

SECCION DE EDUCACION MEDICA

EDUCACION GINECOBSTETRICA EN LA ETAPA DE PREGRADO

ASPECTOS GENERALES¹

(El presente Artículo expresa los puntos de vista personales del autor y no necesariamente los de la FEDERACION).

*Dr. Jorge Villarreal Mejía**

Introducción

Si analizamos las razones que en 1963 movieron a los departamentos de ginecología y obstetricia a realizar un primer seminario sobre la enseñanza de esta rama de la medicina y nos preguntamos qué motivos nos unen ahora sobre el mismo tema, veremos que este seminario es solo la consecuencia lógica del primero y que nos guía ahora como entonces un sincero deseo de examinar críticamente lo que hemos hecho, lo que estamos haciendo y de trazar, con base en razonado intercambio de opiniones, los programas futuros de docencia que sean cada vez más consecuentes con las necesidades del medio en que vivimos.

Si bien es cierto que el seminario de Cartagena contempló principalmente aspectos administrativos de la organización del departamento y de la docencia a diversos niveles, produjo también una serie de recomendaciones que yo encuentro directamente relacionadas con el tema principal de este segundo seminario. Al iniciar en la tarde de hoy la reevaluación de nuestros programas, invito a ustedes

a que analicemos ahora brevemente algunas de dichas recomendaciones con el ánimo de estimular la autocrítica y dar un marco de referencia a las discusiones de los grupos de trabajo.

Al tratar del desarrollo de los departamentos, recomendaron los participantes a la reunión de Cartagena que los programas docentes en ginecología y obstetricia deberían promover:

- a. La formación de un médico general o indiferenciado.
- b. La integración con medicina preventiva en programas extramurales de tipo socio-familiar.
- c. La organización, estudio y aplicación de estadísticas.
- d. La orientación general en ginecología y obstetricia al iniciar los estudios clínicos.

* Jefe, División de Población Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.

¹ I Seminario Bolivariano y II Colombiano sobre Enseñanza de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, Septiembre 8-13, 1969.

Es innegable que ya en 1963 existían razones muy claras para formular este tipo de recomendaciones. Hoy, seis años después, las mismas razones continúan vigentes y tal como ha sido demostrado por los expositores que me han precedido, su justificación como base de toda una política educacional es aún mayor. El diagnóstico de la morbi-mortalidad nacional, el análisis de los recursos y las demandas especialmente en el campo de la atención materno-infantil nos indican claramente que a menos que adecuemos cada vez más la docencia médica a las necesidades de la comunidad, estaremos fallando gravemente en nuestra responsabilidad con el país y con la población que debemos servir.

Formación de un médico general o indiferenciado

Una mirada cuidadosa a los currícula actuales hará notar al observador desprevenido que el contenido docente de los bloques de obstetricia y ginecología se encuentra sobresaturado de temas que solo al especialista obliga conocer, en tanto que se hace proporcionalmente poco énfasis en la patología que el médico general debe diariamente, no solo diagnosticar y tratar, sino también estar en capacidad de prevenir.

Integración con Medicina Preventiva

Las facultades de medicina colombianas han adquirido prestigio y fama internacional con base, principalmente, a su decisión de buscar como producto de sus esfuerzos la formación de un médico para la comunidad. No se puede negar que a este prestigio y al logro de ese objetivo han contribuido, quizá más que ningún otro, los departamentos de medicina preventiva.

Debemos preguntarnos no obstante, si todas las facultades de medicina, si todos los departamentos de ginecología y obstetricia han logrado establecer en forma operante esa integración que hace seis años se propuso como deseable. Se han hecho los esfuerzos necesarios para la implementación y desarrollo de programas conjuntos? Cuántos profesores de ginecología y obstetricia han sido invitados o han aceptado el colaborar con medicina preventiva en la orientación de los estudiantes en los primeros años de los estudios médicos?

Dejando que cada uno responda estos y muchos otros interrogantes, y se diga a sí mismo si ha sabido aprovechar o no todas las oportunidades de integración, permítaseme el hacer aquí una crítica de la enseñanza exclusivamente intrahospitalaria en ginecología y obstetricia. Considero esto pertinente si tenemos en cuenta que una gran mayoría de nuestros estudiantes van a ejercer la medicina, no en el medio ambiente hospitalario, sino en su consultorio particular como lo demuestran los estudios realizados en este país.

La crítica se hace aún más valedera si tenemos en cuenta que solo una pequeña proporción de los hospitales en Colombia y en América Latina, disponen de los recursos humanos y materiales con los que sí cuentan los hospitales universitarios. Estamos educando futuros médicos en un ambiente muy diferente de aquel donde ejercerán su actividad, y nos olvidamos además de algo muy importante: que al hospital, e inclusive a la consulta externa, la paciente ginecológica o en busca de atención obstétrica trae solamente una pequeña fracción de sus problemas. Que deja en su casa, en su medio ambiente, una serie compleja de factores que influyen, agravan y de todas mane-

ras modifican el cuadro clínico y sus oportunidades de recuperación. Es indudable que al limitar al ámbito hospitalario el contacto de estudiante y paciente, estamos privando al primero de la vivencia que más tarde le habrá de ser tan necesaria, y al segundo, de la oportunidad de que su caso sea mejor entendido y como consecuencia lógica mejor tratado.

Organización, Estudio y Aplicación de Estadísticas

Las facultades de medicina de América Latina dieron un importante paso el año pasado al aceptar en forma unánime la enseñanza de la demografía como materia que el médico debe conocer. Por definición la bioestadística constituye parte importante del análisis demográfico y deberá ser materia de profunda discusión a nivel de cada departamento, el considerar cómo se integra en forma muy completa la enseñanza de la demografía con la docencia en ginecología obstétrica. Deseo no obstante por ahora, presentar a ustedes la hipótesis de que las estadísticas no están siendo utilizadas en nuestros programas docentes sino en forma esporádica, parcial e incompleta.

Debemos tener en cuenta que en Colombia existen ya una serie de datos estadísticos que nuestros estudiantes deben conocer. La encuesta de morbilidad y recursos humanos, es quizá el mejor ejemplo. Todo hospital universitario, todo departamento tiene o debe tener un registro cuidadoso de los problemas de salud con que se enfrenta, y esta cuantificación debe conocerla el estudiante. Idealmente también debería ser testigo de cómo, organismos estatales y privados de asistencia médica, orientan sus programas de acuerdo con las prioridades que esas mismas estadísticas señalan.

Saben nuestros alumnos de obstetricia y ginecología cuál es para su país la mortalidad materna específica por edades? Cuáles las tasas de complicaciones obstétricas de acuerdo a grupos quinquenales de edad o a procedencia rural o urbana del paciente?

No olvidemos que la recolección de datos estadísticos, la estimación de incidencias, de costos, de tendencias, tiene un valor educativo que tenemos obligación de utilizar si queremos que nuestra docencia sea no solo de conocimientos y destrezas, sino también modificadora de actitudes.

Orientación General sobre Problemas Ginecobstétricos desde el comienzo de la carrera

El educador médico de hoy se encuentra concientemente preocupado con la división existente entre ciencias básicas y clínicas. Se dá cuenta de lo absurdo de esta división y busca la manera de romper moldes rígidos que la tradición e indiferencia han convertido en patrones aparentemente inmodificables. Un grupo de profesores como el aquí reunido, que han promovido dos seminarios sobre la enseñanza de una disciplina médica en un período en que otras especialidades todavía no han comenzado a inquietarse por estos asuntos, no puede estar ciego a la tendencia creciente de integrar lo que hoy son dos mundos separados.

Si aceptamos que el estudiante que ingresa a medicina escoge esta carrera influido por una serie de motivaciones, nos encontramos fácilmente con la presencia de una constante que es el deseo adquirido a través de estereotipos y modelos ambientales de tratar y curar seres humanos. Frente a esto, la educación médica actual en muchas regiones de América Latina, frustra radicalmente esta mo-

tivación básica del estudiante cuando lo condena por dos años o más al laboratorio, la biblioteca y la sala de disección sin permitirle el contacto que él busca con pacientes. Nos damos cuenta que al programar nuestros currícula en esta forma, estamos impidiendo que el médico en embrión enriquezca su mente con el conocimiento de la familia, de la población que más tarde tendrá que servir? Es para mí evidente que como consecuencia lógica de esta absurda división entre ciencias básicas y clínicas, estamos impidiendo que el estudiante se forme una visión integrada del medio en que la salud y la enfermedad se desenvuelven. Un ejemplo elemental puede ayudarme a llevar a ustedes la imagen de lo que hoy ocurre, y al mismo tiempo sugerirnos maneras de hacer efectiva la integración que tantas veces predicamos, pero que en muy pocas ocasiones aplicamos.

Qué nos impide por ejemplo, cuando en bacteriología se analizan los cultivos de estafilococo o colibacilo provenientes de drenajes peritoneales, presentar una imagen unitaria del aborto séptico con el cuadro clínico de fiebre, shock y abdomen agudo de una mujer hospitalizada en servicios de nuestra especialidad? Qué principio académico o docente nos impide que bajo la guía de un profesor o instructor el estudiante de primero o segundo año, junto con el que rota en ese momento por el bloque de ginecobstetricia hagan una visita al domicilio de la enferma y se percaten así en el mismo ambiente familiar de toda una serie de factores de orden social, económico y cultural que la indujeron a arriesgar su vida acudiendo al aborto?

Nuestra lucha inconciente en favor de la formación de médicos especialistas como alternativa única, culmi-

na exitosamente en el internado rotatorio cuando enfrentamos a un muchacho que las más de las veces por lo parcializado de nuestra docencia no se ha ubicado aún a que escoja entre cuatro especialidades muy bien definidas donde el modelo que ofrecemos es el de profesionales genuinamente dedicados a una especialidad que con afán tratamos de presentar como la más interesante y llena de oportunidades de éxito en todos los órdenes.

La repetida consideración de los factores hasta ahora numerados, me ha llevado al convencimiento cada vez más profundo de la necesidad que toda la educación médica y en nuestro caso particular, la obstetricia y ginecología redefina sus objetivos; de que apliquemos en nuestra disciplina lo que educadores de muchas latitudes discuten hoy bajo el término "taxonomía de los objetivos docentes", y cuyo sentido no es otro que la clasificación específica de lo que perseguimos, de lo que buscamos, de lo que esperamos del médico una vez recibido un grado, en términos de comportamiento frente a toda una serie de enfermedades o estados propios del sistema reproductivo en la mujer.

En la búsqueda de esta clasificación, podemos partir del principio de que al incluir obstetricia y ginecología como materia que el médico debe conocer, debemos tener en cuenta tres grandes categorías de objetivos educacionales:

a. Buscamos el que el futuro médico adquiriera una serie de conocimientos específicamente referidos al sistema reproductivo femenino.

b. Pretendemos que con base en ese conocimiento, desarrolle actitudes que le permitan actuar con criterio verdaderamente científico.

c. Esperamos que a través del ejemplo y la práctica supervisada adquiera una serie de destrezas especialmente relacionadas con la fisiopatología obstétrico-ginecológica.

Cómo estamos aplicando estos principios básicos de docencia en nuestros programas universitarios? Mi opinión, desde luego abierta a discusión pero que compartida por muchos, fue la que dio origen a la organización de este segundo seminario, es de que en gran medida estamos fallando en nuestra labor docente.

Creo que estamos fallando porque nuestros programas teóricos de pregrado, parecen estar diseñados para adiestrar especialistas cuando dedicamos largas horas de docencia al estudio de problemas que solo estos tendrán oportunidad de ver muy pocas veces en su vida. En contraste dedicamos un tiempo limitado a inculcar al estudiante el conocimiento básico que como médico general necesitará en el diario ejercicio de su profesión.

Fallamos porque no estamos dando suficiente oportunidad al estudiante de conocer la comunidad que estará destinado a servir. Estimulamos el que se forme una imagen parcial del paciente "hospitalario", cuando su práctica será principalmente en consultorio y domicilios donde se verá repentinamente enfrentado a una gama extensa y compleja de factores para los cuales no fue adecuadamente preparado.

El análisis y crítica que hasta aquí me he permitido hacer de los programas actuales de docencia ginecobstétrica ha sido fruto de experiencias previas y del contacto directo o indirecto con centros universitarios de Colombia y América Latina y es necesariamente planteado dentro de una gran generalización. No obstante

creo que por lo general no deja de ser valedero y digno de consideración, si estamos todos realmente convencidos como lo estoy yo de que la obstetricia y la ginecología como materia médica implica una enorme responsabilidad para el futuro de nuestros pueblos.

La crítica para ser constructiva necesita ir acompañada del planteamiento de sugerencias, de la consideración de alternativas. En función de lo anterior deseo finalmente presentar ante este seminario, algunas ideas en relación con las modificaciones que considero necesarias en los programas docentes de nuestra disciplina.

Conocimientos

Partiendo del principio que nuestra responsabilidad prioritaria en la educación de pregrado es la formación del médico general o indiferenciado debemos concentrar nuestros esfuerzos e inculcar al estudiante aquellos conocimientos relacionados con los problemas de salud más comunes en el área específica de nuestra especialidad.

Para Colombia, estas prioridades han sido claramente definidas en los registros nacionales de morbilidad.

—Prevención de hemorragia e infección obstétrica.

—Prevención del aborto.

—Prevención de la toxemia gravídica.

—Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino.

—Aumento de la cobertura de atención profesional del parto.

Actitudes

Aceptando por obvio que será virtualmente imposible el que el estu-

diante adquiera en el corto período que dedica a la obstetricia y ginecología todos los conocimientos que en el curso de su práctica puede llegar a necesitar en relación con esta rama de la medicina, debemos estimular en él la formación y desarrollo de actitudes que le permitan más tarde, mediante el razonamiento científico, desenvolverse en el medio donde tendrá que actuar. Recordemos que ese medio será básicamente la comunidad, los servicios integrados de salud del estado o de la seguridad social, el consultorio o el domicilio del enfermo y no exclusivamente ni primordialmente el hospital y menos aún el hospital universitario.

Seamos consecuentes con lo anterior y promovamos el incremento de la actividad extramural de nuestros estudiantes y como consecuencia del personal docente. Este esfuerzo requerirá desde luego el sacrificio de programas docentes estereotipados que hoy día hacen de muchos servicios hospitalarios verdaderos "museos pedagógicos".

Destrezas

Si aceptamos por ciertas las estadísticas nacionales sobre morbi-mortalidad materno-infantil y ginecológica, nos será fácil determinar las prioridades del contenido docente y por ende el adiestramiento que debemos dar a nuestros estudiantes en esta rama de la medicina.

Es evidente que el estudiante de medicina al terminar sus estudios de-

be estar capacitado en el área de su habilidad psico-motora y en lo que se relaciona específicamente al sistema reproductor femenino para:

1. Atender un parto normal en hospital o domicilio.
2. Practicar un examen pélvico y reconocer la existencia de anomalías y neoplasias.
3. Practicar un raspado uterino terapéutico o de diagnóstico.
4. Aplicar dispositivos intrauterinos como método de planificación familiar y prevención del aborto.
5. Tomar muestras de citología vaginal para diagnóstico precoz del cáncer.

Las sugerencias arriba mencionadas en el área de conocimientos, actitudes y destrezas no pretenden ser exhaustivas y solo las he mencionado como requisitos mínimos indicados por las demandas de nuestra comunidad.

Podemos estar seguros de que una vez definidos claramente, en términos de conocimientos, actitudes y destrezas los objetivos que perseguimos con la docencia, estaremos en capacidad de poner en efecto programas de enseñanza que tengan como resultado la creación de médicos generales, verdaderos médicos para la comunidad, médicos que de acuerdo con definiciones muy precisas son los profesionales que Colombia y América Latina necesitan.