina realice siempre una actividad útil de salud en la comunidad y en su nivel, de tal suerte que no debe esperar a superar los años de las ciencias básicas para asomarse a las clínicas del tercer nivel, ignorando el primero y el segundo. Su acción debe ser progresiva a medida que se capacita, comenzando a actuar en la atención primaria con acciones propias de ésta, como inmunizaciones, primeros auxilios, atención de parto normal, instrucción sobre nutrición y el valor de los distintos alimentos, utilización de aguas, eliminación de excretas, etc. Acciones

que desempeñan promotores de salud, coordinadores, inspectores de salud, etc., sin desplazarlos, sino involucrándolos a una práctica de salud más científica y supervisada por la Escuela de Medicina, a través de sus programas.

En esta forma, se incorporan campos de práctica que hasta ahora han estado alejados del quehacer docente y se aprovechan los recursos humanos y la experiencia del médico que ejerce en estos campos, al tiempo que se eleva el nivel y se rescata del lugar secundario a que la organización actual del ejercicio profesional lo ha llevado, restableciendo su contacto con la universidad, el cual había perdido. Es la verdadera *integración docente-asistencial del sistema de salud* lo cual permite aumentar la cobertura de salud y la acción de la universidad en servicio a la comunidad y a su transformación, papel que es el señalado a la verdadera universidad. De esta manera, el término universitario deja de ser exclusivo del Hospital de gran complejidad para extenderse al gran campo de influencia de cada facultad.

Para lograr lo anterior, se requiere incrementar el sistema de referencia de pacientes de uno a otro nivel, de tal suerte que los procedimientos que requieran acciones simples y efectivas basadas en principios científicos, se realicen en niveles primarios y secundarios y no en los hospitales de gran complejidad en recursos humanos y equipos cuyo uso debe reservarse para los casos que así lo requieran, instituciones a las cuales se ha establecido que concurren cada año, de 2 a 5 por cada mil habitantes y los restantes 995 demandan los niveles primarios y secundarios.

Se deduce también, la inaccesibilidad para la población general que tiene el hospital universitario actual lo cual ha sido denominado como la falacia del monte Everest. Para las grandes masas marginadas de población de las ciudades es imposible tener acceso a este hospital dadas las trabas administrativas, el distanciamiento de las citas, etc., así como la imposibilidad en que se encuentran los usuarios de abandonar el trabajo, la mayor de las veces sub-empleo o las amas de casa de abandonar por horas, días y semanas a los hijos para obtener el recurso de salud en estos centros, cuando deben servirse de su hospital local o regional más accesible.

5. La necesidad que tiene el médico de conocer al ser humano y la comunidad en sus aspectos psicosociales y comunitarios, necesita este replanteamiento en su formación. No podemos negar al estudiante quien se dice motivado en su estudio para servir a la humanidad, el contacto con la realidad, a veces brutal, de los cinturones de pobreza de nuestros grandes centros urbanos, en forma temprana para que en esta forma atempere su vocación y arraigue su deseo de servir siendo útil desde el comienzo de la carrera.

Se ha dicho que el abandono del individuo y de la comunidad de la persona humana en sus diferentes aspectos ha llevado a la medicina actual a adorar las máquinas y subvalorar a la persona.

Esto ha llevado a fenómenos como el llamado la “rebelión de las profesiones paramédicas”, ya que muchas acciones que el médico ha abandonado se deben sustituir por trabajadores sociales, enfermeras, etc., desviándose también éstos de su valiosa actividad, cuando no, peor aún, caen los enfermos en manos de teguas, acupunturistas, etc.

Los componentes *humanísticos* deben enseñarse en las Escuelas de Medicina al lado de los componentes biológicos, psicológicos, sociales y comunitarios, de lo contrario, seguiremos cayendo en un biologismo exagerado que deforma las acciones integradas de salud. Los recursos tecnológicos son de gran utilidad en los casos complejos y su uso y costo no se justifica en los casos simples en alteración de salud.

6. El conocimiento de la doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico, es decir, el estudio crítico de los principios de las ciencias de las hipótesis y de los resultados de ellas para determinar su origen lógico, su valor y su alcance objetivo (*la Epistemología*) debe instaurarse en los estudios médicos y debe ser un hilo conductor en el conocimiento del médico con la historia, con la ciencia y los demás desarrollos tecnológicos, que hagan de la práctica médica un lenguaje de comunicación universal e integral, y por tanto, de la acción de la salud en el individuo, la familia y la comunidad.

7. *La medicina comunitaria*. El hogar se ha alzado como un hecho real entre el hospital y la comunidad, cambiando por tanto la dinámica tradicional del hospital y así, las acciones que realiza el equipo de salud tanto intra como extra-hospitalariamente, deben contar con la participación activa de la comunidad a la cual sirven.

La universidad a través de sus programas debe instruir y educar a la comunidad para que participe en su propia conservación de la salud. El estudiante debe tener una acción directa de información a esta comunidad y devolverle así en parte y precozmente, las obligaciones que su privilegio de llegar a la universidad le crea

para con el país. Si se logra la participación activa de la comunidad con el equipo de salud, mejorará de inmediato ésta y las acciones preventivas serán efectivas y permanentes.

El Servicio Social Obligatorio (antes rural) debe desempeñarse tanto en las áreas rurales como en las poblaciones marginadas de las grandes ciudades a través de una red de hospitales locales y regionales, con zonificación de las ciudades para su área de influencia, y el médico debe combinar las experiencias de ambas situaciones por medio de pasantías o rotaciones que le permitan servir a la comunidad y madurar sus destrezas y habilidades como período final de estudios de pregrado y como un medio para estimular su deseo de renovación permanente de conocimientos en un programa de educación continua, que le permitan a su vez, avanzar en su preparación, teniendo acceso a la especialización, si lo desea, o continuar ejerciendo la medicina general, con adecuada preparación y sin desligarse de la influencia de la Universidad constituyendo el verdadero médico de familia.

La práctica que el alumno inicia desde el comienzo de la carrera, debe incrementarse progresivamente, con supervisión, pero con capacitación efectiva, (docencia en servicio), evitando el que “lo hará después en el Internado”, pues las acciones integradas de salud que va realizando a través de los niveles de atención permiten involucrar la práctica y la adquisición de habilidades y destrezas en forma progresiva durante el desarrollo de su formación, dentro de las mismas áreas o campos de práctica universitarios.

8. El desafío para los últimos años del Siglo XX lo constituyen la superproducción de médicos, la superespecialización y el costo de la medicina, que generan los dos anteriores hechos.

El avance de la tecnología unido a la superespecialización llevan al uso y aplicación, cada vez mayor, de estos recursos en comunidades pequeñas en las cuales serán utilizados por el especialista y tanto éste como el elemento tecnológico, encarecen el costo profesional, y en especial cuando se utilizan en acciones simples de salud que no requieren realmente estos recursos, los cuales deben reservarse y de ahí su gran utilidad en los casos complejos y en otros niveles.