

Investigación Educativa

Nuevos modelos educativos en el internado médico de pregrado. La participación de la Universidad

Rosalinda Flores Echavarría*
Alejandra Gasca García**
Rosario Urbina García***
Víctor Ríos Cortázar****
Alejandro Lloret Rivas*****

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

*Profesora titular C del Departamento
de Atención a la Salud en la UAM-Xochimilco.
Correo electrónico: rflores8@prodigy.net.mx

**Asesora titular de Área Clínica del Departamento
de Atención a la Salud en la UAM-Xochimilco.

***Profesor titular B del Departamento
de Atención a la Salud en la UAM-Xochimilco.

****Profesora titular C del Departamento
de Atención a la Salud en la UAM-Xochimilco.

*****Profesor titular C del Departamento
de Atención a la Salud en la UAM-Xochimilco.

Resumen

En este artículo se plantea una breve reseña histórica del internado médico de pregrado y cuáles son los problemas y las contradicciones que dificultan el cumplimiento de su función educativa, dada la permanencia casi exclusiva de los internos en un hospital de segundo nivel, y su papel en el otorgamiento de servicios en su condición de becarios. Se hacen consideraciones de cómo, a través del enfoque del programa de internado de la UAM-Xochimilco, se pretende superar estas contradicciones.

Palabras clave:

Internado
Formación médica

Abstract

This article presents a brief history of undergraduate medical internship; including the problems and ambiguities that complicate the program. Starting from the second level of their program, medical students spend nearly all their time at the hospital, yet they are not employees but scholarship students. The article considers in what way the UAM-X internship program can be modified to overcome these inconsistencies.

Keywords:

Internship
Medical training

Introducción

El Internado Médico de Pregrado generalmente se cursa en el quinto año de la carrera de Medicina, previo a la realización del servicio social, y una vez que el estudiante ha transitado por los cursos de las llamadas Ciencias Básicas, y por los cursos correspondientes a las Ciencias Clínicas, en este orden.

Durante esta etapa, el médico interno transita por los servicios básicos de un hospital de segundo nivel. Como se mostrará más adelante, el diseño, la operación y la evaluación del programa académico de ese año presentan una serie de dificultades para las escuelas y facultades de medicina, toda vez que se trata de un periodo con características atípicas desde el punto de vista de las condiciones en que ocurre el proceso educativo, así como por el tipo de aprendizaje, eminentemente práctico, que lo caracteriza. Además de la permanencia a tiempo casi exclusivo del interno en el medio hospitalario.

Antecedentes del internado médico de pregrado

Según Cristoffanini (1982), el término “internado” deriva de “interne des hospitaux” que se ocupaba en Francia a principios del siglo XIX para los egresados en medicina que eran admitidos en un hospital reconocido para ejercer la función docente. Posteriormente, fue incorporado a los seis años de estudios teóricos antes de presentar y defender la tesis como requisito previo a la licencia para ejercer.

En Estados Unidos, la enseñanza de la medicina tuvo la influencia de la escuela francesa en la primera mitad del siglo XIX. Los egresados asistían a hospitales en donde ejercía algún clínico de renombre que complementaba su preparación teórica, las escuelas retenían el título hasta que terminaban el internado. A fines de este siglo, algunos estados exigían un examen y un año de aprendizaje en un hospital como requisitos para obtener la licencia. Después del informe Flexner, en 1910, se reforzó el requisito del internado en la mayoría de los estados. Ya desde entonces, la Asociación Médica Americana afirmó “el internado podría ser mirado como un periodo necesario de trabajo clínico que permitiera redondear la educación teórica en

las escuelas de medicina, pero desgraciadamente ese internado frecuentemente carecía de supervisión y en él las escuelas de medicina tenían escasa o nula intervención” (Cristoffanini, 1982). En 1919, se dictaron normas para la aprobación de internos. Lo mismo sucedió en Inglaterra por el “Medical Act”, y en 1944, el Comité Goodenough planteó que el interno fuera considerado como estudiante.

Cristoffanini (1982) plantea que entre 1920 y 1930, en América Latina, se incorporó la enseñanza intrahospitalaria en los últimos años de la carrera, y desde 1950, se hizo formal un internado como requisito de titulación. Actualmente en la mayoría de, si no es que en todas, las escuelas latinoamericanas y mexicanas, el internado forma parte importante del currículo.

El modelo del internado médico

El internado médico, de acuerdo con Frenk (1984), tradicionalmente presenta una serie de problemas y contradicciones que dificultan el cumplimiento de su función educativa, mismas que lo caracterizan y distinguen de las etapas previas de formación del estudiante. Entre ellas menciona las siguientes:

Por un lado, desde el punto de vista del plan de estudios, los internos continúan siendo alumnos regulares de una escuela o facultad, sólo que en esta nueva condición raramente acuden a ella con fines de aprendizaje, no obstante que, en tanto alumnos, aún están sujetos a supervisión y evaluación por parte de aquella. Paralelamente, en la práctica, los internos además ocupan una posición en la estructura laboral del hospital, sin que por ello adquieran derechos laborales.¹

El equilibrio de esta doble posición varía dependiendo básicamente de dos situaciones: los requerimientos de cada hospital y el grado de control que ejerza la escuela o facultad de medicina. Así, en hospitales con carencias de personal y poco control de las escuelas y facultades, los internos asumen una fuerte carga de las tareas de atención de pacientes; lo contrario ocurre si el hospital cuenta con suficiente personal. En este último caso, la

¹ Contradicción que ocurre también en el servicio social e, incluso, se prolonga en las residencias médicas de especialización.

función de los internos puede reducirse hasta la de personal auxiliar. Como resulta obvio, una mayor carga de trabajo de los internos opera en demérito del desarrollo de acciones expresamente educativas, aunque lo contrario no necesariamente significa que se incrementen estas últimas.

Una segunda contradicción señalada por el autor se refiere a que si la escuela o facultad cuenta con su propio hospital universitario, entonces generalmente tendrá una considerable influencia educativa sobre el internado, haciendo de este año una experiencia formativa más que laboral. Este no es el caso predominante, lo común es que la escuela o facultad de medicina deba recurrir a la red hospitalaria del sistema nacional de salud, incluyendo instituciones privadas. De tal manera que los hospitales tienden a hacer un uso más o menos flexible de las funciones que asignan a los internos que reciben, privilegiando la solución de las necesidades del servicio sobre las necesidades educativas de los internos.

Estas dos grandes contradicciones determinan por sí solas, y en buena medida, que el internado médico no sea una experiencia educativa uniforme, ni siquiera para los internos de una misma escuela o facultad, sino que presenta amplias variaciones según, básicamente, las dos condiciones antes anotadas, referidas a las características estructurales de las escuelas o facultades de medicina y de las instituciones asistenciales de salud.

Así, el desarrollo del internado médico, como experiencia educativa, ha estado caracterizado por una serie de problemas y deficiencias, algunas de las cuales se han mantenido con mínimas variaciones hasta la actualidad. Entre las más sobresalientes pueden mencionarse las siguientes (Ruvalcaba y Palomares, 1991, pp. 433-434):

- La relegación de la coordinación y control de los estudiantes en internado hacia los hospitales por parte de las escuelas y facultades de medicina. Lo que ha traído como conse-

cuencia durante mucho tiempo, el que se considerara a este año como un mecanismo para cubrir la creciente necesidad de fuerza de trabajo de las unidades hospitalarias.

- Saturación del número de internos en las sedes hospitalarias debido al aumento en la matrícula de las escuelas y facultades de medicina, lo que provoca que se recurra a unidades hospitalarias que no garantizan un adiestramiento efectivo.
- A pesar de que existen programas académicos por parte de las instituciones educativas y o de las instituciones asistenciales, la calidad en su desarrollo, en ocasiones, ha sido deficiente por falta de organización de dichos programas, por ser repetitivos en sus aspectos teóricos, no tener congruencia con la práctica y porque prevalece en ellos el uso de técnicas didácticas tradicionales.
- Un número importante de internos, que puede alcanzar alrededor de una cuarta parte, no participan en actividades académicas.
- Sólo una pequeña proporción de estos internos, alrededor de un tercio, destinan tiempo suficiente a actividades de autoenseñanza.

En distintos momentos de su desarrollo histórico, se han hecho varios esfuerzos por organizar y sistematizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el internado, aunque con resultados controvertidos. Ruvalcaba y Palomares (1991, p. 434) coinciden con Frenk al señalar que este hecho se debe a la doble condición de los internos de estudiantes y trabajadores, así como a la variabilidad de oportu-

nidades educativas que ofrece el hospital, dependiendo de la carga de trabajo que deban asumir los internos y el grado en que se encuentra saturada la plantilla de personal médico y paramédico del nosocomio.

Finalmente, los autores llaman la atención respecto al hecho de que no ha sido posible establecer de manera objetiva en qué medida se alcanzan los objetivos educativos y formativos del internado ni las condiciones en que ocurre el proceso de enseñanza-aprendizaje, y que se carece de la infor-



Fotografía: Carmen Toledo

mación suficiente al respecto, sólo se cuenta con datos circunstanciales o de carácter anecdótico.

No obstante estos problemas, 9 de cada 10 internos, según la estimación de los autores citados arriba, perciben el internado como una etapa de gran utilidad e incluso satisfactoria; ellos suponen que esto puede deberse a las oportunidades que los estudiantes tienen durante este lapso para desarrollar destrezas y habilidades, así como para enfrentarse a experiencias reales de atención clínica hospitalaria. Apoya esta afirmación un ensayo que se hizo con los internos en el trimestre 04 primavera en la UAM-Xochimilco, donde manifestaron que aprenden y refuerzan aspectos que tienen que ver no sólo con conocimientos y habilidades médicas, sino también con su formación como profesionistas. De estas últimas, señalaron, por ejemplo: aprender a tener confianza en sí mismos, a tomar decisiones rápidas y precisas, a dar seguimiento a los pacientes, a trabajar en equipo, a enfrentarse a problemas reales, a establecer una buena relación médico-paciente, a tener una actitud adecuada y seguridad ante la presencia del paciente, y la capacidad de enfrentarse a problemas “distintos” a los que se han estudiado.

Los programas académicos del internado médico

Una revisión somera de los programas académicos del internado médico, tanto de algunas instituciones educativas como de las instituciones de salud (UNAM, 2002, UABC, 1989, SSA, 1992, IMSS, 1992), muestra que todos ellos guardan una gran semejanza:

- Objetivos muy similares, los cuales pueden agruparse del siguiente modo:

Objetivos declarativos y procedimentales

- a) Aquellos relacionados con el desarrollo de capacidades esenciales de la práctica profesional médica: de análisis, diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas de entidades clínicas (patologías). En algunos programas se anota que este desarrollo habrá de sustentarse con base en la historia natural de la enfermedad. Se incluye, en ocasiones, la capacidad de aplicar medidas preventivas y de promoción de la salud.

- b) Los relacionados con el desarrollo de habilidades y destrezas propios de la práctica médica clínica, sean actos clínicos y o quirúrgicos.

Objetivos actitudinales

- c) Objetivos relacionados con la formación científica del futuro médico como sustento para su actuación profesional, y
 d) Los referidos al desarrollo de actitudes, valores éticos y de compromiso social, además de los vinculados a habilidades relacionales del médico dentro de un equipo profesional de salud y con el paciente.

- Estructura curricular semejante:

Con grados diversos de especificación, los programas académicos del internado lo definen como un periodo de aprendizaje eminentemente práctico y en menor medida teórico. Dado este carácter práctico y las condiciones que, en consecuencia, impone el proceso educativo, se formulan dos subprogramas:

Un subprograma de aprendizaje autodirigido, independiente o de autoenseñanza

Con éste se pretende responder a las dificultades impuestas por la condición de “becarios” o “personal en formación” de los internos, y que les implica anteponer el cumplimiento de las tareas y funciones inherentes a su doble condición al de las actividades propiamente educativas que suponen los propósitos formativos del internado.

Este subprograma incluye acciones como la discusión de casos clínicos, sesiones clínico-patológicas, radiológicas y bibliográficas, temas de autoaprendizaje o temas de seminario. Incluye listados de las patologías que se espera sean revisadas por los internos.

Un subprograma de educación en servicio o de práctica clínica

Éste se desarrolla a través de la rotación bimestral por cinco servicios hospitalarios y uno de primer

nivel de atención, correspondiendo los primeros a las especialidades médicas básicas: medicina interna, ginecología-obstetricia, pediatría, cirugía, urgencias, así como la rotación por el servicio de primer nivel o medicina familiar. Bajo este subprograma, quedan incluidas las actividades, habilidades y destrezas clínicas que se espera desarrollen los internos, en particular, el programa de la SSA incluye grados de dominio a alcanzar en tales habilidades y destrezas.

Es este el subprograma de mayor peso, en términos de la carga de trabajo que comúnmente realizan los internos, el más visible y, en consecuencia, el que mayor atención ha tenido por parte de las instituciones asistenciales e incluso de las educativas.

Incoherencias e incongruencias

El diseño de los programas académicos de internado médico comparten también, en general, inconsistencias similares, dos de las más notables son las siguientes:

- En relación con los objetivos:

Los programas incluyen objetivos, según se anotó antes, relacionados con contenidos actitudinales, como la formación científica, el desarrollo de valores éticos y de compromiso social; así como otros ubicados en esta misma línea que se relacionan con el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo y de relación con el paciente. Son objetivos que apuntan hacia una de las áreas esenciales de la formación médica: la socialización profesional. Sin embargo, este tipo de objetivos sólo aparecen enunciados sin que después sean retomados ni en la metodología pedagógica ni como contenidos específicos. Esto es, con estos objetivos, se intuye dicha función de socialización profesional que cumple el internado, pero ni se aborda de manera explícita ni se anota cómo hacerlo.

- En relación con los subprogramas y sus estrategias pedagógicas:

Como se anotó antes, los programas académicos del internado se dividen, en todos los casos, en dos subprogramas. El primero, denominado de autoenseñanza o de aprendizaje independiente, busca responder a las condiciones de aprendizaje fijadas por el internado, por lo que se enuncia que

se trata de un subprograma organizado bajo una modalidad de “educación en servicio”.

Aquí la inconsistencia reside en que luego no se desarrollan las estrategias pedagógicas que posibiliten ese tipo de aprendizaje; cuando más se enuncian algunas técnicas que no siempre se cumplen, como las sesiones de enseñanza grupal, y que no necesariamente responden a la necesidad de promover el aprendizaje independiente. Es decir, aunque se enuncia, en realidad no hay un desarrollo de este tipo de aprendizaje ni, en consecuencia, se contemplan dispositivos que lo soporten y potencien. Las destrezas, según Cristoffanini (1982), “se aprenden secuencialmente por demostración, ejecución activa de la destreza después de la demostración y por iteración de esa ejecución activa”, todo ello bajo supervisión del experto. Sin embargo, la carga de trabajo en los hospitales implica que, en muchas ocasiones, los internos trabajen solos sin supervisión, por lo que aún en este subprograma se tienen deficiencias.

El proceso de rediseño de la cuarta fase en la UAM-Xochimilco

El plan de estudios de la Licenciatura en Medicina de la UAM-Xochimilco consta de quince trimestres académicos más el servicio social, cada uno de estos trimestres corresponde a un módulo o unidad de enseñanza-aprendizaje. La cuarta fase del plan de estudios de Medicina está formada por el internado médico y el servicio social, y se plantea como una etapa de integración de la formación profesional. De tal manera, concebimos al internado y al servicio social como dos momentos de un proceso continuo e integrado en sí mismo y vinculado, en tanto etapa final de la formación profesional de pregrado, con el resto de la carrera. En esta línea de argumentación, definimos un objeto de transformación² común para la fase, desagregado luego

² Concepto y punto clave en el diseño curricular del modelo educativo de la UAM-Xochimilco es el de Objeto de Transformación, el que puede definirse como un problema de la realidad, socialmente relevante, pertinente y vigente, a partir del cual se estructuran y hacen converger en un módulo o unidad de enseñanza-aprendizaje aquellas disciplinas necesarias para conocerlo y transformarlo. Esto es, el objeto de transformación opera como “disparador” y estructura de un proceso activo de construcción del conocimiento, en el que están implicadas acciones de docencia, investigación y servicio.



Fotografía: Carmen Toledo

en sendos objetos de transformación para los dos periodos correspondientes al internado y al servicio social, cada uno con tres módulos. De tal manera que la fase efectivamente corresponda a un proceso de integración que ocurre en el nivel hospitalario (internado) y culmina en el primer nivel de atención (servicio social). Es a partir de la definición de los elementos que conforman el propósito general de la fase, que se establecieron los objetos de transformación de la fase en su conjunto y los correspondientes al internado y al servicio social:

a) Integración

Elemento central a ser considerado en la definición del objeto de transformación es la noción de integración, concepto que se entiende aquí en sentido pedagógico y que implica, al menos, las siguientes esferas:

Integración de teoría y práctica. Esta esfera, que no es particular de la fase, toda vez que, en teoría, es una característica inherente al Sistema Modular, es decir, se trata de un ejercicio pedagógico que realiza permanentemente el alumno desde su ingreso a la universidad. En todo caso, es una esfera de integración que se mantiene durante la cuarta fase.

Integración de lo básico con lo clínico. En tanto que en la revisión de los casos clínicos que haga el interno necesariamente necesita de conocimientos de las Ciencias Básicas que vio en la carrera. Esta es también un área de integración que se da en todos los módulos del tronco de carrera en el Sistema Modular y no es exclusiva del internado.

Integración de lo biológico con lo social. El enfoque de la patología en el Sistema Modular está dado no sólo en su componente biológico, también en su componente social. Se pretende que no haya separación en las diversas esferas del abordaje de la patología y condiciones de salud. Esta integración se busca también en todos los módulos del tronco de carrera.

Integración conceptual. Referida a la construcción de una visión del ser, hacer y deber ser de la práctica médica. Es una esfera de integración mayor, implica una visión de conjunto, que por lo demás no es estática ni unívoca. Esta visión se integra de manera específica en el segundo nivel de atención, para el caso del internado médico, y en el primer nivel de atención para el caso del servicio social.

Integración metodológica. Abarca la comprensión y el dominio del método clínico y de las estrategias y estructuras institucionales de atención médica, así como del método epidemiológico y de las estrategias de promoción, prevención, organización y participación social en salud.

Integración grupal. Se refiere a la incorporación del futuro profesional al trabajo grupal, multidisciplinario (idealmente interdisciplinario), en los equipos de salud hospitalarios y/o comunitarios.

b) Formación profesional

El término “formación” en educación tiene al menos dos acepciones: el primero, en el sentido de moldear o modelar a la persona conforme

a una cierta idea del (deber) ser humano. Es un concepto restringido y centrado en el lado del que educa (moldea), es decir, centrado en la enseñanza entendida como instrucción y transmisión de conocimientos. El segundo, es el que aquí interesa, y se refiere a la formación como proceso de construcción (*bildung* en el sentido que le asigna Hegel, citado por Yurén, 2000, p. 29) e implica tres aspectos:

- *Socialización*. El proceso por el cual la persona se apropia de las normas y los órdenes institucionales existentes y los cumple.
- *Enculturación o transmisión de la cultura*. Proceso a través del cual la persona se apropia de la cultura de su tiempo (lenguajes, usos, costumbres, saberes, significados).
- *Formación propiamente*. Se refiere al proceso en el que la persona se configura a sí misma como sujeto en tanto crea, recrea y/o transforma la cultura y los órdenes sociales, es decir, este proceso incluye y supera a los dos anteriores.

El proceso de formación así entendido, como construcción, opera sobre dos momentos básicos:

1. La objetivación. Esto es el paso de lo subjetivo a lo objetivo. Implica el proceso de apropiación de la cultura y de los órdenes institucionales, pero además la capacidad de actuar creativamente para producir cultura e instituciones y/o para transformar lo ya existente.

Cultura e instituciones (orden social) son objetivaciones de los sujetos. En este momento de la formación, la cultura y la sociedad se humanizan al tiempo que el sujeto se objetiva. El proceso incluye una actividad que transforma la realidad, conforme a una finalidad consciente y libremente elegida, y la recuperación de la experiencia realizada por parte del sujeto y su transformación como tal (implica la autocrítica y la autoevaluación).

Con el propósito de evitar confusiones en el manejo de conceptos, conviene precisar los términos profesionalización (de la medicina) y socialización profesional (de los médicos). El primer término hace referencia al modo en que se organiza un grupo profesional para presentarse a sí mismo ante el resto de la sociedad y protegerse de ella. Socialización profesional, por su parte, remite al proceso a través del cual se conforman las actitudes, valo-

res, creencias y comportamiento de los que trabajan (o habrán de incorporarse) en el campo dado, de la manera deseable y aceptable para la profesión (Coe, 1984, p. 221).

2. La intersubjetividad. La transformación de la cultura y del orden social se realiza a través de relaciones, del intercambio entre las personas implicadas. En este sentido, la formación es conquista de la subjetividad mediante la transformación cultural y la interacción.

Ahondando en el concepto de socialización profesional, Davini (1994, p. 111) lo define como “proceso de largo alcance que implica la incorporación explícita e implícita de formas de pensamiento, valoración y actuación en distintos ámbitos sociales”.

Para esta autora la preparación formalmente institucionalizada de las profesiones (particularmente la universitaria) no es una fase decisiva en la formación y socialización profesional, sino que se completa en la experiencia directa que los futuros profesionales viven en las instituciones que llama de desempeño o empleadoras, como el hospital y otros centros de atención médica, en nuestro caso. En este sentido, cabe afirmar que las instituciones asistenciales de salud son, además, instituciones culturales y educativas (instituciones pedagógicas en un sentido profundo), en tanto modelan las prácticas profesionales y las estrategias de inserción y competencia laboral.

En términos de la teoría del *habitus* de P. Bourdieu (1980, pp. 94-111) puede decirse que en la institución de desempeño laboral (el hospital para el caso del internado médico) se internalizan formas de pensar, percibir y actuar, garantizando así la regularidad de las prácticas y su continuidad a través del tiempo. Proceso que ocurre a través de las formas de relación social y de las prácticas técnicas, en tanto productos históricos que funcionan como matriz de aprendizaje en los puestos de trabajo, incluso más allá de cualquier cosa aprendida en la escuela formal.

c) Práctica médica

Debe entenderse en un sentido amplio, de construcción (y producto) social. De manera genérica, Salazar (1985, p. 35) la define como “el conjunto

de actividades teóricas y prácticas que tienen lugar en una sociedad para cuidar la salud y atender la enfermedad, centrándose no tanto en el individuo cuanto en los grupos y las clases sociales”.

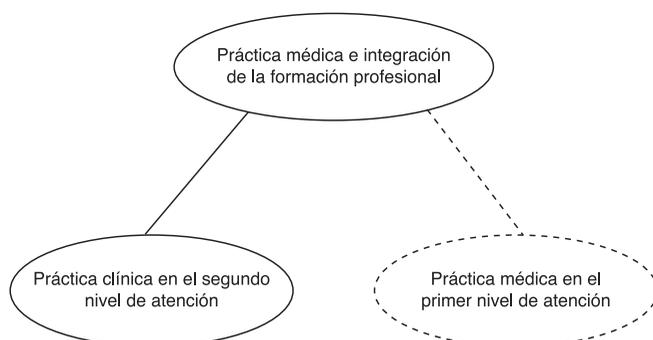
De modo muy similar, Villaseñor (1984, p. 39) define la práctica médica como la respuesta social a una exigencia social; la forma en que una sociedad —proyecto social dice el autor— en su conjunto, atiende su propia necesidad en materia de provisión de salud. Distingue como niveles objetivos en que se manifiesta esa práctica el de la medicina popular, la medicina privada y la atención proporcionada por el aparato estatal.

De acuerdo con estas nociones de práctica médica, la política sanitaria, otra vez en sentido amplio, se extiende al conjunto de actividades teórico-prácticas que constituyen la práctica médica de una sociedad.

Objetos de transformación de la cuarta fase y del internado médico

Con base en esta delimitación de los alcances y sentido del propósito general de la cuarta fase, se hizo la construcción de los objetos de transformación de la fase y del internado médico más el del servicio social, quedando establecidos del siguiente modo:

Fig.1. Objetos de transformación de la cuarta fase de la Licenciatura en Medicina, del internado médico y del servicio social. UAM-Xochimilco.



Así, en el internado médico, como mencionamos en otro apartado “se ubica el propósito final del internado médico: el desarrollo de competencias profesionales; en tanto éstas se refieren al ejercicio

eficaz de las capacidades que permiten el desempeño de la profesión; y en tanto se refieren además al conjunto de comportamientos, capacidad de análisis, toma de decisiones, transmisión de información, etcétera, considerados necesarios para el pleno desempeño de la práctica clínica profesional. Son una construcción social de aprendizajes significativos que se adquieren básicamente a través del aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo.”

Objetivos del internado médico de pregrado en la UAM-Xochimilco

- Fortalecer el proceso de formación profesional que el estudiante desarrollará en el campo de la práctica clínica.
- Coadyuvar en la consolidación de las capacidades en los estudiantes para el diagnóstico clínico y la solución de problemas de salud predominantes en la práctica de la medicina general.
- Fortalecer en los estudiantes los valores, actitudes y conductas éticas, humanísticas y de responsabilidad profesional y social inherentes al ejercicio de la práctica médica.
- Desarrollar en los internos las capacidades para el aprendizaje autónomo.

Organización académica

El programa académico del internado médico para la carrera de medicina de la UAM-Xochimilco se estructuró de modo semejante a como lo han hecho otros programas: un subprograma de práctica clínica en el que se han ubicado los componentes del proceso de objetivación (aprendizaje de la clínica a través de la rotación por los seis servicios) y el subprograma de autoenseñanza, centrado en el proceso de socialización profesional.

En este diseño se necesita una fuerte coordinación con la sede hospitalaria, de tal manera que el papel protagónico, en el primer caso, corresponde a ésta, mientras que en el segundo, la intervención de la universidad es la definitoria. Esta intervención está dada por la existencia de tutores de la UAM en la sede hospitalaria que “acompañan” al interno en la reflexión de lo que su proceso significa y que se reúnen periódicamente con ellos.

Ambos subprogramas se han ordenado en los tres últimos módulos del plan de estudios de la licenciatura (trimestres académicos), diseñados bajo la estrategia de educación virtual. Esta estrategia favorece: el aprendizaje centrado en el alumno; el aprendizaje basado en la solución de problemas a través del objeto de transformación del internado, Práctica Clínica en el Segundo Nivel y su Problema Eje que es el Aprendizaje de la Clínica (qué se aprende, cómo se aprende, qué se puede hacer con eso).

Los recursos de esta estrategia son: educación a distancia a través de una antología que, además de lecturas, contiene diversas actividades de aprendizaje; una página Web de la cuarta fase en donde, en lo que toca a internado, se discuten entre los internos casos clínicos que son realimentados por un tutor; enlaces a sitios de interés; sesiones de asesoría y discusión de los internos con sus tutores de la UAM. Estas últimas pueden ser o no presenciales, grupales o individuales. Además, a través de la página, se fortalece el aprendizaje grupal y entre pares a partir de la discusión de casos clínicos.

Tabla 1.
Estructura curricular del subprograma de autoenseñanza del programa académico del internado médico

Problema eje	Objeto de transformación		
	Relación interprofesional y aprendizaje de la clínica	Aprendizaje y atención clínica integral	El hospital en el sistema de atención a la salud
Socialización profesional	Relaciones verticales. Relaciones entre iguales. Valores y ética en la relación interprofesional. Papel y función del interno en el hospital.	Relación médico-paciente hospitalizado. Derechos humanos del paciente hospitalizado.	El hospital en la estructura de atención a la salud. Organización del sistema nacional de salud y políticas.
Aprendizaje de la clínica	Caracterización del aprendizaje de la clínica. Componentes del aprendizaje de la clínica. Casos clínicos.	Aprendizaje de la Clínica: obtención de la información. Razonamiento diagnóstico. Casos clínicos.	Decisiones terapéuticas Casos clínicos.
Investigación: Epidemiología clínica Cualitativa Educativa	Protocolo.	Ejecución.	Reporte final.

Sesiones presenciales

Se realizarán periódicamente, aproximadamente cada tres semanas, y tienen una duración de dos horas, ajustables según el horario acordado con cada sede hospitalaria. Los contenidos de las sesiones se referirán a aspectos particulares del proceso de socialización profesional que los internos están viviendo y/o a contenidos relacionados con el aprendizaje de la clínica como elemento objetivante de la formación profesional. Los contenidos de cada sesión se ajustan según las demandas y requerimientos de los alumnos, pero en todo caso, como se expuso en el ejemplo de los casos clínicos, las sesiones presenciales tienen como

propósito general operar como momento de culminación de un ejercicio particular de aprendizaje, sea ampliando, profundizando o sintetizando los logros alcanzados.

La investigación en el internado

El modelo educativo de la UAM-Xochimilco —el Sistema Modular— tiene, en la investigación, el eje transversal que corre a lo largo del proceso educativo, a partir del cual se estructura y se articula el proceso pedagógico, haciendo posible el vínculo entre la docencia, la propia investigación y el servicio.

La investigación en el internado médico está referida por el objeto de transformación de la fase y del internado en particular. De tal manera que, en cada promoción de internado, se definen problemas específicos de investigación sobre el aprendizaje de la clínica en el segundo nivel de atención, pudiendo derivarse éstos de cualquiera de los componentes del proceso de formación profesional implicados en dicho aprendizaje. Así, es posible generar investigaciones de corte epidemiológico, cualitativo e, incluso, educativo. Las actividades de aprendizaje y la revisión de contenidos enunciados antes, constituyen parte del proceso de investigación, por lo que el énfasis que se dé a cada cual dependerá de los intereses y del problema específico de investigación que cada grupo de aprendizaje haya delimitado.

Conclusiones

Es innegable que la actuación del hospital en el proceso de socialización del interno es definitiva e insustituible; sin embargo, la intervención de la universidad puede cumplir un papel igualmente estratégico si atiende aquello que el hospital no está haciendo o tiene dificultades para cubrir, sea por su propia naturaleza o por las exigencias a las que se ve obligado a responder, y que puede referirse a los dos componentes de la formación profesional: la socialización profesional y la enculturación médica. En este sentido, la articulación y la coordinación del hospital con la universidad no son sólo un buen deseo, sino una exigencia si se quiere aspirar a una formación integral de las y los futuros médicos.

Bibliografía

- Bourdieu, P., *El sentido práctico*, Taurus Humanidades, España, 1980.
- Coe, R. M., *Sociología de la medicina*, Alianza Universidad, España, 1984.
- Davini, M. C., "Prácticas laborales en los servicios de salud: Las condiciones de aprendizaje", en J. Hadad, M. A. Clasen y M. C. Davini (eds.), *Educación permanente del personal de salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 100, OPS-OMS, Washington, 1994.
- Frenk, J., *La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos: el internado en México*, 1984.
- IMSS, *Programa del internado de pregrado*, Subdirección general médica, IMSS, México, 1992.
- Lifshitz, A., "El aprendizaje de la clínica", en J. R. De la Fuente, R. Rodríguez-Carranza (coords.), *La educación médica y la salud en México*, Fac. Medicina, UNAM, Siglo XXI, 1996.
- Ruvalcaba, V. A., J. J. Villalpando, E. Díaz del Castillo, *Las actividades de enseñanza-aprendizaje en el internado de pregrado*, Facultad de Medicina, UNAM, 32:2, 1990, pp. 98-102.
- , A. Palomares, "El internado de pregrado en la estructura curricular de la carrera de medicina", en *Revista Mexicana de Educación*, vol. 2 (3), AMFEM, México, 1991, pp. 431-436.
- SSA, *Manual del interno de pregrado en la Secretaría de Salud*, Dirección General de Enseñanza en Salud, SSA, México, 1992.
- UABC, *Guía general de enseñanza médica: internado de pregrado*, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California, México, 1989.
- UNAM, *Programa académico de internado médico. Quinto año*, Facultad de Medicina-Secretaría de enseñanza clínica, internado y servicio social, UNAM, México, 2002.