

PRIMERA REUNION SOBRE

Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe

INFORME FINAL

La reunión se celebró en Caracas, Venezuela, del 12 al 22 de enero de 1976, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Su propósito fue el análisis de aspectos fundamentales para el desarrollo de los recursos humanos médicos y la formulación de recomendaciones sobre la formación de médicos en relación con la política de salud, la práctica y la atención médica, y la creación y el funcionamiento de instituciones formadoras de médicos.

Asistieron a la reunión nueve participantes y tres observadores de ocho países de las Américas, así como funcionarios de la Federación y de la OPS/OMS (véase el anexo).

LA ACCION INTERNACIONAL Y LA EDUCACION MEDICA EN LA AMERICA LATINA Y EN EL CARIBE

A pesar de la multiplicidad de países y de la diversidad de realidades nacionales, la evolución de la educación médica en la América Latina y el Caribe en las últimas décadas se ha caracterizado por una serie de rasgos comunes. La comunicación y la cooperación internacionales, a través de organismos multinacionales de carácter intergubernamental o interuniversitario, han traído como consecuencia la adopción de un conjunto de políticas y estrategias frente a diversos aspectos del desarrollo de la educación médica.

Como antecedentes importantes en tal sentido deben destacarse los Seminarios de Viña del Mar, Chile (1955) y de Tehuacán, México (1956),

sobre la enseñanza de la medicina preventiva, las conferencias periódicas de facultades y escuelas de medicina, así como las Reuniones de Ministros de Salud de la Región. A lo anterior es necesario agregar los programas y proyectos específicos desarrollados en el campo de la educación médica por la Organización Panamericana de la Salud y por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

El análisis de esos esfuerzos permite concluir que todos ellos, en mayor o menor medida, han estado orientados por el deseo de producir un médico general que responda a las necesidades de los países dentro de patrones de calidad comúnmente admitidos y garantizando la máxima eficiencia a través de la adecuada organización de las facultades y escuelas.

Los documentos emanados de los mencionados eventos han cumplido en la práctica la función de normar el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe y han contribuido a dar algunas características comunes a la misma.

Una de las circunstancias que mayor impacto han tenido sobre la educación médica en esta región ha sido el rápido crecimiento del número de candidatos a ingresar a ella y, como consecuencia, el incremento de la matrícula estudiantil y del número de escuelas de medicina. Estas últimas pasaron de 100 en 1967 a 170 en la actualidad, y el número de alumnos aumentó de 90,000 a 160,000 entre 1967 y 1972. Tales hechos han obligado a muchos países y escuelas a adoptar decisiones de la más variada índole las cuales, a su vez, han creado nuevas situaciones y un conjunto de experiencias educacionales en la América Latina.

NORMAS Y REQUISITOS MINIMOS A NIVEL NACIONAL

Si bien en la América Latina y el área del Caribe ha existido una clara tendencia a regular la creación de nuevas escuelas de medicina y a centralizar las decisiones relativas a la admisión de alumnos, la situación actual difiere de unos países a otros.

En cuanto a la creación de nuevas escuelas, el mecanismo regulador más utilizado ha sido el de aprobación previa por los llamados Consejos Nacionales de Universidades o de Educación Superior, organismos creados por actos legislativos, integrados por representación gubernamental y universitaria, y dotados de atribuciones que varían de un caso a otro. Existen países que por su estructura política particular o por otras circunstancias no han puesto en práctica mecanismos de la naturaleza descrita. En tales casos, la decisión de gobiernos provinciales o la

iniciativa privada llevan a crear escuelas que no siempre se enmarcan dentro de la política y los planes nacionales ni responden a los intereses de la comunidad.

En cuanto a las características del proceso docente en cada escuela, el cuestionamiento de principios que hasta hace poco parecían de aceptación universal, ha llevado a postular teorías educativas y principios de organización de la enseñanza que difieren de los tradicionales y que, al ser adoptados, traen como consecuencia cambios más o menos importantes en los currículos y en la estructura organizativa de las escuelas.

En la mayoría de los países, el fenómeno precedente ha hecho que coexistan diversos modelos educacionales. Esto, por un lado, dificulta la comparación y equivalencia de los programas y, por el otro, representa un conjunto de experiencias de innegable valor.

NORMAS Y REQUISITOS MINIMOS A NIVEL INTERNACIONAL

La situación descrita, además de las que se suscitan en otras regiones, ha estimulado la formulación, a nivel internacional, de procedimientos para la creación y funcionamiento de escuelas de medicina, con el propósito de contribuir a la solución del problema a nivel de cada país en particular y de acuerdo con las características propias del mismo.

En septiembre de 1974, la Organización Mundial de la Salud promovió la reunión de un Grupo de Estudio sobre Planificación de Escuelas de Medicina. El informe de dicho Grupo¹ constituye una referencia obligada en este campo, aun cuando algunos de los enfoques contenidos en él deban ser analizados teniendo en cuenta las características y la evolución de la educación médica y la educación superior en la América Latina y el Caribe y en cada uno de los países de esta región.

Los participantes en la presente reunión, reconociendo las dificultades inherentes a la tarea que les ha sido encomendada, formulan en este informe, basándose en las experiencias de la Región, una serie de recomendaciones y principios generales que puedan ser puestos a disposición de los países y de las escuelas de medicina de América Latina y del Caribe, con la esperanza de que contribuyan a facilitar la tarea de incrementar la racionalidad en la formación de personal de salud en función de las necesidades reales de los pueblos y de la satisfacción de sus expectativas de salud.

Como paso fundamental para el cumplimiento de esta tarea y con el

¹Véase *Serie de Informes Técnicos de la OMS* No. 566, Ginebra, 1975.

fin de destacar las limitaciones y facilitar la interpretación de las recomendaciones, se considera oportuno, en primer término, señalar algunos de los rasgos más sobresalientes de la situación actual para luego analizar la evolución reciente de la educación médica en la América Latina. Dicho análisis, que forzosamente no podrá ser exhaustivo, se refiere a fenómenos que por su naturaleza e implicación no siempre permiten el consenso en su enunciado y valorización.

Hubo acuerdo en admitir que todos los países latinoamericanos, en una u otra forma, postulan la prestación de servicios de salud para toda la población, a igual nivel de calidad, como un derecho que el Estado tiene obligación de garantizar. Sin embargo, se expresaron dudas acerca de la efectividad con la cual la mayoría de los Estados ha podido cumplir dicha obligación.

Fue postulada la tesis de que como la educación médica es un medio para la prestación de servicios de salud, las instituciones formadoras² deberían ser creadas y funcionar de acuerdo con los requerimientos de dicha prestación. En este sentido, se señaló la importancia de que existan políticas explícitas y planes de salud y de recursos humanos para la salud que sirvan de orientación a las instituciones formadoras de estos, considerando igualmente que los médicos no son el único recurso requerido y que no siempre constituyen el elemento más importante.

Dentro de un contexto en el cual se postula que el interés y la decisión individuales deben ser respetadas irrestrictamente, tanto en la selección de la carrera como en el ejercicio de la profesión, la planificación de los recursos humanos adquiere una función informativa, de orientación e indicación, y para la ejecución de los planes solo puede valerse de medidas indirectas como incentivos o disuasivos.

En cuanto a las tendencias que se observan actualmente en las instituciones formadoras de la América Latina, hubo consenso en que la mayoría de ellas han surgido como alternativas casi siempre determinadas directa o indirectamente por el fenómeno de la "masificación" estudiantil. Tales alternativas exigen recursos adicionales de toda índole y de los cuales no siempre se dispone en cantidad y calidad adecuadas. Además, la decisión frente a las alternativas señaladas tiene, indudablemente, implicaciones políticas e ideológicas. A ello se agrega el

²En el contexto del presente documento, se entiende por "institución formadora de médicos", independientemente de la designación que se le dé (escuela, facultad, centro, instituto, programa, etc.), el conjunto de recursos organizados y las acciones que ellos desarrollan, con el fin último de producir médicos, exclusiva o conjuntamente con otros profesionales de la salud, y para atender, primordialmente, a las necesidades del país que le sirve de sede. Tales recursos y acciones involucran, necesariamente, además de dicha función y como condición inherente a la misma, la atención a la salud y la investigación.

hecho admitido de que la educación médica como tal y las características de los médicos en ejercicio son fuertemente influenciados por el patrón predominante en la práctica médica de cada país.

Todo lo anterior hace especialmente difícil formular normas para la creación y funcionamiento de escuelas de medicina que puedan ser válidas para una serie de países que, si bien presentan muchas características y problemas comunes, no siempre están en condiciones de adoptar estrategias iguales para la solución de estos. Se estimó que al margen de las diferencias ideológicas y sin desconocerlas, debe hacerse un análisis objetivo que permita llegar a ciertos acuerdos mínimos, tanto en el diagnóstico de la realidad como en la evaluación de las diversas alternativas que se proponen para actuar sobre ella. Hubo acuerdo en que tal esfuerzo representa algo más que las declaraciones idealistas que han caracterizado buena parte de la literatura sobre educación y atención médicas. Por lo tanto, se requiere alcanzar un nivel de análisis suficientemente profundo que, tomando en cuenta todas las relaciones que inciden sobre la educación médica, permita proponer soluciones concretas.

TENDENCIAS ACTUALES DE LA EDUCACION MEDICA EN LA AMERICA LATINA Y EN EL CARIBE

Para analizar las relaciones que inciden sobre la educación médica es necesario pasar revista a la evolución de esta última e identificar los factores que la determinan.

El estudio de las tendencias de la educación médica puede hacerse de diversas maneras; hasta ahora la más frecuente ha sido la de carácter puramente descriptivo. Las investigaciones que pretenden explicar los mecanismos a través de los cuales se han producido los cambios en la educación médica a lo largo de extensos períodos históricos, han sido mucho más escasas.

Las investigaciones explicativas a largo plazo permiten descubrir las relaciones que han existido entre la educación médica y otros elementos de la estructura social y destacan el carácter determinante que para la primera han tenido la práctica médica en cada época en particular.

En términos generales, los participantes hacen suya la siguiente afirmación del Comité de la OPS sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social:

“En cada formación social concreta la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y se

cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico. Además de esto, es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica".³

Además de las investigaciones históricas explicativas de largo alcance, la comprensión de la evolución de la educación médica requiere de investigaciones destinadas a conocer los factores determinantes de los cambios de carácter más o menos limitado que se suceden en la educación médica dentro de plazos de tiempo relativamente reducidos.

En relación con esto último, se revisaron en forma somera una serie de modificaciones que en los últimos 25 años han sido propuestas y ejecutadas en grado variable en las instituciones formadoras de médicos de América Latina y del Caribe. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva y social.
- Substitución de las cátedras por departamentos.
- Integración de la enseñanza de las ciencias básicas entre sí y con la enseñanza clínica.
- Incorporación de nuevas asignaturas.
- Enseñanza y práctica de la medicina comunitaria.
- Cambios metodológicos y uso de moderna tecnología educativa.
- Uso de las instituciones de atención médica de los organismos de seguridad social o similares para la educación médica.
- Integración de la enseñanza de las diversas profesiones de la salud (facultades o centros de ciencias de la salud).
- Enfoque interdisciplinario de la enseñanza de las profesiones de la salud.
- Introducción del internado en la última etapa de los estudios.

En un esfuerzo por identificar las causas de las dificultades encontradas para introducir ciertas modificaciones, así como el carácter habitualmente limitado de los resultados obtenidos en aquellos casos en los cuales se ha logrado algún cambio, se examinó con particular atención la evolución del currículo de medicina en períodos relativamente largos, así como algunos intentos y realizaciones concretas de cambios curriculares en años recientes en algunas instituciones formadoras de Latinoamérica y del Caribe. Dicho examen sugiere que:

1. En la mayoría de estas instituciones se mantiene desde hace muchos años una estructura curricular inmodificada, a pesar de que se hayan

³Véase *Educ med salud* 9 (2), 213, 1973.

producido cambios en contenidos y hasta en metodologías. Se entendió por estructura curricular, la trama de relaciones que se establecen entre las diversas partes que integran el currículo y los criterios de definición y ordenación de estas últimas. Al permanecer inmodificadas dichas relaciones y criterios, los contenidos conceptuales implícitos en ellos han seguido siendo los mismos y han continuado reforzando aquellos que caracterizan la estructura de la práctica médica dominante.

2. Cuando se ha intentado modificar la estructura curricular y sus contenidos conceptuales se han hecho evidentes las contradicciones entre la estructura curricular propuesta y la estructura organizativa de la Universidad; entre el producto que se deseaba obtener—un médico general—y el carácter de especialistas de la mayoría del profesorado; entre ese deseo de formar médicos generales y la tendencia a la especialización que predomina en la práctica médica y que, habitualmente, es estimulada por los sistemas de atención médica; entre la intención de promover el trabajo en equipo y la actitud individualista que predomina entre el profesorado y a nivel del ejercicio profesional.

3. En aquellos casos en los que se logró algún grado de resolución de las contradicciones que se suscitan dentro de las propias escuelas, aún persisten las contradicciones con la práctica médica y es poco probable que puedan ser resueltas a breve plazo por los egresados.

Algunas de las observaciones precedentes resultan igualmente válidas en los países latinoamericanos y en los Estados Unidos de América, país este en el cual se comprueba una tendencia a la disminución del énfasis en la enseñanza de las ciencias básicas biológicas y una insistencia cada vez mayor en el desarrollo del “médico de familia”, todo ello en un marco de costos progresivamente crecientes y de expectativas no totalmente satisfechas en la atención médica que han llevado a cuestionar los fundamentos sobre los cuales está concebida toda su organización.

Se reconoce una evolución del proceso enseñanza-aprendizaje, que se benefició de los cambios e incorporaciones señalados anteriormente. Sin embargo, al examinar el efecto de esas modificaciones en la salud de las poblaciones, los participantes manifestaron su acuerdo con la apreciación hecha por el ya mencionado Comité sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social cuando señaló:

“Las ambiciosas metas de llegar a una transformación de las prácticas de salud, y especialmente de la atención médica, a través de un profesional capacitado para producir estos cambios, no lograron concretarse. . .”⁴

⁴*Ibid.*

Todo lo anterior lleva a destacar las implicaciones políticas de la educación médica, que no permiten que se le siga considerando como un problema aislado del contexto social general en el cual se desenvuelve. Las reformas de la educación médica, por tanto, solo podrán tener valor en la medida en que formen parte de cambios más amplios y que abarquen, particularmente, a la práctica médica y a los sistemas de prestación de servicios de salud.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACION DEL MEDICO

Se destacó la importancia de factores que intervienen en grado variable, tanto por medio de la propia escuela como directamente sobre los alumnos y luego sobre los propios egresados, en la configuración del comportamiento profesional de estos últimos. Aún admitiendo que la mayoría de esos factores interactúan y generan una intrincada red de relaciones que ejerce su influencia a través de mecanismos complejos, se considera conveniente clasificarlos en dos grandes grupos, a saber, los externos a la escuela y aquellos que están presentes dentro de la misma institución. A objeto de hacer menos esquemática tal clasificación, en su desarrollo se procurará señalar algunas de las relaciones más salientes, sobre todo aquellas que se establecen entre los factores externos y los internos.

Factores externos de las instituciones formadoras de médicos

Se entiende que estas instituciones están inmersas en una determinada estructura social cuyas influencias afectan su estructura, funcionamiento y resultados alcanzados en la práctica profesional.

Entre tales influencias se destacan las ejercidas a través del sistema de salud y la práctica médica prevalentes, y aquellas que provienen del sistema educativo en general y del de la educación superior en particular.

El sistema de atención médica y la práctica profesional intervienen en la formación del médico tanto de manera directa como indirecta. De manera directa lo hacen a través de las imágenes que proyectan frente a los candidatos a estudiar medicina, las cuales pueden influir en la decisión y expectativas de estos últimos, así como en el preconcepto que se forman de la medicina. También de manera directa, el sistema de atención y la práctica médicas, a través de las oportunidades de trabajo, sistemas de contratación, remuneraciones, estructura de la profesión y de los servicios, etc., contribuyen poderosamente a configurar la conducta

del egresado. Indirectamente, el sistema de atención médica y la práctica médica ejercen su influencia a través de las propias instituciones formadoras, tanto más cuanto que los profesores y, muchas veces, los dirigentes de unos y otras actúan a ambos niveles.

El sistema educativo, en sus niveles primario y secundario, influye sobre la formación de médicos en sus aspectos cuantitativos y cualitativos. La expansión de los niveles educativos previos a la Universidad constituye el factor más importante en la génesis de la masificación de la educación superior y, por ende, de las instituciones formadoras de médicos. En el aspecto cualitativo, no puede dejar de mencionarse la preparación previa y las actitudes que el sistema educativo y el medio general desarrollan en los alumnos antes de su ingreso a los estudios médicos. Tampoco es posible dejar de mencionar la influencia que la organización del sistema de la educación superior y de las instituciones que lo forman ejerce sobre la formación de médicos. La democratización de la cultura y el incremento demográfico se conjugan para producir una presión cada vez mayor por servicios médicos y para modificar la naturaleza de las expectativas de la población en relación con los mismos.

Factores internos de las instituciones formadoras de médicos

Este conjunto de factores puede ser dividido en aquellos relacionados con el contenido curricular, con la metodología de la enseñanza y con la naturaleza de las experiencias educativas, por una parte, y en aquellos relativos al profesorado y a la imagen que el alumno percibe del mismo, por la otra.

Solo a título de ejemplo se menciona la influencia que en la tendencia a la especialización pudieran ejercer los currículos en los que predominan los contenidos correspondientes a áreas clínicas especializadas más o menos bien definidas.

La metodología de la enseñanza, entre otros factores, es capaz de estimular motivaciones y desarrollar hábitos que en algunos casos serán deseables y en otros, inconvenientes.

La naturaleza de las experiencias educativas que las escuelas ofrecen a sus alumnos puede variar dentro de un amplio margen. Se considera como más aconsejables aquellas que colocan al alumno en contacto más próximo con la realidad en la cual le tocará actuar y lo estimulan a participar activa y responsablemente en el análisis y solución de los problemas que ella le plantea. En general, parece conveniente el desarrollo creciente de experiencias educativas que, combinando el estudio con el trabajo, contribuyan a valorizar este último y a destacar el

carácter continuo que ha de tener el primero a través de toda la vida profesional.

La manera de comportarse los profesores, los intereses que los animan, el régimen de méritos de acuerdo al cual se valoriza su actuación, las relaciones entre ellos y con los estudiantes, proyectan una imagen que, en medida variable, contribuye a plasmar un modelo que orienta las expectativas personales de cada alumno en particular.

En un esfuerzo por avanzar en la comprensión de la dinámica que ha caracterizado algunas de las propuestas de cambio mencionadas anteriormente, se hizo un análisis sobre algunas de ellas, que se resume a continuación.

ENSEÑANZA INTEGRADA VS. ENSEÑANZA POR DISCIPLINAS

La enseñanza por disciplinas se ha venido usando en las instituciones formadoras de médicos desde hace muchos años. En algunos casos, se ha convertido en una simple reunión de materias que se enseñan de manera incoordinada, sin que se hayan planteado objetivos precisos ni diseñado modelos educativos para obtenerlos. En una primera etapa, el alumno aprende una serie de disciplinas enseñadas con criterio instrumental y diversos métodos de trabajo, para en una segunda etapa abordar problemas concretos en cuya solución aplicará conocimientos, métodos y tecnología que ya ha conocido previamente.

La idea del aprendizaje integrado se sustenta en una teoría del aprendizaje que sostiene que el verdadero conocimiento solo se adquiere cuando el individuo puede manipular el objeto de estudio para analizarlo por sí mismo y reconstruirlo. Tal teoría implica que el aprendizaje ha de ser siempre activo, afincado en el contacto de quien aprende con la realidad concreta, y de carácter siempre creativo y no meramente repetitivo. Supone, por tanto, que el aprendizaje se lleva a cabo a través del análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas. Si bien no es posible negar que con la fundamentación teórica tradicional de la educación médica se han alcanzado altos niveles de excelencia, también lo es que no se puede aspirar a obtener resultados satisfactorios si se pretende hacer enseñanza integrada sin tomar en cuenta las bases teóricas de la misma y sin admitir las consecuencias que ellas han de tener sobre toda la concepción del proceso educativo.

Si se admite la teoría del aprendizaje integrado, el currículo y sus cambios adquieren otro significado y surge la necesidad de replantear todo el proceso educativo y sus relaciones con la práctica profesional.

ENSEÑANZA UNIPROFESIONAL VS. ENSEÑANZA MULTIPROFESIONAL

Se ha postulado que si la enseñanza de las diversas profesiones de la salud estuviera a cargo de una misma institución y se realizara en forma conjunta sería posible obtener una mejor integración del "equipo de salud". Es necesario distinguir dos acepciones del término "equipo de salud". En primer lugar, aquella que se refiere a un conjunto de personas que, coincidiendo en el espacio y el tiempo, tienen un objeto de acción y propósitos comunes y actúan de manera coordinada, complementándose unos con los otros. Los participantes prefieren designar a tales grupos como "equipos de trabajo" o "equipos focales de salud" y señalan su existencia real e indiscutible en situaciones en las que la práctica así lo impone, como sucede con el llamado "equipo quirúrgico" o con el que se establece a nivel de los centros de salud de algunos países.

En su segunda acepción, se postula que el conjunto de categorías de personal de salud que existen en un país determinado debe tener una composición y funcionar en una manera tal que sus acciones sean coordinadas y complementarias, en otras palabras, que tenga las características y actúe como un "equipo" para solucionar en forma integrada los problemas de salud.

Se considera que esta segunda acepción del término corresponde a una idealización que poco se aviene con las condiciones prevalentes en una sociedad esencialmente competitiva e individualista. Se entiende, por tanto, que mientras persistan tales condiciones será limitada la contribución de la enseñanza conjunta de los diversos profesionales de la salud al logro de tal ideal. Sin embargo, se reconoce que tal enseñanza conjunta puede representar una manera adecuada de utilizar mejor los recursos docentes y de evitar duplicaciones innecesarias.

En lugar de la segunda acepción de "equipo de salud", se propone que se utilice el término "estructura del personal de salud" y que se estimulen estudios que permitan precisar su composición, así como las relaciones y funciones actuales y deseables en cada situación en particular.

ENSEÑANZA PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIA VS. ENSEÑANZA PREDOMINANTEMENTE EXTRAHOSPITALARIA

La enseñanza tradicional, en la etapa clínica, predominantemente se ha centrado en instituciones hospitalarias de alta complejidad. Con frecuencia se postula que tal práctica no se aviene con la necesidad de que los alumnos conozcan mejor la patología prevalente y las

circunstancias en las cuales esta se genera, y aprendan a desenvolverse y resolver problemas en el nivel en el que se desea que actúen y con los recursos de los que dispondrán.

Estudios realizados en varios países han demostrado la participación limitada que tienen los hospitales de alta complejidad en el contexto de las acciones de salud. Para referir resultados objetivos de uno de estos estudios se tomó el realizado por White,⁵ que demostró que, en una población típica de 1,000 habitantes, en un intervalo de un año, 720 personas se beneficiaron en alguna forma de asistencia ambulatoria para la salud; 100 fueron admitidas en algún hospital, y solo 10 fueron referidas a un hospital especializado.

Ello significa que cuando la formación clínica de los alumnos se lleva a cabo predominantemente en salas de hospitales especializados y de alta complejidad, la misma se realiza en base al 1% de los problemas de salud de la comunidad.

Hubo consenso en que el hospital de alta complejidad y los pacientes hospitalizados no reflejan la problemática real de salud de la población ni las condiciones en las que debe desenvolverse el médico general. En tal sentido, se considera que es conveniente que una porción importante del tiempo que se dedica a la formación de médicos en el pregrado se destine a experiencias a nivel de ambulatorios y centros de salud, tanto urbanos como rurales.

LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

En el transcurso de los últimos 25 años, la mayoría de las instituciones formadoras de médicos de la América Latina y del Caribe han adoptado algún tipo de organización "departamental". El mecanismo utilizado para ello, así como sus resultados, han variado de un país a otro. En algunos casos, la departamentalización ha consistido en la agrupación de cátedras "afines" bajo una jefatura única, unipersonal o colegiada, con atribuciones y grado de autoridad variables. La persistencia de cada cátedra como núcleo de poder y nivel de decisión también ha sido muy variable entre las escuelas que han adoptado este modelo.

En otros casos, las propias cátedras, a través de un proceso de expansión, transformación interna, cambio de funciones y de denominación, se han convertido en departamentos. La profundidad de la transformación y el cambio de funciones también han variado de una situación a otra.

Por último, la mayoría de las escuelas que han sido creadas en los

⁵White, Kerr L. Life and death and medicine. *Scientific American* 229: 23-33, 1973.

últimos 25 años han adoptado desde sus inicios la organización departamental.

Dependiendo de que la institución forme parte o no de una Universidad, así como de la estructura organizativa y curricular general de esta última, los departamentos pueden tener a su cargo el dar cursos solo a estudiantes de medicina, a los alumnos de varias o todas las carreras de la salud que se enseñan en la respectiva Universidad, o a estudiantes de otras carreras además de las de la salud. Igualmente, los alumnos de estas últimas, incluyendo medicina, pueden recibir cursos de departamentos ajenos a la institución.

En algunas instituciones, junto con la departamentalización y probablemente estimulados por ella, se han introducido algunos cambios en la estructura de poder a nivel del profesorado así como en los criterios y mecanismos clasificatorios de este. En otras, este fenómeno se ha dado aun con la existencia formal de la cátedra.

Se admite que cuando la departamentalización significa algo más que un cambio de nomenclatura o la simple creación de un nivel intermedio entre la cátedra y los organismos de gobierno de la escuela, puede traer como consecuencia algunas o todas las ventajas siguientes: mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales al evitar la multiplicación de unidades y programas destinados a propósitos similares o idénticos; unificación de criterios en relación con los contenidos programáticos y la metodología de enseñanza de una misma disciplina o de disciplinas afines; participación de todo el personal docente en la elaboración de programas; incremento de relaciones interprofesionales y mejor conocimiento, por parte de los profesores de medicina, de las características y de los currículos de otras profesiones de la salud.

Los resultados que conlleva la departamentalización en cada caso en particular dependen mucho más de las modificaciones que se produzcan en las relaciones de los profesores entre sí, de los profesores con los alumnos y con los programas que del cambio en la denominación y en la estructura formal.

Si bien ha habido poca disidencia en cuanto al hecho mismo de organizar las escuelas en departamentos, el número de estos últimos y el ámbito de responsabilidad de cada uno de ellos varían tanto que aún dentro de un mismo país es frecuente que coexistan diversos modelos.

En las escuelas que ya existían y que debieron modificar su organización previa para adoptar la departamental, la estructura de poder, los intereses y las relaciones personales precedentes interfirieron algunas veces en la aplicación de los criterios adoptados y provocaron organizaciones no siempre coherentes.

En las escuelas de nueva creación ha sido frecuente la innovación en cuanto al número de departamentos y los contenidos de cada uno de ellos, registrándose una tendencia a lograr la máxima reducción posible del número y la mayor integración de responsabilidades en cada departamento.

En cuanto a los criterios clasificatorios que les sirven de base al cambio, se señaló que existen diferencias sustanciales entre la organización por cátedras y por departamentos, por cuanto en ambos prima la clasificación del conocimiento en disciplinas. Aun en aquellos casos en los cuales un departamento agrupa varias disciplinas ello no siempre representa un cambio cualitativo en los criterios que se aplican.

Se admitió que las escuelas de medicina que intentan implantar una enseñanza de carácter interdisciplinario podrían ver facilitada su tarea al adoptar una estructura organizativa no basada en la división del conocimiento en disciplinas.

En términos generales se considera que el departamento, como unidad organizativa, constituye un mecanismo de distribución de los recursos humanos y materiales para la adecuada coordinación técnico-administrativa de las funciones que cumple una institución. En el caso de la institución formadora de médicos, considerada en el amplio contexto de sus varias funciones y actividades, la estructura disciplinaria del conocimiento no debería ser el único criterio que orientase la organización departamental. Por el contrario, debería tenerse en cuenta, además, las características del trabajo, la identidad del conocimiento de sus miembros y la funcionalidad de las instalaciones necesarias.

Se señala, en especial, la importancia que se debería conceder a la propia estructuración de los servicios de salud como parámetro de la organización de las instituciones formadoras de médicos.

ALTERNATIVAS FRENTE A LA DEMANDA ESTUDIANTIL

Característica de los años recientes ha sido el incremento progresivo y cada vez más rápido del número de candidatos que desean estudiar medicina. Este fenómeno ha estado presente en todos los países latinoamericanos y excede en mucho al crecimiento de la población ocurrido en el mismo lapso.

Frente a tal fenómeno, la red de instituciones formadoras ha de decidir si limita el ingreso y en base a qué criterios lo haría o si, por el contrario, se compromete a satisfacer íntegramente la demanda estudiantil. La satisfacción integral de la demanda estudiantil podría ser

lograda aceptando el crecimiento ilimitado de la matrícula a nivel de cada institución, o creando nuevas instituciones.

El manejo de números crecientes de alumnos a nivel de las escuelas de medicina sin sacrificio de la calidad del aprendizaje solo sería factible si se adoptaran cambios radicales en la estructura y metodología del proceso educativo.

Es conveniente hacer notar que el hecho señalado forma parte de uno similar a nivel de toda la educación superior. No se dispuso de datos precisos en cuanto a si ha habido alguna variación en la proporción de alumnos que desean estudiar medicina y los que optan por otras carreras universitarias. En algunos países de Europa la creación de nuevas oportunidades de estudio y trabajo en función de algunas áreas específicas de desarrollo, y otros factores determinantes, han hecho variar la proporción de estudiantes que ingresan en la carrera médica y en otras profesiones. Se consideró necesario el estudio en mayor profundidad de este aspecto en particular.

El incremento de candidatos se ha convertido en crecimiento de la matrícula a nivel de las escuelas de medicina en aquellos países que actualmente no mantienen un "número clausus" ni aplican procedimientos selectivos para admitir sus alumnos. Esto ha llevado a algunas escuelas a duplicar o triplicar su matrícula de ingreso, a veces de un año a otro. Algunas escuelas han alcanzado cifras extraordinariamente altas, tanto en la matrícula de ingreso como en la total.

El desarrollo de recursos para la enseñanza, particularmente de profesorado, ha sido mucho más lento que el incremento del número de alumnos, y, a medida que la situación alcanza los niveles de enseñanza clínica, los recursos hospitalarios tradicionalmente usados para llevarla a cabo se han hecho francamente insuficientes.

Frente a tal situación, las instituciones implicadas han adoptado diversas actitudes que van desde una relativa pasividad hasta la creación de unidades operativas más o menos diferenciadas e independientes de la estructura original de la escuela.

En algunos casos, la situación creada por el incremento del número de alumnos ha estimulado el uso de nuevas técnicas educativas que implican una mayor responsabilidad y un papel más activo de los alumnos en su propia formación. En otros, la masificación ha llevado a adoptar, a nivel de las nuevas unidades operativas, enfoques innovadores que repercuten en todo el proceso docente. En ningún caso, sin embargo, es posible decir que el problema ha sido resuelto íntegramente.

Se sostiene que el incremento de la matrícula, al producir un número

de médicos superior al que se necesita, significará una dilapidación de recursos que pudieran ser mejor empleados a otro nivel. Frente a este argumento, ha sido señalado el hecho de que en la mayoría de los países existe una enorme necesidad no satisfecha de médicos y que producirlos en mayor cantidad servirá para estimular la ampliación de la cobertura de los servicios de salud. Igualmente se señala la ausencia de indicadores válidos en cuanto al número de médicos que deben existir en una situación determinada, y el diverso valor que tendrían de acuerdo con la magnitud de las metas y las características de la organización de los servicios de salud. Se señaló que tales metas no siempre corresponden a las expectativas de la población general y pueden ser influenciadas por intereses de grupos más o menos restringidos.

Se estima, igualmente, que el incremento de la matrícula a nivel de las instituciones formadoras de médicos traerá como consecuencia un deterioro de la calidad del producto. Sin embargo, esta apreciación tampoco tiene aceptación unánime por cuanto quienes discrepan de ella sostienen que, dentro de ciertos límites, la incorporación de nueva tecnología educativa, la revisión del papel del profesor en el proceso docente y el uso creciente de servicios de salud, no hospitalarios, para la docencia, permitirán no solo mantener sino incrementar la calidad del producto, a pesar del crecimiento en el número de alumnos.

El único hecho cierto y que nadie discute es que la masificación en estas instituciones representa un problema que exige respuesta urgente y que esta no será posible a través de un enfoque unilateral sino de la aplicación de soluciones de diversa índole que, en mayor o menor medida, implican la revisión de conceptos aparentemente consagrados, tanto en la educación como en la atención médicas.

RECOMENDACIONES

1. La formación de médicos y las políticas de salud

- 1.1 A la luz del análisis precedente y teniendo en cuenta la aceptación unánime de que los Gobiernos tienen la obligación de velar por la satisfacción del derecho a la salud, se considera que:

La formación de recursos humanos para la salud, así como la creación y el funcionamiento de instituciones formadoras de médicos deben ser responsabilidad de los Gobiernos en función de políticas de salud y de educación superior suficientemente explícitas y coherentes, formuladas con la participación de las

universidades y otros organismos relacionados con la formación y utilización de personal de salud.

De hecho, en América Latina la formación de médicos ha sido predominantemente una responsabilidad de los Gobiernos ejercida a través de las universidades del Estado. La participación de entidades privadas en esta tarea debe ser siempre consecutiva a un acto explícito de delegación de funciones que salvaguarde el derecho del Estado de establecer normas y requisitos mínimos para el desempeño de las mismas y a velar por su fiel cumplimiento.

- 1.2 La formulación de políticas de salud y la ejecución de las políticas y planes de desarrollo de recursos humanos para la salud exigen la acción coordinada de diversas entidades estatales y paraestatales, razón por la cual:

Es conveniente que en los organismos de alto nivel encargados de formular y proponer las políticas de salud estén representadas las principales entidades implicadas en la prestación de servicios y en la formación de recursos humanos para la salud.

Es igualmente conveniente y necesaria la existencia de organismos interinstitucionales encargados de coordinar las acciones dirigidas a poner en ejecución las políticas adoptadas en cuanto a la formación de los recursos humanos para la salud.

- 1.3 Siendo tradicional en América Latina y el Caribe el principio de la autonomía universitaria, el mismo no deberá constituir obstáculo para que las universidades participen fructíferamente en la responsabilidad de definir las políticas de salud y de recursos humanos para la salud y adquieran el compromiso de contribuir a su cumplimiento, siempre y cuando se tenga en cuenta que:

Se deberá respetar el derecho y la obligación de las instituciones de educación superior de hacer un análisis crítico, constructivo e independiente, objetivo y científico de la realidad y de promover en sus alumnos el desarrollo de las habilidades y actitudes que los lleven a mantener igual enfoque en el desempeño de sus funciones.

- 1.4 La mayoría de los países de América Latina confrontan importantes problemas de salud y encaran la necesidad de promover al máximo el mejoramiento y desarrollo de sus servicios, razón por la cual:

La educación médica debe ser enfocada en consonancia con las directrices de una política de salud del país, moldeando al futuro

médico de acuerdo con la realidad sanitaria y con la propensión de las hipótesis de su transformación en ámbito nacional y regional.

- 1.5 Las características cualitativas y cuantitativas de los recursos humanos para la salud, así como sus proyecciones en períodos de tiempo definidos, constituyen factores determinantes de la viabilidad de las políticas de salud propuestas, razón por la cual:

Toda política de salud, en lo relativo a los recursos humanos, debe tomar en cuenta la cantidad y calidad de los mismos, así como las relaciones entre las diversas categorías que los constituyen y debe, igualmente, proponer los cambios a que haya lugar y determinar los medios para alcanzarlos.

- 1.6 Siendo la extensión de la cobertura de los servicios de salud un objetivo aprobado por los Ministros de Salud de las Américas en su III Reunión Especial (Chile, 1972), la cantidad y calidad de médicos a formar en cada país ha de estar en consonancia con dicho objetivo. En consecuencia:

Los países de América Latina han de procurar formar un número suficiente de médicos, en consonancia con una estructura de personal de salud y una organización de los servicios coherentes con las metas de extensión de la cobertura a toda la población. Dichos médicos habrán de ser formados en estrecho contacto con los problemas de la realidad donde les corresponderá actuar y estar en condiciones de prestar servicios integrales de salud en donde les sean requeridos.

- 1.7 Muchas de las acciones de atención a la salud son susceptibles de ser realizadas mejor y a más bajo costo por personal de salud, no médico debidamente adiestrado y supervisado. En consecuencia:

Cada país deberá definir la estructura de su personal de atención a la salud y garantizar el desarrollo equilibrado de la misma. Por lo tanto, no deberá favorecerse la formación predominante de médicos en perjuicio de otros recursos humanos para la salud igual o mayormente necesarios para garantizar la máxima cobertura de los servicios y el funcionamiento armónico de los mismos.

2. La formación de médicos, la práctica y la atención médica

- 2.1 La práctica profesional y la estructura de la atención médica son factores determinantes en la formación y utilización del médico, por lo cual resulta evidente que los cambios en el proceso docente, por sí solos, no han sido ni serán suficientes para promover

modificaciones fundamentales a nivel de aquellos. De lo que se concluye que:

Es necesario revisar la práctica y atención médicas, en particular en lo que respecta a la naturaleza de las instituciones, a las condiciones en las cuales se desenvuelve el trabajo y al régimen de contratación, de estímulos y de méritos de los profesionales, con vistas a modificar la tendencia de los médicos a la especialización, su concentración predominante en los grandes centros urbanos, su mayor o menor dedicación al ejercicio liberal de la profesión, etc.

- 2.2 La mayoría de los países latinoamericanos dispensan servicios de salud a sus habitantes a través de múltiples organizaciones estatales, paraestatales y privadas. Tal multiplicidad de organismos, particularmente en el sector público, dificulta la adopción y ulterior ejecución de políticas coherentes, encarece los costos, reduce la eficiencia y contribuye a mantener y a acentuar las diferencias de los servicios ofrecidos en función de factores ajenos a la salud propiamente dicha. Tal situación dificulta la planificación de recursos humanos para la salud y plantea graves problemas a las instituciones formadoras de médicos cuando estas deben determinar las características de sus egresados. Por tanto:

Los países deberán dirigir sus acciones hacia la constitución, perfeccionamiento o extensión, según sea el caso, de servicios debidamente concebidos y planeados para prestar atención de salud a toda la población y que permitan el aprovechamiento integral de la red asistencial para la formación de profesionales de la salud.

- 2.3 Una vez planteados los cambios deseables en la práctica médica y en la estructura de los servicios de salud, la educación médica podrá contribuir a su realización en la medida en que adapte sus objetivos y el proceso de enseñanza-aprendizaje a los requerimientos de la nueva situación. Por tal razón:

La práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las instituciones formadoras de médicos dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones en las cuales se dispensan servicios de salud a la población.

3. *La formación de médicos y el número de alumnos*

- 3.1 En el momento actual no es posible determinar un valor universal e inequívoco para la cantidad de médicos que debe producir cada

país. El Plan Decenal de Salud para las Américas, suscrito por los Ministros de Salud en 1972, establece una meta de 165,000 médicos a ser formados para 1980 por todos los países de la Región. Dentro de esa meta general, cada país ha debido fijar la suya propia. El establecimiento de metas cuantitativas rígidas y precisas se dificulta por la acción de diversos factores entre los cuales cabe destacar: la estructura de los servicios de salud estatales y paraestatales; la impresión y/o el inadecuado cumplimiento de los planes de salud; la existencia, en la mayoría de los países, de una participación relativamente amplia de los médicos en el ejercicio liberal de la medicina, la cual es difícil cuantificar y casi imposible de proyectar. Además, debe señalarse que no es posible esperar una correspondencia entre la demanda estudiantil por ingresar a las instituciones formadoras y la necesidad de producir médicos. Por otra parte, el número de alumnos que puede atender cada escuela variará ampliamente en función de factores tales como el tipo de currículo adoptado, la metodología de la enseñanza, los ambientes utilizados para el trabajo, la disponibilidad de recursos materiales y humanos, la actitud del profesorado, etc., sin que sea posible establecer una relación directa y simple entre número de alumnos y calidad del proceso docente. Por todo lo anterior:

Cada país deberá determinar el número de médicos que desea producir en función de sus políticas de salud y de desarrollo de recursos humanos para la salud. El número de alumnos a ser admitidos en cada institución formadora habrá de ser determinado en función de las políticas antes mencionadas, de la demanda por estudios médicos, de la política que en relación a este punto y a la creación de nuevas escuelas haya sido adoptada a nivel nacional, y de las características de la propia escuela.

- 3.2 Aun en las condiciones más favorables, el crecimiento de un año a otro en el número de alumnos admitidos por cada institución formadora puede crear problemas si excede ciertos límites. Aunque no es posible establecer una regla general en cuanto a tal límite, conviene señalar que:

Debe evitarse el crecimiento desmedido de un año a otro de la matrícula estudiantil en las instituciones formadoras y el mismo no deben desbordar la capacidad de adaptación de estas instituciones en un momento determinado. Cuando otras circunstancias

aconsejen o impongan el crecimiento de la matrícula, deben agotarse todos los recursos materiales y metodológicos que la escuela pueda poner en juego para responder a la demanda antes de limitar el crecimiento.

- 3.3 El crecimiento de la matrícula de una institución formadora puede transformarla en una institución difícil de administrar adecuadamente. Cuando tal circunstancia se presente, si no se considera conveniente o posible la creación de nuevas escuelas, podrá recurrirse a la división de la institución en dos o más unidades operativas, con grado variable de dependencia.

La creación de unidades operativas más o menos independientes por parte de instituciones formadoras ya establecidas, además de representar un mecanismo válido para enfrentar el incremento de la matrícula, debe ser aprovechada para introducir modelos innovadores de educación médica que contribuyan a superar eventuales deficiencias del modelo preexistente.

- 3.4 Además de lo anterior, y sin que una cosa excluya la otra, existen una serie de medidas válidas que deben ser puestas en práctica por las escuelas de medicina frente al problema que se discute.

El uso racional de la moderna tecnología educativa dentro de diseños curriculares e instruccionales apropiados; la revisión del papel del profesor y del alumno en el proceso de enseñanza-aprendizaje con miras a hacerlo más activo; la incorporación de nuevos y diferentes ambientes asistenciales a la enseñanza son, entre otros, recursos válidos y que las escuelas de medicina pueden y deben poner en práctica para enfrentar con éxito el incremento de la matrícula estudiantil.

- 3.5 Por otra parte, habiendo sido señalado el déficit en algunas otras profesiones de la salud, las universidades deberían crear mecanismos capaces de canalizar la demanda estudiantil hacia nuevas oportunidades. Por ello, se considera que:

Las universidades que ofrecen oportunidad de ingreso a un número creciente de estudiantes deben aprovechar tal circunstancia para introducir, en el campo de la salud, modelos curriculares y de organización de carácter innovador y experimental, así como crear nuevas carreras que sean tanto o más necesarias que la médica.

4. La creación y el funcionamiento de instituciones formadoras de médicos

- 4.1 Existen amplias variaciones en la posición adoptada en los diversos países frente a la creación de nuevas instituciones formadoras. En algunos países se ha permitido o favorecido la creación de nuevas escuelas con el propósito de atender el incremento en la demanda por estudios médicos evitando el crecimiento de las escuelas que ya existían. En otros, por el contrario, se ha tratado de evitar la creación de nuevas instituciones. En esta última situación se encuentran países en los que, al existir una política de libre ingreso a las universidades, el número de alumnos de cada institución formadora se ha incrementado rápidamente. Por último, hay países que han mantenido una política de restricción del ingreso y no han favorecido la creación de nuevas instituciones formadoras de médicos. Se considera que la variedad de situaciones descritas resulta de la interacción de numerosos factores que no se consideró pertinente analizar. Se estima que:

La creación de una nueva institución formadora de médicos solo deberá ser autorizada previa comprobación de que el proyecto se conforma a las políticas de recursos humanos para la salud vigentes y reúne las condiciones indispensables para un funcionamiento eficiente.

- 4.2 Una nueva institución puede ser concebida de manera que reproduzca aspectos de la educación médica tradicional o que represente una contribución en la búsqueda de nuevos enfoques para la formación de médicos. Las soluciones innovadoras y originales constituyen, por sí solas, un reto que involucra el manejo más cuidadoso del proyecto y lo transforma en un proceso experimental, fuente potencial de nuevas experiencias. Se recomienda que:

Al considerar proyectos de creación de nuevas instituciones formadoras de médicos deberán favorecerse aquellos que planteen soluciones innovadoras basadas en la adecuada aplicación de conceptos técnico-científicos y pedagógicos válidos y coherentes.

- 4.3 Se analizaron los supuestos básicos y la manera de operar de diversas modalidades curriculares que actualmente existen en instituciones formadoras de América Latina. Algunos de los modelos innovadores examinados corresponden a escuelas de reciente creación, en tanto que otros han sido implantados en

escuelas que venían funcionando con el modelo tradicional. Como consecuencia de las deliberaciones sobre este material, se señala que:

No existe un modelo curricular único válido y que pueda ser recomendado a todas las instituciones formadoras de América Latina. La decisión que cada una de ellas adopte al respecto dependerá de sus objetivos y de las características de los recursos humanos y materiales de los cuales dispone. Cualquiera que sea el modelo curricular adoptado, el mismo deberá tener una base teórica coherente y estar fundamentado en principios pedagógicos válidos. Su estructura, así como la naturaleza de las experiencias educativas que lo integran y la metodología utilizada en su desarrollo, han de corresponderse con los postulados teóricos y los principios sobre los cuales se sustenta, y responder a los objetivos de la escuela.

- 4.4 En defensa de la flexibilidad que debe mantener la formulación curricular y tomando en cuenta algunos de los obstáculos que tradicionalmente se observan en este campo, se recomienda que *se haga una clara distinción entre la estructura original de la institución y la estructura de su plan de estudios*, admitiéndose que la primera tiene carácter más rígido y de necesaria permanencia, mientras que la segunda debe ser periódicamente revisada y reajustada.
- 4.5 *El proceso de formulación curricular es una responsabilidad de toda la institución y no debe ser el resultado de la simple suma de aportes de las diversas unidades operativas* dentro de un esquema general previamente aprobado a nivel directivo. La participación activa de los cuerpos directivos, el profesorado en todos sus niveles y los alumnos, de acuerdo a las modalidades que se consideren en cada país, resulta aconsejable en todos los casos.
- 4.6 Con frecuencia se postula que la definición de objetivos de comportamiento para cada disciplina en particular, hecha a partir de un listado de funciones del médico, garantiza un diseño curricular adecuado. Sin desconocer la importancia del listado de funciones, se considera que el mismo provee elementos que pueden ser contingentes en el tiempo y el espacio y que la formación de médicos requiere tomar en cuenta algunos aspectos de mayor permanencia y más trascendentes. En ese sentido, se señala que:

Independientemente de cuál sea su modelo curricular, toda institución formadora debe determinar la concepción de la salud y la enfermedad y de la medicina y su ejercicio, que aspira desarrollar en sus alumnos. Esto, junto con la descripción de las funciones que se espera sea capaz de desempeñar el egresado, deberá constituir una definición operativa del mismo.

- 4.7 Existe consenso en cuanto a que el médico debe tener una formación que vaya más allá de lo estrictamente técnico y biológico. Para lograr tal propósito se han ensayado diversas alternativas con grado variable de éxito. En relación con este punto y teniendo en cuenta las experiencias disponibles, se se recomienda que:

La educación médica deberá estar dirigida a permitir a los alumnos una visión integral del hombre en sus niveles biológico, psicológico y social, y tal percepción deberá estar presente y ser favorecida a lo largo de todo el currículo y no ser únicamente el objeto de una disciplina o un conjunto de disciplinas más o menos aisladas del contexto general del proceso de formación de médicos.

- 4.9 Las innovaciones curriculares y la tecnología educativa introducidas en años recientes hacen que la relación profesor-alumno, exigible a una institución formadora, varíe ampliamente, en función de las características de sus programas. Ello no impide, sin embargo, señalar que:

Toda institución formadora de médicos debe disponer de una planta profesoral integrada por especialistas en ciencias básicas, médicos clínicos, especialistas en salud pública y en ciencias sociales aplicadas a la salud.

- 4.10 Aun en las instituciones formadoras en las cuales la enseñanza se organiza por disciplinas y en donde no existe ningún grado de integración, el profesorado, independientemente de su especialidad y además del conocimiento de esta, ha de tener una amplia formación general que le permita participar activamente en el análisis de problemas de salud de la colectividad y comprender el papel que debe desempeñar su disciplina en la formación del médico general. Igualmente, todo el profesorado de una institución formadora debe estar suficientemente familiarizado con los aspectos fundamentales de las teorías del conocimiento y del aprendizaje y estar en condiciones de aplicarlas, así como de

participar de manera fructífera en intercambios con especialistas en esta materia. En consecuencia:

Toda institución formadora, además de seleccionar adecuadamente su profesorado, debe mantener programas permanentes de perfeccionamiento del mismo, en cuanto a su formación general y especializada y al conocimiento y manejo de principios y técnicas pedagógicos.

Tales programas, particularmente los relativos a la formación general y pedagógica, deben ser concebidos de manera que provean al profesor, más que simples conocimientos, experiencia adecuadamente dirigida en el manejo de las situaciones concretas en las cuales le corresponde actuar. Por otra parte, esos programas deberán ser llevados a cabo teniendo en cuenta una evaluación autocrítica permanente del proceso de enseñanza-aprendizaje de la propia escuela, con el propósito de mantener una actitud abierta hacia su mejoramiento continuo.

- 4.11 Cualquiera que fuese el modelo curricular a ser adoptado por una nueva institución formadora, siempre será necesario que esta disponga de servicios de salud en los que los alumnos entren en contacto con la realidad sanitario-asistencial y se adiestren en la solución de problemas de salud individuales y colectivos con responsabilidad creciente. Por lo tanto:

La creación de una nueva institución formadora de médicos solo deberá ser autorizada una vez que se compruebe que la misma dispondrá de servicios de salud representativos de la red sanitario-asistencial y suficientes para el número de alumnos que la escuela espera tener en un plazo de tiempo prudencial.

Preferentemente, tales servicios de salud deberán formar parte del sector oficial de salud del país o funcionar de acuerdo con las normas establecidas para el mismo. Cuando haya lugar para ello, su adscripción a la nueva escuela habrá de estar amparada por convenios formales y explícitos, y el personal de dichos servicios de salud, además de suficientemente calificado, deberá estar dispuesto a asumir responsabilidades específicas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- 4.12 En cuanto al tipo de hospital que deba ser utilizado para la enseñanza, se consideró que se debería respetar la misma relación de complejidad encontrada en la realidad de los servicios de salud, permitiendo a los alumnos una exposición progresiva a

niveles primarios y secundarios de atención a la salud. En especial se hizo notar que:

El hospital más apropiado para la docencia será el de carácter general y comunitario y la permanencia del alumno de pregrado en hospitales al nivel más alto de complejidad de la red asistencial deberá ser siempre una medida de excepción, tal como lo son las actividades que cumplen dichos hospitales en el contexto de las acciones de salud.

En cuanto a otros recursos de planta física, es admisible una gran flexibilidad de diseño y utilización, siempre y cuando se mantengan las relaciones indispensables entre el monto de la actividad prevista y las áreas disponibles. Algunos enunciados generales en relación con este punto podrían ser:

Las instalaciones de ciencias básicas, en sus diversas configuraciones, deben ajustarse a las características del currículo adoptado. Es posible admitir nuevos enfoques según los cuales los laboratorios de ciencias básicas sean incorporados a las estructuras de los servicios de salud en sus distintos niveles, a fin de facilitar una mejor interrelación con la práctica. Se dará preferencia, tanto a nivel básico como clínico, a instalaciones que permitan el desarrollo de actividades por los propios alumnos, más que a locales destinados a demostraciones.

- 4.13 El sistema de financiamiento de las instituciones formadoras de médicos varía de un país a otro, y aún dentro de uno mismo, de acuerdo con la estructura política y económica de cada uno de ellos. Sin embargo, unánimemente se hizo notar que:

Debe excluirse cualquier posibilidad de que las instituciones formadoras de médicos—tanto las dependientes del Estado como las privadas—pueden ser objeto de lucro, individual o institucional, en cualquiera de sus formas, tanto en aquellas de dependencia estatal como en las privadas.

Al considerar este punto, se examinaron algunas situaciones concretas, en atención a las cuales los participantes decidieron manifestar su preocupación por la emergencia en Latinoamérica de instituciones formadoras con una connotación empresarial lucrativa, y en las que se forman médicos para países desarrollados, por lo que consideran que las respectivas autoridades deben examinar cuidadosamente la situación y tomar las disposiciones que consideren más convenientes.

COMENTARIOS

Es innegable la intensificación del interés por el proceso de enseñanza-aprendizaje que existe en América Latina y el Caribe. Se desea destacar de manera muy especial que varias universidades latinoamericanas han aceptado el ingreso sin restricciones y han llegado a matrículas de ingreso y total que habrían sido consideradas totalmente inadmisibles en el pasado. No se puede dejar de reconocer que tal situación ha representado un reto para las universidades en general y para las instituciones formadoras de médicos en particular. De hecho, la presencia de grandes contingentes de alumnos y la necesidad de ofrecerles una educación adecuada, han estimulado algunas alternativas de cambio en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y han llevado al diseño de programas experimentales, como el A-36 en la Universidad Nacional Autónoma de México, el Curso Experimental de Medicina de la Universidad de São Paulo, y otros.

Resulta interesante la alternativa de extender la capacidad de una escuela de medicina mediante la creación de una o más unidades que puedan servir para la introducción de nuevos enfoques de educación médica bajo la conducción y con el apoyo de los recursos de una institución ya establecida. Como se destacó en la reunión, muchas veces los cambios introducidos y la incorporación de áreas del conocimiento en las instituciones formadoras se debieron a factores tales como la demanda por estudios médicos, los desafíos provocados por las necesidades de la práctica médica o de su estructura y por las influencias de cambios en las políticas de salud y de atención de los países. Estos factores permitieron iniciar un proceso de revisión de los métodos y técnicas de la educación en salud que merece ser estimulado. Por lo tanto, se considera que las instituciones formadoras deben disponer de un mecanismo que permita la evaluación continua del proceso de enseñanza-aprendizaje como forma de contribuir a su continuo mejoramiento.

Otro aspecto de gran importancia ha sido la tendencia a analizar en forma global la formación de recursos humanos para la salud. Resultan de esta tendencia los esquemas de formación integrada y la experimentación creciente de utilizar en mayor grado los servicios de atención a la salud, considerados como objeto de transformación y de estudios, en su potencialidad de propiciar condiciones más adecuadas de enseñanza-aprendizaje.

Si bien existe alguna experiencia en el adiestramiento de personal técnico y auxiliar utilizando los servicios de salud existentes y más en contacto con la población, es posible imaginar que tales esquemas

podieran desarrollarse de manera que llevaran a la formación de médicos. Programas de tal naturaleza facilitarían el ingreso a la educación médica a jóvenes que actualmente no tienen acceso a las instituciones formadoras porque estas están situadas, casi siempre, en las grandes ciudades, en tanto que ellos residen en núcleos urbanos menores o en zonas rurales. La posibilidad de formar como médicos a tales jóvenes, sin desarraigarlos de su medio, podría ser una vía a ensayar para garantizar cuidados de salud de alta calidad a extensas porciones de la población que hoy no disponen de los mismos.

Estos esquemas podrán, en forma flexible, reemplazar con el tiempo gran parte de la tarea de formación general del personal de salud. Las instituciones formadoras tradicionalmente aisladas podrán dedicar mayor atención a estudios e investigaciones específicas y ampliar sus actividades de evaluación y creación de nuevos métodos según las perspectivas de necesidades de las poblaciones.

Las recomendaciones precedentes se basan en la gran variedad de modelos educacionales existentes en la América Latina y el Caribe. Si bien esto dificulta la comparación y equivalencia de programas resulta, sin embargo, en un acervo experimental del cual los países podrán beneficiarse en mayor grado. Por esta razón se deben proseguir los estudios sobre estas experiencias. Es de esperar que el presente documento podrá servir no solo como principios o normas resultantes de la experiencia de América Latina y del Caribe, sino también como una base para nuevas discusiones.

ANEXO

Participantes

Dr. Carlos Campillo Sains (Coordinador), Subsecretario de Asistencia, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

Dr. Jorge Andrade (Relator), Profesor de Clínica Médica, Escuela Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Dr. Ramiro Castro de la Mata, Profesor de Farmacología, Programa Académico de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Dr. Alejandro Goić, Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Santiago Oriente, Santiago, Chile.

Dr. Thomas Hunter, Profesor de Medicina, Escuela de Medicina, University of Virginia, Charlottesville, Virginia, E.U.A.

Dr. Horacio Kneese de Mello, Profesor de Clínica Médica, Escuela Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil.

Dr. Ronaldo Luna, Director del Area Clínica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.

Dra. María del Carmen Troncoso, Profesora de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Dr. Aloysio de Salles Fonseca, Presidente, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Río de Janeiro, Brasil.

Observadores

Dr. Julio Ceitlin, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Caracas, Venezuela.

Dr. Oscar Gómez Poviña, División Internacional, Association of American Medical Colleges, Washington, D.C., E.U.A.

Dr. Tibaldo Garrido, Secretario Ejecutivo, Asociación Venezolana de Facultades de Medicina, Caracas, Venezuela.

Secretariado

Dr. José Roberto Ferreira, Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.U.A.

Dr. Carlos Gonzáles Auvert, Asociado, Directoría Ejecutiva, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Caracas, Venezuela.

Dr. Francisco Kerdel Vegas, Director Ejecutivo, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Caracas, Venezuela.

Dr. José Romero Teruel, División de Recursos Humanos e Investigación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.U.A.

RESUMEN

Se presenta el informe final de esta reunión, celebrada en Caracas en enero de 1976, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. En la reunión se analizaron aspectos fundamentales para el desarrollo de los recursos humanos médicos y se formularon recomendaciones sobre la formación de médicos en relación con las políticas de salud, la práctica y la atención médica, el número de

alumnos, así como la creación y el funcionamiento de instituciones formadoras de médicos.

En la primera parte del informe se revisa la acción internacional en educación médica en América Latina y el Caribe; normas y requisitos mínimos para la creación de nuevas escuelas de medicina; tendencias actuales de la educación médica; factores que intervienen en la formación del médico; enseñanza integrada y enseñanza por disciplinas; enseñanza uniprofesional y enseñanza multiprofesional; enseñanza hospitalaria y extrahospitalaria; la estructura organizativa de las escuelas, y la demanda estudiantil.

FIRST MEETING ON BASIC REQUIREMENTS FOR THE DEVELOPMENT OF MEDICAL EDUCATION IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN AREA (*Summary*)

This is the Final Report of this meeting, which was held in Caracas in January 1976 and sponsored by the Pan American Health Organization and the Pan American Federation of Associations of Medical Schools. The meeting included discussions on fundamental aspects of medical manpower development and recommendations on professional training in health policies, medical practice and care, student enrollment, and the establishment and operation of medical schools.

The first part of the Report is a review of international activities in medical education in Latin America and the Caribbean area; standards and minimum requirements of new medical schools; present trends in medical education; influences on professional training; interdisciplinary education and education by fields; preparation of the specialist and the multiprofessional; on-the-scene training in hospitals and elsewhere; institutional structures; and student requests.

PRIMEIRA REUNIÃO SOBRE PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE (*Resumo*)

Apresenta-se o relatório final dessa reunião, realizada em Caracas, em janeiro de 1976, sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde e da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina. Analisaram-se na reunião aspectos fundamentais para o desenvolvimento dos recursos humanos médicos e se formularam recomendações sobre a formação de

médicos em relação às políticas de saúde, a prática e atenção médica, o número de alunos e a criação e funcionamento de instituições formadoras de médicos.

Na primeira parte do relatório passam-se em revista a ação internacional em matéria de educação médica na América Latina e no Caribe; normas e requisitos mínimos para a criação de novas escolas de medicina; tendências atuais da educação médica; fatores que intervêm na formação do médico; ensino integrado e ensino por disciplinas; ensino uniprofissional e ensino multiprofissional; ensino hospitalar e extra-hospitalar; estrutura da organização das escolas; e a demanda estudantil.

**PREMIÈRE RÉUNION SUR LES PRINCIPES DE BASE POUR
L'EXPANSION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN
AMÉRIQUE LATINE ET AUX CARAÏBES. (Résumé)**

Il y a eu la présentation du rapport final de cette réunion qui s'est tenue en janvier 1976 à Caracas sous les auspices de l'Organisation Panaméricaine de la Santé et de la Fédération Panaméricaine des Associations de Facultés (Ecoles) de Médecine. Au cours de la réunion, il a été procédé à l'analyse des aspects fondamentaux du développement des ressources en médecins, et des recommandations furent soumises concernant la formation de médecins en conformité avec les politiques en matière de santé; la pratique et les soins médicaux; le nombre d'étudiants; et concernant la création et l'administration de centres de formation médicale.

Dans sa première partie, le rapport a passé en revue les efforts déployés au niveau international dans le domaine de l'enseignement médical en Amérique Latine et aux Caraïbes; les normes et besoins minimum exigés pour la création de nouvelles écoles de médecine; les tendances actuelles en matière d'enseignement médical; les facteurs intervenant dans la formation de médecins; l'enseignement uniprofessionnel et l'enseignement multi-professionnel; l'enseignement hospitalier et extra-hospitalier; la structure organisationnelle des écoles et la demande scolaire.