

CAPÍTULO QUINTO

LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA PRIVADA

José J. VILLALPANDO CASAS*

SUMARIO: I. *Presentación.* II. *Desarrollo.* III. *Acerca del aprendizaje significativo.* IV. *Sobre la acreditación de los programas educativos.* V. *Circunstancias de prestación de servicios de protección a la salud.* VI. *Sondeo sobre la participación privada en la formación de médicos.* VII. *Pautas para la mayor participación.*

I. PRESENTACIÓN

La formación de profesionales de la medicina es una tarea que comparten las instituciones sociales en México: por un lado, las del orden educativo a nivel superior y, por otro, las que prestan servicios de atención a la salud; en ambos casos pueden pertenecer al sector público o al privado. Dichas instituciones complementan sus funciones entre sí y se potencian una a la otra, con el propósito de preparar médicos que brinden servicios profesionales de alta calidad, conforme a las circunstancias epidemiológicas locales y regionales, y ahora también globales; además, lo deben hacer siempre con bases científicas y humanistas, y con apego al conocimiento y a la tecnología

* Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de México; presidente del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (Comaem).

prevalente; asimismo, tienen que desempeñarse con sentido ético y responsabilidad social, a fin de preservar o recuperar la salud de las personas y de la comunidad, conforme lo necesite la población y lo requiera el desarrollo del país.

Lo anterior se asienta en el siguiente precepto: “Educar consiste en desarrollar las facultades intelectuales y morales¹ de las personas, siendo resultado del entrenamiento y la instrucción formal, como también de la práctica supervisada para realizar destrezas de una profesión en su propio campo de trabajo”.

Para abordar el tema de la formación de médicos en el ámbito de la medicina privada en el país, se debe discurrir sobre lo siguiente:

- a) El contexto en que se da la formación de médicos en el México contemporáneo.
- b) La medicina privada y la vocación ancestral de los médicos, desde la Antigüedad hasta los tiempos presentes, en materia de formación de esos profesionales.
- c) La manera en que la medicina privada participa actualmente en la formación de médicos y la potencialidad educativa como factor que puede contribuir a su progreso.
- d) Propuesta para que la medicina privada contribuya a la formación de nuevos médicos.
- e) Conclusiones.

II. DESARROLLO

Sobre el contexto educativo prevalente

La enseñanza y el aprendizaje de la medicina suceden en México de forma compartida entre las instituciones de educación superior (públicas y privadas), que tienen el cometido de impartir los

¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, ed. del tricentenario, España, 2023.

programas educativos para formar profesionistas en esa disciplina, junto con las instituciones del sector salud, que comparten esa responsabilidad y contribuyen con la enseñanza y el aprendizaje clínico de los estudiantes, lo que sucede principalmente en las de carácter público en todo el país, tanto en el nivel licenciatura como en el posgrado, para la especialización y obtención de grados; asimismo, participan mediante programas específicos en educación continua para la actualización o desarrollo de competencias de los médicos ya formados.

Se debe tener en cuenta que las escuelas y facultades de medicina en México tienen sus propios currículos y programas educativos, y que para llevarlos a cabo siguen modalidades pedagógicas e intervenciones diversas. Este cometido se nutre de los principios universitarios plasmados en la máxima norma jurídica en el país desde 1924, que consagra la autonomía de organización y gestión de las instituciones de educación superior, así como la libertad de cátedra e investigación de su planta académica, además del conjunto de acciones para la extensión de la cultura; para ello, las instituciones cuentan con una limitada subvención gubernamental y mínimamente con ingresos autogenerados, o bien se trata de una inversión de fondos de particulares.

Es un hecho que la mayoría de los planteles que ofrecen la carrera de medicina en México siguen modelos pedagógicos de tipo tradicional, y que tienden a evolucionar a modelos más avanzados en la modalidad de competencias profesionales, a fin de resolver los asuntos de la profesión médica. Vale mencionar que, a juicio del Comaem, la enseñanza de las ciencias básicas que se proporciona en los respectivos campus de las escuelas y facultades de medicina se realiza de manera adecuada, en tanto que, por contraposición, la enseñanza y práctica clínica es insuficiente, circunstancia que ofrece un espacio de oportunidad para mejorarla.²

En este suceder, hace una década la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), que agrupa a la

² Datos observados en el proceso de evaluación para la acreditación de programas educativos en escuelas y facultades de medicina. Comaem, *Manual de procedimientos para la acreditación 2019*, México.

mayoría de los planteles que imparten la licenciatura en medicina, acordó, junto con el consenso de sus agremiados, la formulación de un “Perfil por competencias del médico general mexicano”,³ claramente orientado a la medicina para las atenciones individual y comunitaria, para lo cual el grupo encargado de su redacción se apoyó en las plataformas científicas que aportan las ciencias biomédicas y las humanidades; asimismo, buscó la promoción del ejercicio médico ético y de calidad para que los estudiantes construyan su profesión. Ésta es una forma de favorecer el profesionalismo del facultativo y de prepararlo para su incorporación al sistema de salud.

Solamente que los planteamientos del “Perfil del médico general” antedicho no fueron acatados enteramente por los planteles, mismos que continuaron desarrollando sus programas de manera tradicional, aunque con ciertas modificaciones que no dibujaban por completo el perfil propuesto. No obstante, este proyecto vuelve a adquirir vigor y muchos grupos se pronuncian por actualizar su propuesta.

III. ACERCA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

En cuanto a la experiencia derivada de la interacción para la formación de nuevos médicos entre las instituciones educativas y las de salud, muestra severas discrepancias, ya que mientras las primeras orientan a la práctica independiente, las segundas lo hacen hacia la práctica institucional, circunstancia que impacta a los estudiantes a profundidad y les orienta al ejercicio institucional especializado.

Los estudiantes durante los ciclos básicos suelen ser introducidos también al aprendizaje clínico por medio de una serie de experiencias en laboratorios tecnológicos, con diferentes grados de equipamiento y organización, donde se simulan situaciones clínicas, y en algunos programas inclusive se apela a la participación de pacientes estandarizados, en circunstancias más allá del

³ “Perfil por competencias del médico general mexicano”, disponible en: www.amfem.edu.mx.

nivel de preparación, lo que también tiene inconvenientes.⁴ Estas experiencias no pueden sustituir a las vivencias logradas frente a pacientes verdaderos, que es lo que los estudiantes buscan al acudir a diferentes servicios donde se presta la atención médica y en los que se tiene la oportunidad de correlacionar sus conocimientos con situaciones reales para lograr aprendizajes significativos.

Ese tipo de enseñanza no debe tomarse como una medida para sobrellevar la saturación que se observa en los servicios clínicos, donde se ve limitada la enseñanza clínica debido, en gran parte, a la presencia de un excesivo número de estudiantes, y si a esto se le agrega que no hay suficientes instructores capacitados o profesores comprometidos para conducir el aprendizaje, pues resulta que la educación clínica suele ser deficiente.

Interesa mencionar la importancia que tiene para los estudiantes aprender a conducirse en los espacios donde se da la atención médica: salas de hospitalización, consultorios, quirófanos, laboratorios y gabinetes. Pero más importante aún es el aprender directamente del comportamiento profesional de sus profesores en su trato con los pacientes y su familia;⁵ además, el respeto que deben guardar los médicos por la dignidad de las personas y por su pudor; asimismo, el tipo de razonamiento y juicio que ejercen cuando se deben tomar decisiones y apreciar cómo se proponen a los pacientes o sus tutores, ya que nunca se debe actuar con el desconocimiento o contra la voluntad del paciente, así como tampoco cuando se tiene objeción de conciencia;⁶ de igual manera, los estudiantes también deben aprender a cuidar los bienes y demás recursos institucionales. Ésta es una forma ética de formarse como futuros médicos para después conducirse con ese sentido profesional.

⁴ Wissow, Lawrence, “Modelos de comunicación en la relación médico-paciente”, *Revista CONAMED*, núm. extraordinario 1, 2003.

⁵ Código de Conducta del Personal de Salud, disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html.

⁶ Decreto por el que se adiciona un artículo 10 Bis a la Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de mayo de 2018.

Se hace énfasis en esto por haber podido constatar que un buen número de estudiantes durante los ciclos clínicos no han tenido oportunidad de interactuar con pacientes por las razones antedichas, fenómeno sólo explicable por la saturación de estudiantes en los servicios de atención médica a los que acuden en busca de formación; en este sentido, valga citar el indicador siguiente: “número de estudiantes por cama de hospitalización”. Idealmente, debiera existir la proporción de un estudiante por cada cinco camas de hospitalización, pero lo que ocurre es a la inversa, pues se presentan entre cinco a siete estudiantes por cada cama y son ellos mismos quienes también deben acudir a los consultorios externos, por lo que las experiencias significativas que logran son escasas.

Una anécdota sobre lo anterior sucedió cuando al término de la etapa clínica en una escuela que titulaba a sus egresados como médicos cirujanos y parteros, habiendo cursado en su currículo dos semestres de ginecología y obstetricia, sus estudiantes no habían presenciado un parto en vivo o explorado al menos el abdomen de una gestante, o dado seguimiento a algunas de sus consultas de control obstétrico.⁷

Esas deficiencias de preparación suelen dejarse para ser resueltas en el ciclo del internado de pregrado, donde —por cierto— también se presentan dificultades, pero ahora por falta de instructores o de compromiso de los profesores con su función y, asimismo, por desatención del plantel educativo.

IV. SOBRE LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

Tal panorama obedece al gran número de estudiantes que ingresan a la carrera en alguna de las 159 escuelas y facultades de medicina

⁷ Villalpando-Casas, José J. y Acosta Arreguín, E., “Avances en el uso combinado de la práctica real y equivalente para el dominio de las competencias clínicas de los estudiantes de medicina en obstetricia”, IV Congreso Internacional de Innovación Educativa, del 14 al 16 de octubre de 2009, disponible en: <https://www.repo-ciue.dfie.ipn.mx/pdf/573.pdf>.

de las que tenemos noticia en el Comaem, de las que seguramente existen más, pero no se han registrado ni afiliado a la AMFEM. Actualmente, en el Comaem suman 67 escuelas y facultades públicas registradas, de las que el 77.8% han acreditado sus programas con un alto nivel de calidad. Por otra parte, de los 92 planteles más, que son del orden privado, sólo 55.4% de ellos acreditaron sus programas. Estas cifras arrojan un promedio general de 66.6% del total de los 159 planteles mencionados.

Es de interés general precisar que en el Comaem recae la función social de evaluar los programas educativos para formar médicos y que es el organismo acreditador avalado en México por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (Copaes) de la SEP/ANUIES, y que tiene, además, el reconocimiento de la Federación Mundial de Educación Médica para realizar tal función y el estatus de comparabilidad de la Comisión Nacional para la Educación Médica y Graduados del Extranjero (NCFMEG, por sus siglas en inglés), por lo que sus dictámenes tienen aceptación global.

Es conveniente mencionar aquí, por el tema que se plantea, que la Organización Mundial de la Salud, en su Estrategia Global de Recursos Humanos para la Salud denominada “Fuerza de Trabajo 2030”, señala en su objetivo 1.1. lo siguiente: para 2020, “Todos los Países deberán haber establecido mecanismos de acreditación para las instituciones que preparan para la salud”. Ello implica un compromiso para los sistemas de educación superior y nacional de salud en México.

V. CIRCUNSTANCIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD

El derecho humano de protección a la salud se consagra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁸ que lo

⁸ Artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

establece como un bien jurídico tutelado por el Estado, y por su ley reglamentaria⁹ se brinda tal protección mediante la atención del Sistema Nacional de Salud, constituido por las instituciones de los sectores público y privado que ofrecen esos servicios. En esa disposición, el discurso “político asistencial” proclama que la atención se brinda conforme a la Estrategia de Atención Primaria a la Salud,¹⁰ con eje de atención en la medicina familiar y comunitaria, así como en el fortalecimiento de la medicina preventiva. Sin embargo, se reconoce que el sistema de salud en México continúa privilegiando la atención especializada de tipo hospitalario, y se aprecia que la atención preventiva y la práctica de la medicina general se rezagan cada vez más. Ello viene acentuando la inconformidad de importantes sectores de la sociedad a pesar de estar cubiertos por diferentes tipos de aseguramiento, aunque su accesibilidad a los servicios deja mucho que desear; no obstante, la postura oficial (SSA-2018) declara que se “[entiende] por acceso efectivo, el que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutoria”, lo que en la práctica no ocurre.

Cabe mencionar que la elevada demanda de consultas médicas, aunado al retraso en las citas otorgadas, así como la atención disgregada e impersonal, junto con el diferimiento prolongado de las consultas con especialistas y la demora o el aplazamiento repetido de cirugías programadas, motivan que gran parte de la población prefiriera acudir a los sistemas privados de atención médica, y con ello se favoreció el crecimiento de los ya existentes y el surgimiento de nuevas agrupaciones de ese tipo, mismos que se extendieron a las principales zonas urbanas en todo el país.

Debe aceptarse que estos servicios especializados, sobre todo los de hospital, están bien equipados y abastecidos, y que cuen-

⁹ Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Última revisión: 12 de julio de 2018.

¹⁰ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata, Organización Mundial de la Salud, 1978.

tan con personal capacitado y una plana de especialistas seleccionados y certificados. Empero, también se dio pauta a que surgieran cadenas de consultorios anexos a farmacias e, incluso, en el interior de tiendas de autoservicio, tanto en zonas urbanas como suburbanas, donde prestan sus servicios profesionales un buen número de médicos que al parecer no lograron ingresar al sistema de residencias para especializarse y se contratan, como modo de vida, para brindar atención de primer contacto de medicina general.

Se puede decir que estos servicios son vistos con cierta suspicacia por la comunidad médica, pues se desconoce la calidad con los que se imparten; sin embargo, la estadística de demanda de consultas de la población a esos servicios es superior a las que reportan en ese nivel las principales instituciones de seguridad social, incluyendo a personas y familias con derechohabencia a alguna institución de seguridad social y de salud.

1. *La medicina privada y la vocación ancestral de los médicos*

Comúnmente se acepta que la “medicina privada” es aquella que pertenece y se ejerce por particulares y no es propiedad pública o estatal, y así ésta forma parte importante del sistema nacional de salud. Baste mencionar que el número de camas censables es mayor en las instituciones privadas que las que cuentan los establecimientos de salud del Estado; asimismo, el número de médicos que sirven a los servicios privados es mayor que los públicos, sobre todo si se considera que muchos médicos ejercen en los dos tipos de medicina.

Desde que se tiene memoria de la práctica médica, ésta se ejercía por facultativos del sector privado en todas las culturas y sociedades, y no fue hasta 1883 que Otto von Bismarck implanta en Alemania esquemas de seguridad social, donde el Estado asume la responsabilidad de brindar atención a la salud de los traba-

jadores. Posteriormente, William Beveridge en 1942 en la Gran Bretaña instala un Estado benefactor con principios similares, y un año después, en 1943, Manuel Ávila Camacho en México proclama la Ley de Seguridad Social para los trabajadores asalariados, que implementa el IMSS, y después la Ley del ISSSTE para los trabajadores del gobierno; de esta manera, se hace cargo el Estado de la salud de los no asalariados y de la población de escasos recursos. Por su parte, la medicina privada continúa creciendo y fortaleciéndose, a efecto de cubrir las necesidades de atención de quienes prefieren atenderse en ésta y poseen recursos para sufragarla.

Para conectar este bosquejo del devenir de la medicina privada con la formación de médicos, se mencionan a continuación algunos acontecimientos y hechos que, a modo de brochazos históricos vividos por nuestros antepasados en la cultura occidental, dan idea del desarrollo de la atención a la salud por profesionales médicos formados desde tiempos remotos al lado de un maestro: ellos eran aprendices del arte y la ciencia médica y el maestro era su tutor, quien progresivamente los introducía en el arte de la medicina, en sus diferentes ramas, caracterizando así las corrientes profesionales típicas de las diferentes épocas y de la etapa evolutiva de las culturas.

Un hecho considerado hito histórico en la formación de médicos ocurrió en Salerno en el siglo XV, cuando pobladores de ese lugar se quejaron ante su rey por los malos resultados que tenían al recibir atención a su salud, en comparación con los mejores que veían en quienes eran atendidos por médicos de las culturas del oriente medio. Ello motivó a que el emperador de las Españas, Felipe II, comisionara a su médico personal para que con los notables de esa comarca analizaran el asunto. Como consecuencia de la comparación de la preparación de los médicos, el grupo tomó lo mejor de cada corriente médica y, de hecho, seguramente así se dio origen a una propuesta de lo que ahora se entiende por “plan de estudios”, que amalgamaba las corrientes occidentales y las del cercano oriente, a fin de preparar a los futuros médicos con lo mejor de cada medicina. Esta circunstancia pronto se ge-

neralizó en Europa y diversos países procedieron a revisar sus experiencias en esa materia y surgió entonces el Real Tribunal del Protomedicato, que se ocupaba de vigilar el ejercicio profesional y las funciones docentes y de atención en la formación de médicos. A la Nueva España llegó el primer protomédico en 1588 y la institución se mantuvo hasta la consolidación de la independencia de México.

Considero de interés consignar también lo que ha ocurrido con las escuelas y facultades de medicina en México: a principios del siglo XX, en 1900 se contaba con 7 planteles; en 1960 subieron a 27 y en 1980 aumentaron a 59; posteriormente, en 2000 llegaron a ser 139, y en 2018 se registraron 158 con más de 133,322 estudiantes. De todos ellos, alrededor de 20,000 estudiantes demandan una sede y plaza de becario en el sector salud para cursar el internado de pregrado y terminar su carrera, previamente a prestar el servicio social a que están obligados por norma en el país.

De ese conjunto de estudiantes se estima que cerca de 60,000 se encuentran en alguna etapa de su formación clínica, quienes por tiempos variables acuden a hospitales de segundo nivel y de tercer nivel de atención para cursar ciclos clínicos. Esto ocurre en instalaciones públicas, saturando los servicios y la capacidad docente, como se ha comentado. No se tiene noticia de que grupos de estudiantes acudan a servicios privados para cubrir esa etapa, como sí lo hacen sus compañeros para cursar el año de internado de pregrado con la aprobación de la autoridad sanitaria.

2. La manera en que la medicina privada participa actualmente en la formación de los médicos y la potencialidad educativa como factor de su desarrollo

La vinculación funcional entre las instituciones de educación superior que forman médicos y las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud es de suma importancia para

alcanzar niveles altos de calidad, tanto en el programa formativo como en lo propiamente asistencial.

Ambos sistemas, como es natural, son interdependientes y complementarios entre sí, a pesar de que existen varios modelos curriculares e, igualmente, varios modelos de prestación de servicios, mismos que al interactuar, y conforme a sus recursos, ofrecen un campo de acción común para desarrollar el ciclo denominado “internado de pregrado”, donde los estudiantes durante dos semestres se incorporan a los hospitales para rotar en los servicios troncales de cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y medicina familiar dedicada a la atención de primer nivel. Este adiestramiento debe ocurrir idealmente bajo un programa académico concertado por las instituciones de salud con las escuelas o facultades de medicina que corresponda. Para el cumplimiento de dicho programa se nombra un profesor titular del ciclo, mismo que puede ser apoyado por profesores adjuntos e instructores honorarios; ellos se encargan de conducir el aprendizaje, de manera gradual y cada vez de mayor complejidad, para lo cual asumen tal responsabilidad.

Lo anterior no siempre ocurre así y los internos frecuentemente son dejados al aprendizaje autodidacta, sobre todo en instalaciones públicas de salud, con el consiguiente riesgo profesional, iatrogenias y deterioro de calidad de la atención en el hospital sede. En el medio privado, esto no suele suceder, pues se tiene especial cuidado en la atención de los pacientes, y éstos son muy exigentes de la calidad de los servicios que reciben, aunque la responsabilidad legal y la obligación ética sean iguales en ambos sistemas.

Dentro de nuestro país, las grandes cadenas de hospitales privados son distinguidas con la adscripción de internos de pregrado y, en varios casos, con el reconocimiento de ser sedes de residencias en diversas disciplinas quirúrgicas y médicas. En estos cursos deben cumplirse los requisitos universitarios y los de las propias instituciones de salud, así como los de los programas educativos y las normas institucionales vigentes.

VI. SONDEO SOBRE LA PARTICIPACIÓN PRIVADA EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS

A continuación, se relata lo que sucede en cuatro de las principales cadenas de medicina privada en México, como son los hospitales Ángeles, Christus Muguerza, Médica Sur y Star Médica, de la siguiente manera:

- El sistema de Hospitales Ángeles cuenta con 24 establecimientos en diversas entidades federativas: 10 en la Ciudad de México y 14 en diferentes estados (6 en el norte, 4 en el sur/sureste y 4 en el centro).
- El sistema Christus Muguerza, con ramales internacionales, cuenta en México con 11 hospitales: 9 en el norte y 2 en el sur.
- Médica Sur tiene un hospital en la Ciudad de México y otro en el norte.
- Star Médica tiene 4 hospitales: 2 en el centro, 1 en el sur y 1 en el norte.

Esto hace un total de 41 unidades hospitalarias, principalmente ubicadas en el norte del país y en la Ciudad de México, que ya reciben o tienen la capacidad de recibir internos de pregrado y residentes particularmente en especialidades quirúrgicas. Por su parte, las escuelas y facultades de medicina se encuentran localizadas en todas las entidades federativas y la gran mayoría de las 159 están ubicadas en los estados donde existen hospitales privados. Para fines de estimación de partición, se toma la cifra de 20 internos de pregrado en el internado en cada unidad hospitalaria, lo que constituye un total de 800 estudiantes, un número reducido para el volumen de estudiantes que deben cursar ese ciclo, que es alrededor de 12,000.

VII. PAUTAS PARA LA MAYOR PARTICIPACIÓN

A continuación, se hacen planteamientos y consideraciones que conducen a la sugerencia de “pautas” para la mayor participación de la medicina privada en la formación de médicos, de acuerdo con las siguientes cuestiones:

- 1) La educación médica en México se ha dirigido, desde sus orígenes, hacia la formación de profesionales para el ejercicio de la medicina liberal y, de manera paradójica, se forman mayormente en la práctica clínica de la medicina institucional, lo que se traduce en una discrepancia entre lo “que se dice” y lo “que se hace”. Adicionalmente, el discurso político asistencial se compromete con la atención primaria a la salud y declara como eje de acción a la medicina general, familiar y comunitaria, en tanto que la medicina institucional privilegia la práctica de especialidades, como sucede en la modalidad de medicina que se analiza en esta obra.
- 2) Es evidente que el aprendizaje clínico de los estudiantes de medicina es insuficiente en la mayoría de los que egresan de la licenciatura y se titulan de médico. Los campos clínicos están saturados, como se ha mencionado, y no se puede enseñar ni aprender la clínica médica a cabalidad.
- 3) Es aquí donde se ubica el espacio de oportunidad de la medicina privada, para que las instituciones y sus médicos con interés docente puedan enseñar la manera profesional de relacionarse con los pacientes y ejecuten las maniobras fundamentales de la exploración clínica, y así se favorezca también el desarrollo de valiosas competencias de comunicación con los pacientes y sus familiares.
- 4) Los estudiantes, por tanto, aprenderían con el ejemplo en una institución del régimen de libre empresa, así como el buen trato entre personas, encuentro que se da entre quien

busca la atención a su salud y quien ofrece sus servicios para ese fin, por lo que se brindaría un servicio donde legítimamente subyace la ganancia justa cuando se ejecuta un trabajo digno, en el ámbito de un efectuado como centro motivacional, y tal es el ejercicio liberal de la profesión.

1. *Propuesta*

Se presentan argumentos en favor de que los establecimientos donde se practica la medicina privada puedan incorporarse al proceso formativo de la licenciatura en sus ciclos clínicos, sin aprensión, teniendo en cuenta que quienes asuman el rol de profesores verán superado su nivel académico e incrementado su prestigio profesional, valores que reflejan en los pacientes que aquilaten la importancia de esta intervención. Asimismo, los pacientes podrían estar satisfechos de saber que su médico tratante es también un catedrático, lo cual hablaría muy bien de ellos.

En esta experiencia triangular entre binomios: *a)* el médico/profesor, *b)* el paciente/familia y *c)* el estudiante/aprendiz, se establecen contactos virtuosos de alto contenido humano que pulen y perpetúan la buena relación de médico y paciente, y vuelve más humana la atención profesional, para lo que habrían de cumplirse los siguientes postulados:

- 1) Que los pacientes sean informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio. Del mismo modo, deberán ser informados del nombre de los alumnos y de su grado de estudios.
- 2) En todas las actividades de enseñanza se antepondrán el respeto y el confort de los pacientes a la ejecución didáctica.
- 3) Imbuir en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, así como con sus compañeros, con los superiores y, en general, con el personal que colabora en las actividades asistencia-

les, cuidando así que la formación que reciban los estudiantes sea integral.

- 4) No permitir, conforme a las normas institucionales y las buenas prácticas médicas comúnmente aceptadas, que el contacto de los estudiantes con los pacientes sea inexperto o no supervisado.
- 5) No discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.
- 6) Los profesores que participen se comprometen ante la institución de educación superior a cumplir cabalmente los programas, para lo cual podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.
- 7) Los profesores que impartan los ciclos clínicos en los hospitales privados, y que sean autorizados para ello, guardarán y harán guardar todas las normas institucionales, organizativas y académicas, cuidando el buen uso de las instalaciones y el equipamiento; también velarán por el buen prestigio de la institución.

De ser aceptable esta propuesta, los directivos de ambas instituciones habrán de seguir las normas establecidas en el sector salud y en el sector educativo, para el propósito de ser consideradas sedes de enseñanza de ciclos clínicos en la licenciatura de medicina, y para ello habrán de cubrir todos los requerimientos y proporcionar los apoyos didácticos que fueran necesarios.

2. Conclusiones

Con esta propuesta se reconoce la armonía de la “función social responsable” de la empresa con la comunidad, lo que es una de sus valiosas cualidades, así como del plantel educativo con el que interaccione, sin dejar de mencionar que ese tipo de actividad

es un factor de estímulo para que los médicos que ahí laboren se preparen más y, en consecuencia, brinden servicios de mayor calidad en beneficio de los pacientes, lo que sin duda favorecerá la economía de su institución y el óptimo uso de sus recursos.

De admitirse la propuesta, la medicina privada estaría pres-
tando un gran servicio a la educación médica en México, al tiem-
po que avanzaría en el camino académico y propiciaría el incre-
mento de la calidad de sus servicios.