

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XIX Reunión

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XXI Reunión

Washington, D. C.  
Septiembre-October 1969

Tema 25 del proyecto de programa

CD19/16 (Esp.)  
CORRIGENDUM  
29 septiembre 1969  
ORIGINAL: ESPAÑOL

EDUCACION MEDICA

En la página 17 del Anexo al Documento CD19/16 substituir la Tabla 3 por la Tabla adjunta.

TABLA 3  
ESCOLARIDAD TOTAL EN AÑOS REQUERIDA PARA COMPLETAR LA  
CARRERA MEDICA SEGUN ESCUELAS DE MEDICINA Y PAISES\*  
1967

PAIS	TOTAL DE ESCUELAS	DURACION EN AÑOS				
		0	17	18	19	20
ARGENTINA	9			4	5	
BOLIVIA	3				2	1
BRASIL	31			31		
CHILE	3				3	
COLOMBIA	7			7		
COSTA RICA	1			1		
CUBA	2			2		
REP. DOMINICANA	1				1	
ECUADOR	3					3
EL SALVADOR	1				1	
GUATEMALA	1				1	
HAITI	1				1	
HONDURAS	1				1	
JAMAICA	1				1	
MEXICO	21		14	7		
NICARAGUA	1			1		
PANAMA	1				1	
PARAGUAY	1			1		
PERU	4				4	
URUGUAY	1			1		
VENEZUELA	6		6			
TOTAL	100		20	55	21	4

\*Incluyendo estudios primarios, secundarios, pre-médicos, generales y médicos en las escuelas de medicina con curso completo

### 3.1 El Ciclo Primario y Secundario

La duración de los estudios primarios en América Latina es bastante uniforme. Así, en 17 de los 21 países incluidos en el análisis, la educación primaria tiene una duración de seis años. En el nivel secundario la variabilidad es mayor, ya que 10 países tienen un ciclo de cinco años, nueve tienen un ciclo de seis años y dos países tienen un ciclo de siete años.

### 3.2 Estudios Pre-Médicos y Generales

En varias escuelas de medicina, durante las últimas décadas, se ha intercalado un curso de transición, entre los estudios secundarios y los estudios profesionales, que adopta dos modalidades: los estudios generales y los estudios pre-médicos.

consejo directivo



# ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIX Reunión

comité regional

# ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



XXI Reunión

Washington, D. C.  
Septiembre-October 1969

Tema 25 del proyecto de programa

CD19/16 (Esp.)  
19 agosto 1969  
ORIGINAL: ESPAÑOL

## EDUCACION MEDICA

El desarrollo racional de recursos humanos para la salud ha sido preocupación constante de los Gobiernos de los Países Miembros de la OPS durante los últimos años.<sup>1/</sup>, <sup>2/</sup>, <sup>3/</sup>

La Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Buenos Aires, Argentina, 1968, hizo una revisión exhaustiva de los problemas relativos al desarrollo de recursos humanos para la salud y aprobó recomendaciones concretas que han servido para orientar la política de la OPS en ese campo.

La formación de médicos es un aspecto muy importante, dentro de cualquier programa de desarrollo de recursos humanos para la salud. Es por ello que la educación médica ha venido mereciendo atención preferencial por parte de la OPS. Un análisis de los problemas y tendencias actuales en educación médica, con especial referencia a la América Latina y a las acciones que allí desarrolla la OPS, constituyen el motivo de este documento.

### I. La tendencia universal al cambio

La educación médica en la América Latina está, al igual que toda la educación superior y la educación médica en escala mundial, buscando su propia redefinición.

<sup>1/</sup> Declaración a los Pueblos de América, Art. 1.d de la Resolución A.2 Punta del Este, Uruguay, 1961.

<sup>2/</sup> Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Resolución B.3 sobre "Educación y adiestramiento de los profesionales de salud, en general" Washington, D.C., 1963.

<sup>3/</sup> Reunión de Jefes de Estados Americanos, Sección C.d. del Capítulo V del Programa de Acción; Punta del Este, Uruguay 1967.

Dos cuestiones fundamentales enfrentan la educación médica con la ineludible necesidad de cambio. Ellas son, en los países altamente industrializados y con elevado nivel de avance científico y tecnológico, la explosión de la investigación y el incalculable caudal de nuevos conocimientos; y en los llamados países en vías de desarrollo, la conciencia cada vez más clara de que la medicina como profesión y la salud como condición, tienen un importante papel que desempeñar en el proceso de emergencia de las sociedades hacia formas de vida más cónsonas con sus crecientes aspiraciones.

No debe, por tanto, llamar la atención el hecho de que en unos y otros países, los desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, se encuentren, en la actualidad signos evidentes de la búsqueda de nuevos caminos en la educación médica.

En los Estados Unidos de Norteamérica, la profunda reorganización y racionalización, a que fueron sometidas las escuelas de medicina a raíz del Informe Flexner<sup>1/</sup> a comienzos de este siglo, fue seguida por cerca de cuarenta años en los cuales se sucedieron pocos cambios. Después de la Segunda Guerra Mundial y al comenzar la década de 1950, nació un doble movimiento reformista de la educación médica norteamericana, representado, por una parte, por la tendencia a entregar al alumno el conocimiento de manera "integrada", y por la otra, por la tendencia de trasladar el énfasis, hasta ese momento puesto en el individuo aislado, hacia la comunidad y hacia la persona en compromiso y relación estrecha con su medio. La primera experiencia dentro de la tendencia "integracionista" en el plan de estudios de las escuelas de medicina de Norteamérica la llevó a cabo la Escuela de Medicina de la "Western Reserve University". En el plano de la medicina social o medicina de comunidad, se destacó al comienzo la Universidad de Cornell. Estas experiencias fueron luego seguidas por muchas otras escuelas y en este momento, en los Estados Unidos la mayoría de las más importantes escuelas de medicina están ejecutando o intentan llevar a cabo cambios en sus planes de estudio. Un desarrollo de los últimos años ha sido la creación de Departamentos de Ciencias de la Conducta, lo cual implica la incorporación de nuevos conceptos en relación con la enseñanza de disciplinas como la psicología, la psicología social, la antropología y la sociología. Sin embargo, uno de los principios fundamentales de Flexner que define el plan de estudios dividido en un ciclo básico y otro clínico, ha sufrido poca modificación relativamente. Si bien desde hace algunos años se habla de la necesidad de iniciar precozmente la experiencia de los alumnos con pacientes, y si es verdad que universidades como Harvard, Columbia y otras han llevado a cabo experiencias en ese sentido, también resulta cierto que tan solo ha sido en fecha muy reciente cuando nuevas escuelas han emergido con un grado relativamente importante de integración básico-clínica. Pudiera decirse que, salvo excepciones, los cambios curriculares en las escuelas de medicina de Norteamérica no han tenido poca incidencia en las estructuras ya que, en unos casos se han limitado a agregar nuevas disciplinas y en otros han propiciado solamente cambios metodológicos.

1/ Flexner, Abraham; Medical Education, a comparative study; 1925; The Macmillan Company, New York

El Informe Flexner, entre otras, tuvo las virtudes de ser único y universalmente aceptado, lo cual habla de su indiscutible consistencia y de su vigencia histórica dentro de las circunstancias que le dieron origen. Por otra parte, la multiplicidad de "fórmulas", "patrones" o "modelos" para el cambio curricular surgidos a partir del término de la Segunda Guerra Mundial, habla de la ausencia, hasta ahora, de soluciones totalmente adecuadas a las necesidades actuales - y por eso la continuidad de la búsqueda - o de la existencia de una situación extremadamente más compleja que la que existió en los Estados Unidos a comienzos de este siglo, complejidad que se manifestaría primordialmente, por la rapidez con la cual evolucionan los conceptos en un mundo esencialmente cambiante. Entre estas dos explicaciones parece tener mayor aceptación la última, reflejada en una aseración hecha en un reciente evento internacional sobre educación médica<sup>1/</sup>, en el cual se llegó a la conclusión de que las escuelas de medicina deberían tener planes de estudio susceptibles de revisión y cambio constantes. Cabe, sin embargo, que la verdadera explicación consista en que lo que está sucediendo es un proceso de cambio gradual que aún no ha terminado de consolidarse.

Francia, país poseedor de una valiosa tradición de educación médica, inició hace algunos años un proceso de reforma universitaria, que incluyó, por supuesto, las escuelas de medicina. La inconsistencia de tal reforma o su casi inmediata pérdida de vigencia, explicarían a falta de otras causas, la violenta irrupción de mayo de 1968.

En el Reino Unido, el apego a las tradiciones no evitó que una Comisión de alto nivel designada por la Reina Isabel, en 1965, hiciera en 1968, recomendaciones para cambios substanciales en la organización de la educación médica, tanto de pre como de post-grado.<sup>2/</sup> El Canadá también ha hecho un importante esfuerzo en igual sentido. En Rusia y otros países socialistas, la formación de personal para la salud ha seguido patrones diferentes y es conocido el esquema de formación de personal médico de diversos niveles, de acuerdo con las necesidades de los programas de asistencia médica.

## II. La educación médica en la América Latina

La Organización Panamericana de la Salud, a través de su Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos y utilizando el procedimiento de las encuestas, ha llevado a efecto una investigación sobre las escuelas de medicina de la América Latina y, en particular, sobre la enseñanza de la medicina preventiva. En documento anexo a esta presentación<sup>3/</sup>, está contenida la información de carácter general obtenida a través de dicha encuesta y que hasta

---

<sup>1/</sup> Congreso Internacional sobre Evaluación en Educación Médica, Edmonton, Alberta, Canadá, junio 1969.

<sup>2/</sup> Royal Commission on Medical Education 1965-1968, Her Majesty's Stationery Office, London, 1968.

<sup>3/</sup> García, César; Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS; Características Generales de la Educación Médica en América Latina, 1969; OPS/OMS, Washington, D. C.

este momento ha sido posible analizar. Los comentarios que siguen, relativos a la educación médica en la América Latina, son producto, en parte, de la experiencia y observaciones del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y, en parte, de los resultados del estudio en referencia.

### 1. Enseñanza integrada y enseñanza de medicina preventiva y social

La educación médica en la América Latina, originalmente calcada sobre los patrones de las Universidades de Salamanca y París, estuvo sometida durante los últimos años del siglo XIX y primera mitad del actual, a una gran influencia de la escuela francesa, pero a partir del término de la Segunda Guerra Mundial comenzó a percibir las ideas originadas en Norteamérica. Como expresión de ese hecho se encuentran claros ejemplos de intentos integracionistas al estilo de "Western Reserve" o "Stanford". Si bien la corriente de medicina social o de la comunidad nació más o menos simultáneamente en ambas porciones del Continente, no lo es menos que en la América Latina, por las condiciones particulares existentes en los países y por el estímulo que ha recibido de organismos nacionales e internacionales, esta corriente ha tenido un mayor desarrollo hasta el punto de que prácticamente todas las escuelas de medicina ya están llevando a la práctica programas de mayor o menor extensión en la enseñanza en medicina preventiva y social. Puede señalarse como punto de partida de este fenómeno en la América Latina, las recomendaciones surgidas de los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva (Viña del Mar, Chile, 1955, y Tehuacán, México, 1956), ambos realizados bajo el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud.

### 2. Departamentalización

Conjuntamente con lo anterior, muchas escuelas de medicina de la América Latina comenzaron a mirar con interés y han tratado de incorporar a su propia estructura el concepto norteamericano de la organización departamental. Existen fundadas dudas en cuanto al éxito obtenido en tal intento porque en la mayoría de los casos el cambio no ha pasado de una alteración insubstancial en la nomenclatura o de la creación de superestructuras inoperantes.

### 3. Limitación al ingreso de estudiantes

Durante las dos últimas décadas, muchas de las escuelas de medicina de la América Latina han seguido la tendencia de introducir sistemas de limitación del ingreso y de selección de aspirantes. Las muchas veces repetida aseveración de que los candidatos a estudiar medicina llegan a la universidad con una preparación deficiente, ha estimulado la creación de cursos "premédicos", "básicos", o de "estudios generales".

#### 4. Problemas actuales

El impacto que hayan podido producir en la educación médica latinoamericana los cambios arriba mencionados, no ha sido aún debidamente cuantificado. Sin embargo, pudiera señalarse, con poco temor a equivocación, que la mayoría de las veces han faltado los correspondientes e indispensables cambios de actitud que le den a la innovación el carácter de un verdadero cambio en la concepción doctrinaria del proceso educativo en función de objetivos claramente definidos. Las escuelas de medicina de la América Latina siguen, en su mayoría, enfrentadas a los siguientes problemas:

- a) Estructuras administrativas muy rígidas y que favorecen la separación en áreas más o menos aisladas.
- b) Planes de estudio y estructura administrativa estrechamente interdependientes. Siendo la última de carácter rígido, los planes de estudio se convierten en demasiado estáticos o un cambio, aún el más pequeño, solamente puede ser hecho a costa de grandes esfuerzos y una vez realizado, se convierte a su vez, en inmodificable.
- c) Limitación de recursos materiales y cuerpo docente, en su mayoría, a tiempo parcial y con compromisos vitales ubicados fuera de la actividad universitaria.
- d) Como consecuencia del punto anterior, enseñanza fundamentalmente teórica y a base de la mera transmisión de conocimientos no siempre actualizados.
- e) Comunicación espiritual inadecuada entre profesores y alumnos.
- f) Número de aspirantes a estudiar medicina muy por encima de la capacidad real de las escuelas, lo que determina la necesidad de limitación de ingreso y la consecuente creación de excedentes estudiantiles que plantean problemas sociales y políticos.
- g) Alta proporción de estudiantes irregulares (repitentes o inscritos con asignaturas pendientes de cursos anteriores), lo cual alarga la duración de la carrera de muchos e incrementa proporcionalmente el costo de producción de profesionales.
- h) Deficientes sistemas de registro de datos y ausencia de auto-evaluación.
- i) Deficiente incorporación de los aspectos relativos a formación de recursos humanos a los planes nacionales de salud y falta de coordinación entre los instrumentos de formación de esos recursos y las necesidades del mercado.

Resulta relativamente fácil darse cuenta de que estos problemas no son exclusivos de las escuelas de medicina sino que ellas los comparten con la universidad latinoamericana en su conjunto.

#### 5. Tendencias actuales

Mirando el asunto desde otro ángulo, nos damos cuenta que los problemas de salud de los países en vías de desarrollo y en nuestro caso particular, de los países de la América Latina, no podrán ser resueltos con la mera producción de un tipo de profesional altamente calificado desde el punto de vista científico. Si ese profesional no está técnica y emocionalmente preparado para enfrentar los problemas de salud en regiones con pocos recursos y ambiente muchas veces hostil; y si los Gobiernos no están en condiciones de satisfacer las expectativas económicas acrecentadas por el prolongado paso del profesional por la universidad y por la alta consideración y exigencias sociales que habitualmente acompañan al título de Médico, seguiremos enfrentando el problema de la concentración exagerada de servicios en las grandes ciudades y lo que se ha dado en llamar el "brain-drain". Algunas personas y ciertas escuelas de medicina en la América Latina han comenzado a tener conciencia de este hecho y a mirar con sentido realista sus propias responsabilidades extendidas más allá de la formación de un solo tipo de personal para la salud.

A la luz de las anteriores consideraciones no cabe discusión frente al hecho de que la educación médica y, por extensión, toda la educación superior en la América Latina, exigen cambios profundos. La pregunta que surge de inmediato es: ¿Cómo llevar a cabo tales cambios? Si se examina el panorama actual pueden reconocerse, entre otras, las siguientes posibilidades de acción:

##### a) Estudios de recursos humanos para la salud e incorporación de la educación médica a la planificación del sector salud.

La acción en el campo de la formación de médicos requiere, para ser racional un claro conocimiento, tanto de la situación existente como de las necesidades, en términos cuantitativos y cualitativos, que deben ser satisfechas dentro de un período de referencia. La información necesaria con el objeto de definir los programas docentes debe comprender:

- los sistemas de atención a la salud, según las características socio-culturales y económicas de los países;
- el personal de salud existente, según su campo profesional, modalidad de ejercicio, localización, nivel de preparación y características de orden personal;
- los requerimientos de personal para atender los servicios existentes y los que se proyecta establecer.



- las instituciones de formación de personal de salud; y
- los factores que facilitan o dificultan la innovación y el cambio en los sistemas educacionales.

Esta información comienza a ser colectada, analizada e incorporada a los planes de salud de diferentes países. El mejoramiento de la metodología que se aplica a tal fin permitirá generalizar este proceso y hacerlo más ágil.

b) Determinación de las funciones de las escuelas de medicina y de los objetivos educacionales

La consideración técnica y científica de los problemas de la educación médica en países de la América Latina requiere de un acuerdo claro en cuanto a las funciones asignadas a la facultad o escuela así como en relación con los objetivos educacionales de cada programa académico.

Al definir las funciones de una escuela de medicina se debería determinar, a la luz de los recursos disponibles y las exigencias del medio:

- si las mismas se van a limitar a la formación de médicos en la etapa de pregrado;
- si se van a extender al entrenamiento postgraduado de especialistas y a la educación continuada de médicos en ejercicio;
- si la escuela va a participar en el entrenamiento de otro tipo de personal de salud y en qué medida; y
- si va a llevar a cabo programas de investigación y si los mismos se van a limitar a los estrictamente necesarios para mantener un nivel científico adecuado en su personal docente y ofrecer una buena enseñanza, o si por el contrario, la función de investigación va a tener objetivos y alcances propios e independientes - iguales definiciones que para la investigación habrán de ser hechas para las funciones de servicio.

Los objetivos, para ser útiles dentro de un proceso de planeamiento de la enseñanza, deberán ser concebidos y expresados en términos de los cambios de comportamiento que se espera producir en los alumnos. Cada uno de esos objetivos debe poderse traducir en acciones docentes específicas dirigidas a alcanzarlo y en procedimientos de evaluación adecuados para medir el grado en el cual es cumplido en cada una de las etapas del proceso educativo. La determinación de los objetivos educacionales deberá ser hecha tomando en cuenta las características y las necesidades de la sociedad y de los alumnos, así como de los recursos de los cuales se dispone. Esto presupone, en la mayoría de los casos, procesos de

investigación social y psicológica y, en lo posible no debe ser el resultado de meras apreciaciones subjetivas o emocionales.

Un procedimiento adecuado para la determinación de objetivos educacionales dentro de un programa de formación de médicos, debería comenzar por una descripción de las funciones que, de acuerdo con las realidades económica, social e institucional, se espera que cumpla un profesional recién egresado de la Facultad de Medicina. Una vez establecidas tales funciones, correspondería determinar, para cada una de ellas, los conocimientos, habilidades y actitudes indispensables para su eficaz cumplimiento. Tales conocimientos, habilidades y actitudes, debidamente ordenados, serían los verdaderos objetivos a alcanzar en términos conductuales y de ellos dependerían el contenido y la metodología del plan de estudios.

Desafortunadamente, la falta de integración de las instituciones que en los diversos países tienen a su cargo la atención médica, así como las diversas modalidades de ejercicio profesional, hacen que los médicos recién graduados sean sometidos a patrones diferentes de trabajo, lo cual complica la tarea de definir un perfil único de funciones. Esta circunstancia, que indudablemente constituye una dificultad, no debe ser mirada como un obstáculo insalvable y el estudio cuidadoso así como la introducción de planes de estudio elásticos e imaginativos y la coordinación de esfuerzos de las facultades y las instituciones de asistencia médica en las tareas de planeamiento, deberán ayudar a resolver la situación de manera satisfactoria.

c) Estructura administrativa y planes de estudio

Resulta evidente que la estructura administrativa de la facultad o escuela han de estar al servicio de las funciones y objetivos que le hayan sido asignados, y si se acepta la premisa de que las condiciones continuamente cambiantes en educación médica obligan a revisiones periódicas del plan de estudios, habría que tener especial cuidado en que este último y su distribución por asignaturas no sean tributarios y dependientes de la estructura administrativa, la cual, por su propia naturaleza y por razones prácticas, deberá, una vez definida de manera adecuada, tener una relativa permanencia.

Dentro de la estructura administrativa, los términos Facultad, Escuela, Departamento, Cátedra, Sección, Unidad, etc., deben estar claramente definidos en su concepto y en sus funciones, no importa cual sea el patrón de organización que se adopte.

d) Mejor utilización de los recursos

Dentro de los problemas básicos señalados más arriba, adquiere especial importancia la limitación de recursos materiales y humanos, así como las condiciones muy particulares en las cuales desempeñan sus funciones los últimos. Desafortunadamente, es de fuerza aceptar que en muchos países de la América Latina, tales limitaciones de recursos y condiciones de trabajo habrán de persistir por algún tiempo. Se hace necesario, por tanto, idear sistemas de utilización de los recursos que garanticen su máximo aprovechamiento.

e) Centros de ciencias de la salud

La creación de facultades o centros de ciencias de la salud que unifiquen recursos actualmente dispersos y tengan entre sus funciones la formación de personal para la salud en diversas áreas y a diferentes niveles, es una solución que en este momento se presenta como atractiva. Además de la unificación de recursos, dicha solución ofrecería la ventaja de formar y entrenar a los alumnos dentro del espíritu de trabajo en equipo y con una visión multidisciplinaria de los problemas de salud.

Otra ventaja que aportarían las facultades o divisiones de ciencias de la salud, al menos en términos teóricos, sería la de que darían cabida a una proporción mayor de los aspirantes que actualmente son rechazados y orientan su vocación hacia áreas profesionales diferentes de las de salud. Un plan de estudios de ciencias de la salud realmente integrado y dirigido a producir de manera escalonada personal de salud de niveles progresivamente crecientes, permitiría la absorción inicial de un contingente mayor de los aspirantes que ahora solo desean estudiar medicina y que dentro de tal sistema podrían ser reorientados, en proporción importante hacia niveles de actividad que son igual o más necesarios que el propiamente médico.

Resulta evidente que una facultad o división de ciencias de la salud concebida en los términos arriba descritos, consistiría en algo más que la simple reunión, bajo una administración común de facultades, escuelas y cursos que actualmente funcionan de manera independiente. Ni siquiera sería suficiente que departamentos comunes participaran en el desarrollo de la enseñanza para cursos de diverso nivel. La idea descrita presupone un alejamiento radical de los conceptos tradicionales y la creación de estructuras y mecanismos enteramente nuevos. Esto, que parecería utópico, comienza a ser visto como una posibilidad susceptible de realización.

f) Cambios de actitud en profesores y estudiantes

Durante los últimos años se han sucedido en la Región movimientos reformistas o renovadores de la universidad. En algunos casos la falta de consubstanciación de profesores y alumnos con las nuevas ideas, podría

poner en peligro el éxito de las mismas, independientemente de su bondad intrínseca. Por otra parte, cuando ha habido una participación activa de profesores y estudiantes, no siempre ha existido el necesario estudio desapasionado de la situación y la búsqueda serena de soluciones que serían tanto más adecuadas cuanto menos sometidas a la acción de variables de valor transitorio y poco relacionadas con la esencia misma del proceso docente. El compromiso consciente o inconsciente con las concepciones estructurales tradicionales ha impedido, por otra parte, un abordaje verdaderamente audaz que lleve a una reforma real de la educación superior.

Se hace imperioso aceptar que solo podrán lograrse resultados satisfactorios y perdurables a través del estudio desapasionado, desprejuiciado y desinteresado de los problemas, con participación amplia de los diferentes sectores comprometidos. Si ésto no fuera posible, ello sería la negación misma de la universidad. Por el contrario, si tal proceso llegase a ser cumplido, sería la ratificación más firme de la esencia del ideal universitario.

#### g) Capacitación pedagógica del profesorado

Resulta evidente que para que tal proceso pueda llevarse a cabo, se necesita algo más que buena voluntad. La definición de objetivos educacionales en términos de cambios del comportamiento se desarrolla a través de una técnica bien definida, y requiere un conocimiento más o menos completo de la realidad social así como de los intereses, motivaciones, actitudes, capacidades y conocimientos previos con los cuales llegan los alumnos a las escuelas de medicina.

Para poder deducir, a partir de los objetivos educacionales previamente definidos, la estrategia que se va a poner en práctica para alcanzarlos, será necesario conocer los mecanismos psicológicos del aprendizaje y estar familiarizado con los diversos métodos de enseñanza que pueden ser empleados con tal propósito. Y cuando se trate de determinar y luego aplicar procedimientos de evaluación, el conocimiento de las respectivas técnicas será indispensable.

La humanización de las relaciones entre profesores y alumnos y el dirigir cada vez más la atención de ambos hacia los intereses de la sociedad a la que deben servir, complementan la indispensable preparación técnica y garantizan el éxito de una tarea que de otro modo estaría condenada al fracaso o, en el mejor de los casos, a largos y dolorosos titubeos.

### III. Actividades de la OPS en el campo de la educación médica

Dentro de estas líneas de pensamiento, la Organización Panamericana de la Salud, a través de su Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, ha venido realizando esfuerzos tendientes a colaborar con los Países Miembros y con sus instituciones de enseñanza superior en la tarea de canalizar adecuadamente las iniciativas que tienden a modificar la orientación general y las estructuras de la educación médica.

Paso importante en esos esfuerzos ha sido el estudio llevado a cabo en las escuelas de medicina de la Región y parte de cuyos resultados se presentan en el documento anexo, el cual ya ha sido mencionado. Esto es tanto más importante si se considera que toda acción que propenda a elevar la eficiencia y la calidad de las instituciones y programas de formación de personal de salud, requiere, para ser más eficaz, un conocimiento previo, lo más completo posible, de las condiciones actuales en las cuales se desenvuelve el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Simultáneamente con la ejecución de investigaciones, como la mencionada y en un esfuerzo por prestar atención a la creciente demanda de acciones concretas en el campo de la educación médica, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud ha promovido programas orientados a resolver algunos de los muchos problemas que ya han sido debidamente identificados.

#### 1. Estudios especiales

Con el objeto de contribuir al conocimiento de las necesidades de personal de salud, incluidas las de médicos, y estimular la incorporación de tal información con sus consecuencias, dentro de los programas de planificación sectorial en salud, la OPS ha promovido y contribuido a la ejecución de estudios de recursos humanos en varios países. Las experiencias adquiridas en este campo, así como el estudio permanente de los problemas metodológicos que el mismo plantea, han servido para mejorar progresivamente las técnicas utilizadas. La preocupación actual se refiere al desarrollo de procedimientos simplificados que permitan un registro permanente de recursos en operación y de necesidades, de manera que tales estudios puedan ser extendidos al mayor número posible de países de la Región a un costo realista.

Como consecuencia de los primeros estudios llevados a cabo, se han obtenido valiosos resultados prácticos y se han identificado nuevas áreas de investigación que comienzan a ser exploradas. El estudio de recursos humanos realizado en Colombia, ejecutado con la colaboración conjunta de la OPS y el Milbank Memorial Fund, ha servido de base para la preparación del Plan Nacional de Salud y para la reestructuración del Ministerio de Salud Pública en ese país; ha sido igualmente útil en la orientación de los cambios que es necesario llevar a cabo en la educación médica. El mismo estudio señaló, entre otras, la necesidad de entrenar personal auxiliar en número creciente y de delegar algunas de las funciones que actualmente desempeña el personal profesional hacia el auxiliar. Con la asistencia financiera de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica la OPS ha estado colaborando con el Ministerio de Salud Pública de Colombia y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, en la realización de una investigación operacional tendiente a evaluar métodos de entrenamiento de personal auxiliar, delegación

de funciones a ese personal y consecuencias de tales acciones sobre la cobertura de los servicios de atención médica. Los resultados que se obtengan de tal estudio deberán reflejarse en modificaciones en los actuales programas de formación de médicos, si es que llega a probarse como posible y efectiva la delegación de funciones a la cual se hizo referencia.

El estudio sobre las escuelas de medicina de la América Latina que dió lugar a la publicación del informe anexo al presente documento, sirvió para recabar valiosa información la cual debidamente tabulada y analizada, seguirá siendo puesta a disposición de los Gobiernos Miembros y de las instituciones docentes en varios informes sucesivos. A su vez, se tienen planes para colaborar con los Gobiernos en el establecimiento de procedimientos para mantener acutalizada esta información.

El impacto de las resoluciones tendientes a incorporar la enseñanza de la medicina preventiva y social a los planes de estudio de las escuelas de medicina de la América Latina podrá ser debidamente cuantificado una vez que se publiquen los resultados de la encuesta que sobre el particular ha sido ya completado. Igualmente interesante será conocer las actitudes de los estudiantes latinoamericanos de medicina frente a la educación médica en la Región y en particular frente a la enseñanza de la medicina preventiva y social. Esta investigación, también terminada, está en proceso de análisis y su publicación será posible en plazo breve.

Es seguro que los mencionados estudios, una vez analizados, darán información indispensable para los planificadores de la educación médica en la Región. Por otra parte, los resultados obtenidos arrojarán luz sobre áreas que requieren una ulterior exploración y así estimularán y orientarán el desarrollo de nuevas investigaciones.

## 2. Asesoría de escuelas de medicina

Esta actividad, tendiente a colaborar con las escuelas de medicina en el estudio y solución de problemas específicos, ha sido extendida progresivamente y en su desarrollo se han tenido en cuenta las orientaciones establecidas por los Cuerpos Directivos de la Organización. Cada vez que ha existido oportunidad para ello, se ha procurado estimular, a través de las actividades de asesoría, el acercamiento entre las escuelas de medicina por una parte y los organismos gubernamentales que tienen a su cargo los servicios de atención médica, por la otra.

Además de extender el radio de acción de las actividades de asesoría a las escuelas de medicina, se ha procurado incrementar la consistencia entre las recomendaciones que se hacen en diferentes países y a distintas instituciones. Ello es el resultado del desarrollo progresivo de una política clara en relación con tal materia, a lo cual han contribuido en grado importante las resoluciones que los Cuerpos Directivos de la OPS han acordado en repetidas ocasiones sobre el particular.

En las actividades de asesoría a las escuelas de medicina, la OPS ha procurado en lo posible, mantener una estrecha coordinación con las Asociaciones de Facultades de Medicina de los respectivos países.

### 3. Formación de personal docente

Además de contribuir a la formación de personal docente para las escuelas de medicina de la Región por medio de su programa de becas, la OPS ha mantenido y sigue desarrollando y estimulando actividades de entrenamiento a través de seminarios, laboratorios y "workshops" que tienen por finalidad elevar la calidad y la capacitación técnica y pedagógica del profesorado de medicina de los Países Miembros.

Los Laboratorios de Relaciones Humanas y Pedagogía Médica, iniciados en 1964 bajo los auspicios de la OPS, han seguido desarrollándose y se calcula que para fines del año 1969 un total aproximado de 1,400 profesores latinoamericanos de medicina habrán participado en esa experiencia.

Se ha continuado con la preparación y desarrollo de Seminarios sobre Administración de Escuelas de Medicina, actividad iniciada en 1968 con uno de tales seminarios realizado en la República de El Salvador y al cual asistieron directivos de todas las Facultades de Medicina de la América Central.

La necesidad de capacitar personal docente de las escuelas de medicina en las modernas técnicas de definición de objetivos educacionales y diseño de planes de estudio ha llevado a la preparación de actividades específicas de entrenamiento en este campo, las cuales comenzarán a ser ejecutadas en breve.

La creciente incorporación de la enseñanza de ciencias de la conducta dentro de los planes de estudio de las escuelas de medicina ha exigido que se continúen realizando seminarios sobre la enseñanza de esa disciplina.

La complejidad creciente en las tareas de planificación y conducción de programas de educación médica, ha llevado al desarrollo progresivo de tales actividades como una verdadera especialización. En un esfuerzo por poner al alcance de las Escuelas de Medicina de la América Latina las posibilidades de formar sus dirigentes dentro de este nuevo campo, la OPS ha llevado a cabo contactos con diversas instituciones con el objeto de estructurar programas institucionalizados para la formación de personal docente de escuelas de medicina, dentro del espíritu de las recomendaciones que sobre el particular han sido hechas<sup>1/</sup> por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.

---

<sup>1/</sup> Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Recomendación 5, Capítulo X, Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud; Buenos Aires, Argentina, 1968.

#### IV. Libros de texto para los estudiantes de medicina:

Uno de los problemas que más dificulta la educación médica en América Latina, además de los señalados anteriormente, es sin lugar a dudas la inaccesibilidad de la gran masa estudiantil a los libros utilizados o recomendados como textos de enseñanza en las facultades de medicina.

Entre las varias causas de esta situación se destaca en primer término la incapacidad económica de la gran mayoría de los estudiantes de adquirir estos libros especialmente costosos.

En 1965, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) invitó a un grupo de consultores a visitar una muestra significativa de las escuelas médicas de la América Latina, con la idea de precisar y analizar el problema y de formular las recomendaciones más apropiadas.

El informe del grupo confirmó el grave problema que para estudiantes y profesores representa la escasez de libros de texto y la frecuente utilización de sistemas supletorios inadecuados desde el punto de vista científico y pedagógico, como los "apuntes" y las conferencias en mimeógrafo.

El informe también precisó otros factores que han venido dificultando la docencia médica en la América Latina, como la insuficiencia de libros de enseñanza en las bibliotecas en relación con su demanda y la deficiente utilización de los existentes, por estar muchos de ellos escritos en idiomas extranjeros, corresponder a ediciones antiguas y otras razones.

El Programa de Textos de la OPS, establecido con el objeto de ayudar a mejorar la situación descrita, ha venido desarrollándose de manera altamente satisfactoria y con aceptación que rebasa las expectativas, lo cual constituye un índice de que el Programa en cuestión vino a satisfacer una necesidad real.

Durante el año en curso el Programa de Textos ha entrado en la etapa de producción y distribución de obras previamente seleccionadas por los comités respectivos. Hasta la fecha, 70 escuelas de medicina de 17 países se han suscrito al Programa y ya tienen en su poder y están ofreciendo a sus alumnos los textos de patología, bioquímica, farmacología y fisiología, y en breve dispondrán del texto de pediatría.

Los Comités de Medicina Preventiva y Social y de Medicina Interna ya fueron reunidos y sus recomendaciones están en este momento siendo procesadas.

Dentro del mismo Programa de Textos, se ha pedido a cada uno de los Comités que haga recomendaciones en cuanto a obras y publicaciones periódicas de consulta cuya existencia en las bibliotecas de medicina se considere aconsejable. Ya se han tomado providencias que en un futuro muy próximo permitirán



poner a disposición de las bibliotecas que no las posean, aquellas obras y publicaciones recomendadas por los diversos Comités. En esta forma, el Programa, además de permitir al alumno la adquisición de textos básicos en cada asignatura pondrá a su disposición, a través de las respectivas bibliotecas, el material bibliográfico indispensable para completar su información y estimular los hábitos de lectura y estudio.

La Biblioteca Regional de Medicina creada en un esfuerzo conjunto del Gobierno del Brasil, la OPS y la "National Library of Medicine" de los Estados Unidos de América, pondrá a disposición de los profesores de medicina y de los investigadores médicos en Latinoamérica los más avanzados procedimientos de registro y suministro de información científica. Las bibliotecas de escuelas de medicina, sirviendo de intermediarias para el uso de tales facilidades incrementarán su capacidad de servicio sin aumentar los costos. En esta forma, éste vendrá a constituir un mecanismo más en la elevación del nivel de calidad científica de la profesión médica y de la enseñanza de la medicina.

#### V. Becas

Las recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y el interés creciente por parte de los Gobiernos de los Países Miembros, han producido un incremento en el número de solicitudes de becas dirigidas a la formación o mejoramiento del personal docente de las escuelas de medicina. En 1968 fueron concedidas 189 becas para educación médica, de un total de 1,004 becas adjudicadas por la Organización. Los beneficiarios provenían de 23 países.

En un proyecto para la evaluación del programa de becas de la OPS, se cumplió la etapa de prueba de los instrumentos y, en la actualidad, se adelantan esfuerzos para completar tal estudio.

La resolución aprobada por el Comité Ejecutivo de la OPS en el sentido de recomendar la concesión de becas dentro del país de origen de los solicitantes cuando se reúnan determinados criterios<sup>1/</sup>, contribuirá a facilitar los mecanismos por medio de los cuales la OPS colabora con los países en los programas de entrenamiento de personal. Es indudable que ésto se reflejará en la parte relativa a la formación y mejoramiento del personal docente de las escuelas de medicina.

Igualmente, la resolución aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en su XVIII Reunión<sup>2/</sup>, cuya ejecución se prepara actualmente al crear las

---

<sup>1/</sup> 61a. Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, Resolución XXIII; Washington, D. C., 1969.

<sup>2/</sup> XVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, Resolución XXV; Buenos Aires, Argentina, 1968.

"Becas Institucionales" proporciona un valioso instrumento para la formación de personal altamente calificado que pueda participar en las responsabilidades de la orientación y dirección de los programas educacionales de los Países Miembros.

Es importante señalar, por último, que la educación médica en la América Latina, dentro de sus naturales limitaciones y enfrentando sus múltiples problemas, ha hecho innegables progresos y muestra una clara tendencia hacia una superación creciente. Ha ido incrementándose la conciencia de los educadores médicos en cuanto a su compromiso con la sociedad y las instituciones se acercan cada vez más al desideratum de una coordinación estrecha de iniciativas y esfuerzos tendientes a mejorar las condiciones y resolver los problemas de salud en los países de la Región.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA EDUCACION MEDICA  
EN AMERICA LATINA

Dr. Juan César García  
Departamento de Desarrollo de  
Recursos Humanos  
OPS/OMS

Agosto-1969

## I. Introducción

Existe en América Latina, a la par que preocupación, gran interés por el mejoramiento, cambio e innovación de la enseñanza de la medicina preventiva. Se han hecho varios intentos por mejorar los niveles de enseñanza de estos aspectos de la medicina. Con tal fin la Organización Panamericana de la Salud (OPS) organizó en 1955 y 1956 dos seminarios, que tuvieron lugar en Chile y México y en los que participaron casi todas las escuelas de medicina del Continente.

Desde entonces, tanto la OPS como otras instituciones han continuado ayudando a las escuelas médicas y promoviendo su interés en este particular. Sin embargo, durante este período, no se había hecho ninguna evaluación de aquellas actividades destinadas a influir en las escuelas de medicina, ni tampoco se conocía con exactitud el estado de la enseñanza de la medicina preventiva y social en dichas escuelas.

Las razones expuestas y el deseo de la OPS de seguir colaborando con las escuelas de medicina, llevo al Director de la OPS a invitar un grupo de expertos con el fin de que aconsejara a la Organización sobre los principios y técnicas apropiados para estudiar la enseñanza de la medicina preventiva y social en América Latina, a la luz de las recomendaciones que habían formulado los dos seminarios anteriormente mencionados. El grupo de expertos, reunidos en Washington, D.C. en diciembre de 1964, aconsejó llevar a cabo un estudio sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social que sirviera como marco de referencia a la Organización para estructurar mejor sus acciones en este campo.

En marzo de 1967 se reunió nuevamente el Comité Asesor en Washington, D. C. con el propósito de aconsejar a la Organización sobre las diferentes alternativas de decisión que se presentaban luego de haberse preparado el diseño de la investigación y puesto a prueba en 15 escuelas de medicina de la América Latina.

El grupo aprobó dos innovaciones hechas al proyecto original:

a) elección de un diseño explicativo en lugar de descriptivo; y b) investigación de la educación médica con énfasis en la enseñanza de la medicina preventiva en lugar de una investigación exclusiva en este último campo.

Para llevar a cabo la recolección de la información, realizada a fines de 1967 y principio de 1968, se seleccionaron y entrenaron colaboradores y se contó en la mayoría de los países, con la valiosa ayuda de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina. Las personas que recogieron la información mediante cuestionarios diseñados y probados por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos fueron:

Argentina:	Dra. Mabel Munist Dr. José María Paganini
Bolivia:	Dr. Orlando Montero Vaca
Brasil:	Dr. Guilherme Abath Dra. Celia Lúcia Monteiro de Castro Dr. Hesio Cordeiro Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão Dr. Guilherme Rodrigues da Silva
Centro América y Panamá:	Dr. Tito Chang Peña
Chile:	Dr. Alfredo Hidalgo Dra. Celia Lúcia Monteiro de Castro
Colombia:	Dr. Raúl Paredes Manrique
Ecuador:	Dr. Miguel Márquez

Haití:	Dr. Víctor Laroche Dr. Raoul Pierre-Louis
Jamaica:	Dr. Miguel Gueri
México:	Dr. José M. Alvarez Manilla
Paraguay:	Dr. Raúl P. Avila
Perú:	Dr. Mario León Dr. Luis Angel Ugarte
Rep. Dominicana:	Dr. Miguel Márquez
Uruguay	Dra. Obdulia Ebole
Venezuela:	Dr. Edgar Muñoz Dr. Carlos Luis González

Debe destacarse la colaboración técnica y financiera que prestara la Fundación Milbank en todas las etapas del estudio.

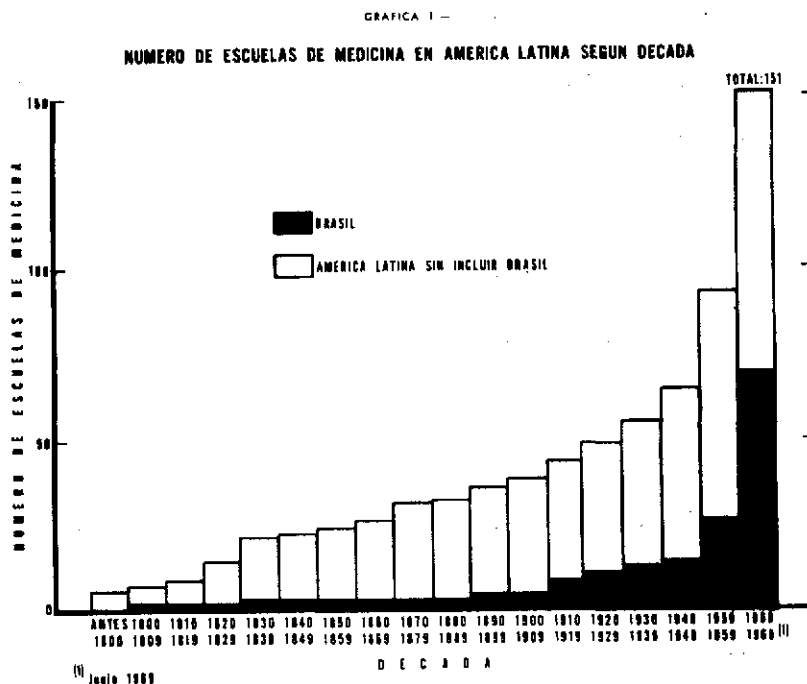
El trabajo aquí presentado trata sobre los aspectos más generales de la educación médica en América Latina y representa el análisis de una parte de la información obtenida por la investigación. Sin embargo, este análisis, aunque parcial, revela los grandes problemas que enfrenta la educación médica en la hora actual, los que, por su magnitud y trascendencia, deberían ser tomados en cuenta al planificar los recursos humanos para la salud. Asimismo, este análisis preliminar está indicando áreas de futuras investigaciones.

El presente trabajo es el primero de una serie de publicaciones en las que se analizarán con mayor profundidad la Educación Médica, la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la medicina y las actitudes y comportamientos de los estudiantes en relación con la enseñanza médica.

El Dr. Ramón Villarreal, Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, y los Dres. José Roberto Ferreira y el Dr. Jorge Andrade del mismo Departamento hicieron sugerencias importantes al presente informe. El Dr. José M. Alvarez Manilla, funcionario temporal del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, prestó una muy valiosa colaboración en el análisis de los datos.

Las primeras facultades de medicina del Nuevo Mundo se establecieron en Santo Domingo y Ciudad de México en el Siglo XVI y pertenecían a universidades o estudios generales que seguían el patrón de la Universidad de Salamanca, es decir, instituciones de enseñanza superior para las artes, la teología, el derecho y la medicina.

La carencia de médicos y el bajo prestigio de que gozaba la actividad durante la colonización y la conquista hizo casi imposible mantener las facultades de medicina funcionando regularmente. Así, la facultad de medicina de Santo Domingo fue cerrada poco después de su creación y abierta de nuevo en el Siglo XVIII.



En América Latina de habla española podemos distinguir varias fases en el crecimiento y desarrollo de la enseñanza médica:



a. Un crecimiento lento del número de escuelas durante los Siglos XVI, XVII y XVIII durante los cuales se crean cinco facultades de medicina cuyo funcionamiento se ve frecuentemente interrumpido.

b. Un crecimiento rápido del número de escuelas a comienzos del Siglo XIX, bajo los auspicios de los gobiernos nacidos de los movimientos de independencia. Durante este Siglo es que el prestigio de la medicina comienza a elevarse desde la posición desmedrada que se le asignara durante la colonia.

c. Un crecimiento lento y progresivo desde 1840 hasta 1940, siendo más importantes, durante este período, los cambios cualitativos que cuantitativos.

d. Un incremento rápido y progresivo en el número de escuelas de medicina y un aumento considerable en la matrícula de sus alumnos a partir del término de la Segunda Guerra Mundial.

Muy distinta ha sido la trayectoria de la educación médica en el Brasil. Durante la colonia (1500-1808) los jóvenes que deseaban estudiar derecho o medicina deberían hacerlo en universidades europeas, particularmente en la de Coimbra en Portugal. La primera Escuela de Medicina se crea en la Ciudad de Bahía en 1808, después de la llegada de la familia Real Portuguesa al país como consecuencia de las Guerras Napoleónicas. Desde esta fecha hasta 1910 se fundaron solo tres escuelas. En la década de 1910 se observa la creación de seis nuevas facultades y la Constitución de la primera Universidad en Brasil. A partir de 1950 se ha producido un movimiento extremadamente rápido de creación de escuelas de medicina con tendencia a continuarse durante los próximos años.

Hoy día existen en América Latina 151 Escuelas de Medicina distribuidas en la forma siguiente:

TABLA 1

NUMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA POR PAISES

<u>PAIS</u>	<u>NUMERO DE ESCUELAS</u>
1. Argentina	9
2. Bolivia	3
3. Brasil	69
4. Colombia	9
5. Costa Rica	1
6. Cuba	3
7. Chile	5
8. Ecuador	4
9. El Salvador	1
10. Guatemala	1
11. Haití	1
12. Honduras	1
13. Jamaica	1
14. México	22
15. Nicaragua	1
16. Panamá	1
17. Paraguay	1
18. Perú	7
19. Rep. Dominicana	2
20. Surinam	1
21. Venezuela	7
22. Uruguay	1
TOTAL	<u>151</u>

Brasil tiene el 44% de las escuelas de medicina existentes en América Latina. Sin embargo, la mayoría de estas escuelas, por haber sido creadas en los últimos años no han completado todos los cursos de la carrera médica.

Las escuelas mexicanas, a diferencia de las brasileñas, tienen, excepto una, todos sus cursos completos y representan el 15% del total de las escuelas latinoamericanas.

1. Características

1.1 Tamaño

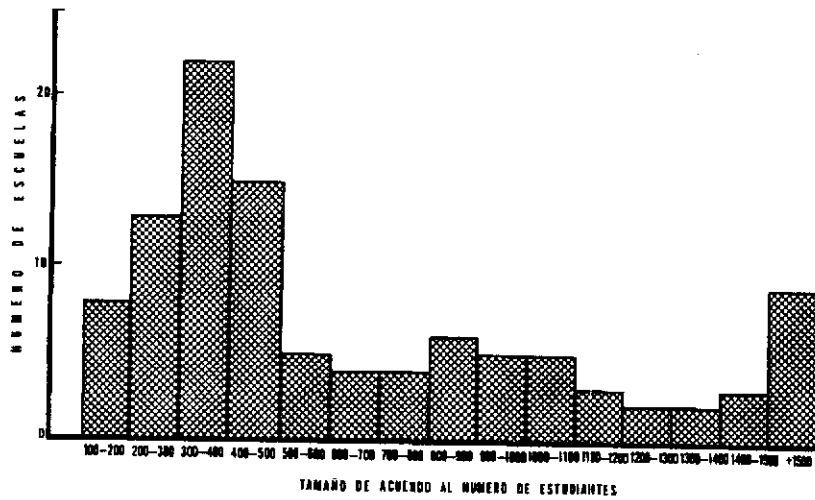
El 54% de las escuelas de medicina latinoamericanas con cursos completos tienen menos de 500 estudiantes lo que indica un predominio de la escuela pequeña.

Un 23% se inscribe en el nivel de tamaño intermedio de 600 a 1000 alumnos. Las escuelas de más de 1000 estudiantes constituyen el 24% de la

muestra y de estas solo nueve sobrepasan los 1500 estudiantes. Cabe destacar, sin embargo, que estas nueve escuelas poseen el 42% del total de los estudiantes de medicina de la región, ubicándose en tal categoría las escuelas de mayor alumnado del mundo, tales como la de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional Autónoma de México.

GRAFICA 2 -

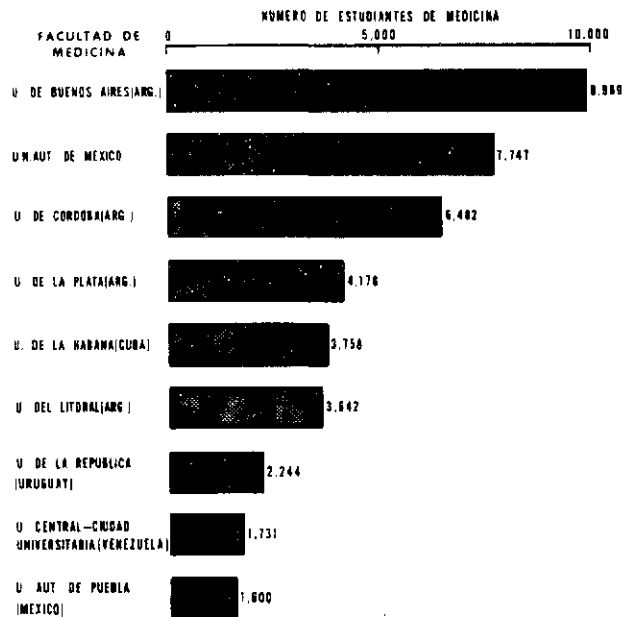
DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA\* SEGUN TAMAÑO



\*ESCUELAS CON PLAN DE ESTUDIOS COMPLETO

GRAFICA 3 -

FACULTADES DE MEDICINA CON MAS DE 1,500 ALUMNOS



Diez de los 22 países analizados tienen una sola escuela de medicina y con la sola excepción de Uruguay, todas se ubican en la categoría de las escuelas pequeñas, es decir, con menos de 500 estudiantes cada una.

Es interesante destacar que en los países que disponen de más de una escuela siempre es posible distinguir una de mayor prestigio interno que constituye un modelo y la que, por regla general, es nacional, de cierta antigüedad, ubicada en la capital y de un tamaño mayor que cualesquiera de las otras escuelas de medicina del país. Sin embargo, en estos últimos años, se observa que las escuelas de menor tamaño y privilegio tienden a cuestionar la posición de la principal como modelo del patrón de estudios, a veces legalizado, ensayando nuevos sistemas de organización y planes de estudio ya que, en verdad, las escuelas nacionales, por su gran tamaño y tradición

en el país, se ven impedidas de llevar a cabo reestructuraciones básicas en su sistema de enseñanza.

### 1.2 Designación

Las instituciones dedicadas a la formación de médicos en América Latina toman, alternativamente, el nombre de facultades de medicina o escuelas de medicina.

El título de Facultad parece haber designado en el pasado un tipo peculiar de organización docente que agrupaba varias escuelas dedicadas a la enseñanza de carreras afines. En la actualidad, en cambio, el nombre de Facultad se emplea sin relación a una determinada forma de estructura y sigue siendo, en todo caso la más común para designar a las instituciones docentes médicas. Sin embargo, en las últimas décadas gran número de establecimientos han optado por el nombre de Escuelas de Medicina, registrándose un solo caso en el cual se designa con el nombre de División de Ciencias para la Salud a una estructura integrada de la enseñanza de varias profesiones de la salud.

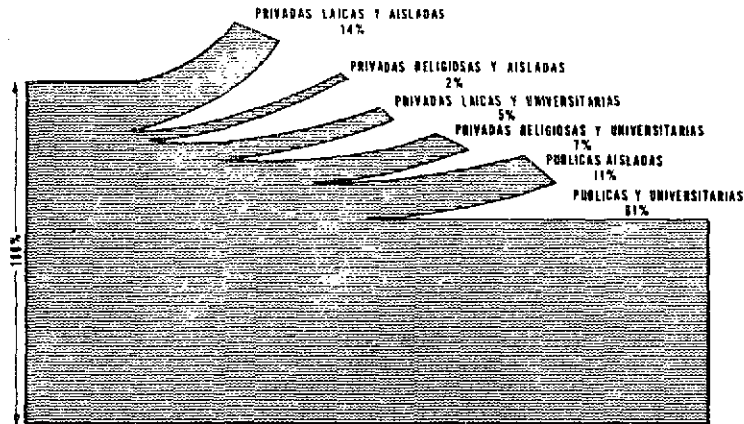
### 1.3 Afiliación Universitaria y Naturaleza Legal

Desde un comienzo la educación médica en América Latina de habla española se caracterizó por su afiliación o dependencia de una universidad y por su carácter de establecimiento público, manteniendo estos dos rasgos principales a través de su historia. Distinto es el caso de Brasil donde las escuelas de medicina se crean en forma aislada o independiente y se da un gran predominio de la iniciativa privada. La escuela de medicina fundada en Bahía en 1808, al igual que las que se crearon con posterioridad, no tuvieron afiliación a una universidad. La primera universidad brasilera se creó en 1920 en Río de Janeiro mediante la combinación de tres instituciones ya existentes: La Escuela Politécnica, la Facultad de Derecho y la Facultad de Medicina.

En la muestra estudiada, el 74% de las escuelas de medicina son parte de una universidad u otra institución superior, constituyendo un rasgo importante de la educación médica latinoamericana. Las escuelas aisladas, vale decir, aquellas que no pertenecen a una universidad o a otra institución superior, se encuentran casi en su totalidad en Brasil. Tal fenómeno se explica por el interés del gobierno brasileño en aumentar el número de admitidos mediante la creación de nuevas escuelas, las que son más fáciles de establecer cuando no formen parte de una universidad. En Brasil una institución docente es reconocida como universidad, según la legislación pertinente, cuando agrupa por lo menos cinco facultades, siendo de esperar, en consecuencia, que este carácter de aislamiento de las escuelas se mantenga por mucho tiempo.

De acuerdo con la Gráfica 4 la mayoría de las escuelas latinoamericanas de medicina pertenecen a una universidad gubernamental, siendo creadas por el Estado para llenar una necesidad pública con un patrocinio de bienes fiscales o del tesoro público afectado a sus fines y con una relativa autonomía administrativa. Según el nivel del Gobierno a que se ligan son: nacionales o federales, estatales o provinciales y solo por excepción, en el caso de Brasil, municipales. Hasta el presente habíamos observado un aumento cada vez mayor de escuelas de medicina creadas y financiadas por gobiernos estatales o provinciales, de modo que la aparición de escuelas de medicina municipales en Brasil constituye una nota novedosa.

GRAFICA 4 -  
DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA SEGUN  
AFILIACION UNIVERSITARIA Y NATURALEZA LEGAL



La proporción de escuelas privadas de medicina, que se anota en la Gráfica 4, como su designación lo indica, se compone de instituciones que han sido creadas por personas o entidades privadas siendo autorizadas o aprobadas y supervigiladas por el Estado. Su financiamiento proviene en forma predominante y principal del sector privado sin perjuicio de subvenciones gubernamentales que, en el caso de Brasil, representan un aporte considerable.

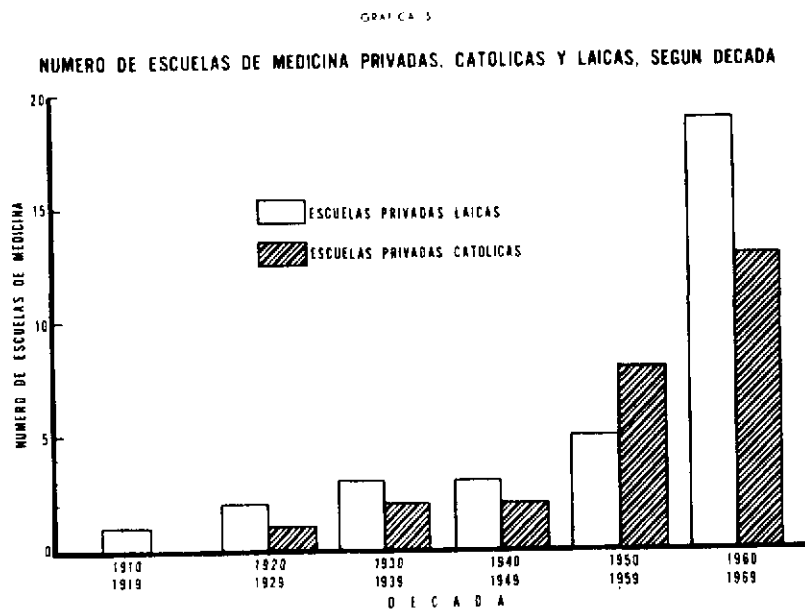
Tales escuelas privadas son religiosas o laicas según sea la iniciativa que actúa en el campo privado.

Las escuelas de medicina privadas-religiosas son todas católicas con una sola excepción y todas ellas dependen de la jerarquía de la Iglesia a la cual se afilian o de la cual dependen, observándose tal adhesión en algunas asignaturas incorporadas en los planes de estudio.

La tendencia al aumento de las escuelas privadas laicas se observa en los últimos años (Gráfica 5) y podría entenderse como una mayor toma de conciencia o interés del sector privado para ayudar a resolver el problema que enfrenta la educación médica en el continente. Sin embargo, tal hipótesis debe ser manejada con toda cautela si se considera que:

A. la mayoría de las escuelas privadas laicas son brasileñas, y que ha sido tradición en Brasil la federalización de tales instituciones, vale decir que estas son fundadas por iniciativa privada en el entendido de que, con el tiempo, el Gobierno tomará una participación cada vez mayor en su financiamiento, llegando en definitiva a instituir las como entidades públicas oficiales.

B. las escuelas privadas tanto laicas como religiosas se financian en forma importante mediante la contribución directa o indirecta de los gobiernos.





Tales reservas para aceptar plenamente el incremento de la contribución privada en el problema de la enseñanza médica y la tendencia evidente, cada vez mayor, de la intervención de los gobiernos en el financiamiento de la educación superior, y de la educación médica en particular, son válidas no solo para América Latina sino para otros países, pues las razones que sustentan tal tendencia es el creciente costo de esta educación el cual difícilmente puede ser absorbido en forma permanente y constante por el sector privado.

En la Tabla 2 podemos anotar que el porcentaje de escuelas de medicina privadas es ligeramente inferior al porcentaje de universidades o institutos de enseñanza superior privada.

TABLA 2  
UNIVERSIDADES Y ESCUELAS DE MEDICINA LATINOAMERICANAS,  
SEGUN NATURALEZA LEGAL

Naturaleza Legal	Universidades o Institutos Superiores (1)	Facultades y Escuelas (2) de Medicina
Públicas Federales o Nacionales	47%	48%
Públicas Estatales o Provinciales	20%	24%
Privadas	<u>33%</u>	<u>28%</u>
TOTAL	<u>100%</u>	<u>100%</u>

(1) Fuente de datos: Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso Socioeconómico en América Latina, Séptimo Informe Anual, 1967.

(2) Estudio Sobre Educación Médica en América Latina, OPS/OMS.

El hecho de que la mayoría de las escuelas latinoamericanas de medicina pertenezcan a una universidad y sean de carácter público es un rasgo

sobresaliente con tendencia a mantenerse en el futuro de la educación médica de la región y cuya importancia se acentúa si se considera que el número de alumnos registrados en las escuelas de medicina universitarias públicas y el número de graduados producidos por estas son considerablemente mayores que sus respectivos en las escuelas de medicina privadas.

#### 1.4 Generalidades sobre la Estructura de la Organización

Tal como lo expresamos anteriormente la denominación de Facultad se empleó en otra época para identificar una cierta agrupación de escuelas universitarias y, en el caso de México, la inclusión dentro de este conjunto de una escuela o división de post-grado. Actualmente este tipo de organización o de agrupación subsiste, pero ya no se da la correspondencia exacta con el término Facultad. En efecto, en algunos casos encontramos que la facultad constituye en realidad una entidad diferente y de nivel más alto que la escuela de medicina existiendo, entonces, un decano de la facultad y directores de las diferentes escuelas entre las que se encuentra la escuela de medicina. En otros casos el decano de la facultad es a la vez el director de la escuela de medicina en tanto las otras escuelas que se agrupan bajo esta dirección tienen sus propios directores.

De 134 escuelas de medicina estudiadas el 32% se encuentran agrupadas con otras escuelas afines, siendo las de obstetricia y enfermería las de más frecuente asociación. Tal agrupación bajo la autoridad de un decanato no implica la integración de la enseñanza entre las diferentes carreras a fin de lograr un acercamiento profesional o hacer economías en el aspecto administrativo. Muy por el contrario, salvo excepciones, el aislamiento de las escuelas es bastante considerable.

## 2. Niveles de Autoridad

En menor o mayor medida el sistema de autoridad de las escuelas de medicina latinoamericanas de habla española, portuguesa y francesa siguen el modelo proveniente de la universidad medioeval al igual que otras instituciones de enseñanza superior, traspasado mediante la influencia de las universidades de Salamanca, París y Coimbra.

La universidad medioeval, en determinado momento de su desarrollo, tenía los siguientes niveles de autoridad:

- a. El Rector, como representante y cabeza visible de la universidad, electo por la Congregación y por los conciliarios de la universidad;
- b. La Congregación o Claustro, formado por la reunión de la corporación de estudiantes, profesores o de estudiantes y profesores, autoridad máxima de la universidad, y;
- c. Los Conciliarios, tipo de consejo directivo que representa los diversos sectores constituyentes de la universidad.

Estos tres niveles de autoridad básicos aludidos, se adoptaron, con el tiempo, para el gobierno de cada facultad.

En la actualidad podemos encontrar en la mayoría de las escuelas tres niveles de autoridad:

- a. La Asamblea de la Facultad, que en Brasil aun conserva el nombre de Congregación, como autoridad de más alto nivel, constituida en algunos países por profesores, alumnos y graduados y en otros por alumnos y profesores y en otros sólo por profesores. Por regla general este nivel de autoridad se reúne pocas veces al año, trata asuntos relacionados con los estatutos y elige decano o director de la escuela.

b. El Consejo Directivo, compuesto por un reducido número de personas representantes de los profesores y en algunas escuelas también de graduados y alumnos, y;

c. El Decano o Director, que constituye el poder ejecutivo de la Facultad, está subordinado a la Asamblea y al Consejo Directivo si bien su poder se extiende, en la realidad, más allá de lo establecido en los estatutos y reglamentos de la institución. Debemos aclarar que para designar esta posición ejecutiva se usa indistintamente, en América Latina, los nombres de Decano y Director, salvo en ciertos países donde existen diferenciadas las dos posiciones.

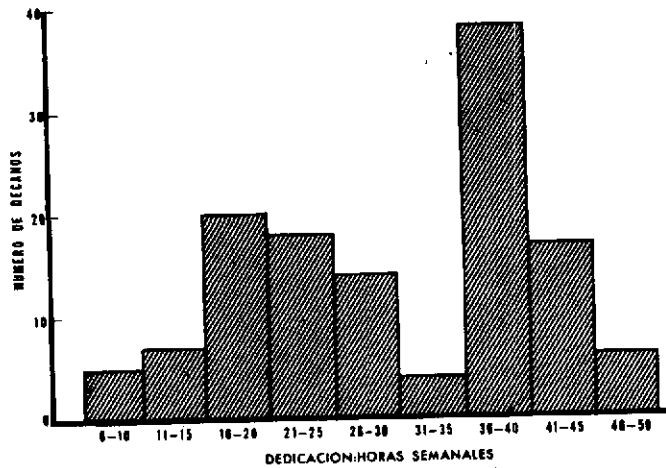
En las últimas décadas se ha gestado un nuevo nivel de autoridad constituido por el Consejo Departamental formado por los Jefes de Departamento, en aquellas escuelas que han sustituido la unidad docente Cátedra, por la de Departamento. Este Consejo tiende a llenar un vacío existente en la estructura de autoridad de las facultades pues relaciona los niveles de autoridad superior con las autoridades de las unidades administrativas y docentes. En esencia sustituye también al Consejo Directivo pero en muchas escuelas se encuentra a ambos coexistiendo como dos grupos de poder en una situación anómala que dificulta la administración haciendo lento el proceso de toma de decisiones.

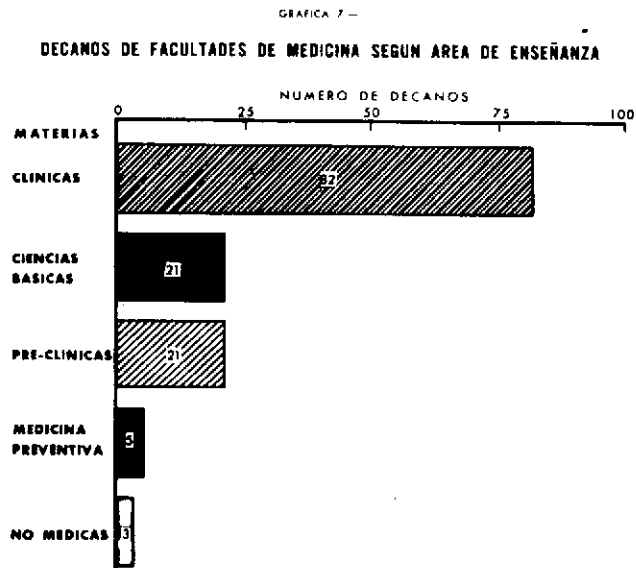
A pesar de que el Decano no goza, por reglamento, en la mayoría de las escuelas, de una independencia suficiente para dirigir eficazmente una institución tan compleja como la escuela de medicina, las urgencias de la realidad hacen que su poder desborde los límites fijados por los estatutos haciéndose efectiva su autoridad, especialmente en los casos en que el titular dedica tiempo suficiente a las actividades de su posición.

Tradicionalmente la posición de Decano consistía fundamentalmente en representar a la Facultad mientras el poder para la marcha diaria de la escuela quedaba de hecho radicado en manos de los jefes de cátedras, quienes gozaban de un alto grado de autonomía. A medida que la noción de integración de asignaturas y de unidades administrativas-docentes han ganado terreno, la concepción de un director instrumentador a tiempo completo se ha hecho cada vez más necesario. Esta nueva corriente queda de manifiesto al analizar las horas dedicadas al ejercicio del papel de decano, pudiendo distinguirse entre aquellos que dedican tiempo completo a tales actividades y aquellos que solo entregan algunas horas.

GRAFICA 4.-

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DECANOS DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA EN AMERICA LATINA SEGUN DEDICACION 1987





El 48% de los 130 Decanos estudiados dedican más de 36 horas semanales a sus labores, trabajando algunos a dedicación exclusiva. En el otro extremo encontramos un 38% de los Decanos que destinan a sus funciones específicas entre 6 y 25 horas semanales. Entre los dos grupos mencionados hallamos uno constituido por aquellos que trabajan entre 26 y 35 horas semanales, hecho que, probablemente, indica que en esas escuelas está ocurriendo un cambio en la concepción de la posición. Históricamente el Decano provenía de las áreas clínicas representando para estos profesores, en muchas circunstancias, la culminación prestigiosa de la carrera docente. La procedencia clínica de los Decanos se explica, en buena parte, por el prestigio que tienen estos especialistas dentro de la profesión médica, hecho, éste último, que ha sido comprobado en varias investigaciones.

En la actualidad existe consenso entre los miembros de la profesión médica acerca de la poca importancia que debería adjudicarse al tipo de especialidad médica como criterio selectivo para ocupar el cargo de Decano. Asimismo está ganando terreno en América Latina la concepción sobre la necesidad de conocer pedagogía, administración y ciencias de la conducta para desempeñar papeles ejecutivos en las escuelas de medicina.

Un 62% de los Decanos actuales en América Latina proceden de las asignaturas clínicas, hallazgo que puede explicarse por el prestigio ya mencionado y por el predominio numérico de los clínicos entre el personal docente. Sin embargo, debe destacarse que un 38% de decanos provenientes de áreas distintas de las clínicas constituye una cifra relativamente alta y refleja cambios importantes que están ocurriendo en este momento en las escuelas, especialmente cuando observamos que en cinco de ellas el decano es un profesor de medicina preventiva y social.

### 3. La Duración de la Carrera Médica

La carrera médica de pre-grado, que concluye con la obtención de la licencia para el ejercicio profesional, va precedida de ciclos escolares cuya duración, sumada a la de la carrera médica nos da el tiempo total para la graduación de un médico, que va de 16 a 20 años en los países de América Latina. Las variaciones que se observan entre los países se encuentran también entre las escuelas de algunos países.

El tiempo total mínimo, requerido oficialmente, al cual aludimos anteriormente, puede sufrir prolongaciones derivadas de la irregularidad escolar en los diversos niveles de educación.

TABLA 3

ESCOLARIDAD TOTAL EN AÑOS REQUERIDA PARA COMPLETAR LA  
CARRERA MEDICA SEGUN ESCUELAS DE MEDICINA Y PAISES\*  
1967

PAIS	TOTAL DE ESCUELAS	DURACION EN AÑOS				
		16	17	18	19	20
ARGENTINA	9			4	5	
BOLIVIA	3				1	2
BRASIL	31			31		
CHILE	3				3	
COLOMBIA	7		1	5	1	
COSTA RICA	1			1		
CUBA	2			2		
REP. DOMINICANA	1				1	
ECUADOR	3				1	2
EL SALVADOR	1				1	
GUATEMALA	1				1	
HAITI	1				1	
HONDURAS	1				1	
JAMAICA	1				1	
MEXICO	21	1	13	7		
NICARAGUA	1			1		
PANAMA	1				1	
PARAGUAY	1			1		
PERU	6			2	4	
URUGUAY	1			1		
VENEZUELA	6		6			
TOTAL	102	1	20	55	22	4

\*Incluyendo estudios primarios, secundarios, pre-médicos, generales y médicos en las escuelas de medicina con curso completo

### 3.1 El Ciclo Primario y Secundario

La duración de los estudios primarios en América Latina es bastante uniforme. Así, en 17 de los 21 países incluidos en el análisis, la educación primaria tiene una duración de seis años. En el nivel secundario la variabilidad es mayor, ya que 10 países tienen un ciclo de cinco años, nueve tienen un ciclo de seis años y dos países tienen un ciclo de siete años.

### 3.2 Estudios Pre-Médicos y Generales

En varias escuelas de medicina, durante las últimas décadas, se ha intercalado un curso de transición, entre los estudios secundarios y los estudios profesionales, que adopta dos modalidades: los estudios generales y los estudios pre-médicos.



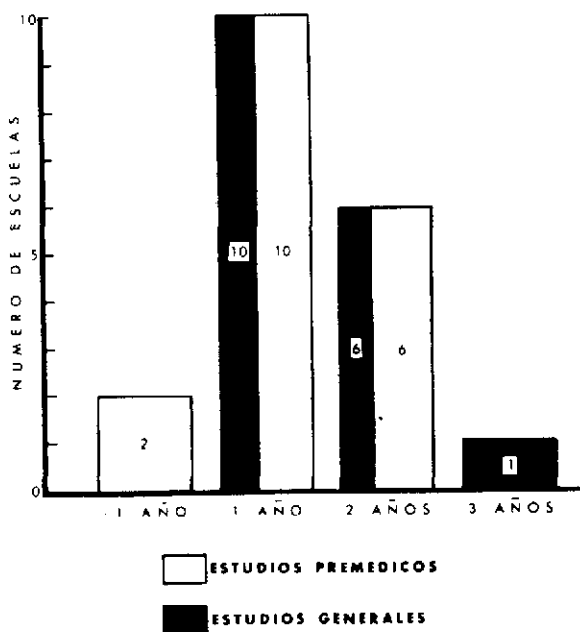
Los estudios generales incluyen materias de ciencias tales como biología, química, física, matemáticas y, en algunas ocasiones, idiomas; están diseñados para servir de fundamento a los estudios de varias carreras universitarias y generalmente son organizados e impartidos por las Facultades de Ciencias o por escuelas creadas expresamente por las universidades. En 17 escuelas de medicina se exige haber cursado los estudios generales como un requisito para ingresar a medicina.

Los estudios generales que varían entre uno y tres años, siendo dos años los más frecuentes, han surgido como una respuesta a una supuesta preparación imperfecta de los egresados del nivel secundario y representa un esfuerzo por resolver el problema del fracaso escolar en las escuelas profesionales.

Los estudios pre-médicos incluyen el mismo tipo de materias que los estudios generales a que hemos hecho referencia, pero se imparten en la escuela de medicina y solo habilitan para ingresar a ésta, constituyendo a veces parte inicial del plan de estudios médicos.

En 18 escuelas de medicina los estudios pre-médicos son requisito obligatorio para el ingreso a la carrera médica y en cinco son opcionales. Los estudios pre-médicos también intentan, como los estudios generales, capacitar a los estudiantes que aspiran a los estudios médicos y algunas escuelas lo han introducido como una forma de preparar a los postulantes para el examen de ingreso, institucionalizando de esta forma lo que se ha dado en llamar el "sistema educacional oculto". El sistema educacional "oculto" vale decir no oficial, designa la preparación de los aspirantes para el examen de ingreso hecha por instituciones privadas no reconocidas oficialmente y ha surgido ante la dificultad de aprobar dicho examen de ingreso.

NUMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA QUE EXIGEN ESTUDIOS PREMEDICOS O ESTUDIOS GENERALES SEGUN AÑOS DE DURACION 1967



Hasta la fecha, no existe una evaluación sobre los estudios generales y pre-médicos como solución al problema de la irregularidad y no ha sido posible determinar si la prolongación del período de estudios a que dan lugar es compensado con el beneficio que rinden. Asimismo sería conveniente establecer si corresponde a la escuela de medicina impartir este tipo de enseñanza o debe asumir al respecto solo funciones normativas dejando a otros organismos universitarios la ejecución de este programa.

### 3.3 Los Estudios Médicos de Pre-Grado

La variabilidad en el número de años requeridos oficialmente para obtener la licencia para el ejercicio profesional a que nos hemos referido con anterioridad se debe principalmente a la variación en la duración de los estudios médicos de pre-grado. Los estudios médicos propiamente dichos, excluyendo el internado, varía entre cuatro y siete años, siendo cinco años la duración más frecuente.

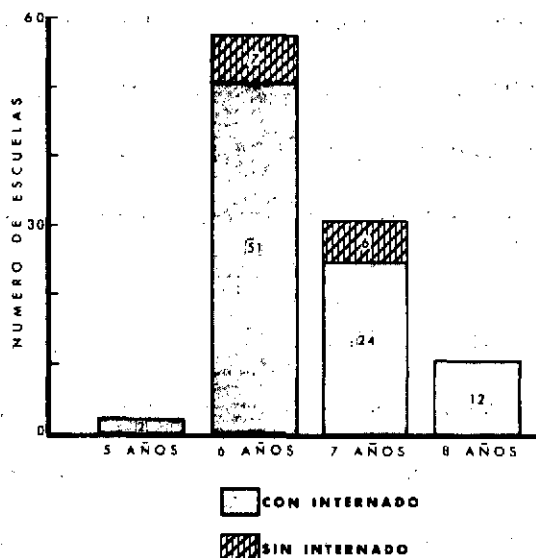
La duración de los estudios médicos no parece guardar relación con el número de horas del plan de estudios y, por lo tanto, es preciso considerar hasta qué grado un período prolongado de estudios médicos se debe a una dedicación parcial por parte de los profesores y de los alumnos o a métodos de enseñanza inadecuados.

No existe información suficiente que nos permita afirmar que los médicos formados con cursos de siete años son mejores que los formados en cursos de cuatro años. Asimismo es necesario determinar la influencia de un plan de estudio largo sobre el costo de la enseñanza y la relación que existe entre costo y el beneficio que se obtiene.

La duración total del período de estudios universitarios médicos, en América Latina, va de cinco a ocho años cuando se incluyen los estudios generales o pre-médicos obligatorios, los estudios médicos de pre-grado y el internado.

GRAFICA 9

EXISTENCIA DE INTERNADO Y DURACION DE LA CARRERA MEDICA  
EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA  
1967



\*Incluye estudios generales premedicos, sumados a los estudios medicos y el internado

Los resultados que registra la Gráfica 9 sugiere la necesidad de pensar sobre la conveniencia de añadir nuevos conocimientos, aumentando la duración de la carrera o, por el contrario, si se debe buscar soluciones diferentes tales como la planeación cuidadosa del curriculum, la introducción de nuevos métodos de administración escolar y el refinamiento de las técnicas de enseñanza.

#### 4. Estudiantes

A partir de fines de la Segunda Guerra Mundial se evidencia, en América Latina, un considerable aumento en la demanda por educación que no se había dado en ningún período anterior. Parte de este incremento se debe al aumento de la población y, en especial, a la valoración que la gente concede a la educación como uno de los pocos caminos abiertos para el ascenso social.

El ritmo de expansión del nivel educacional primario y secundario a excedido los cálculos más optimistas y, hoy día, como consecuencia de éste, se observa una presión social creciente sobre el sistema educacional superior. Tanta importancia se le asigna a la demanda por educación que los sistemas educacionales hoy en día son clasificados en abierto o cerrado, según el grado de permisividad que los caracteriza frente a esta presión creciente.

El análisis de las características de la población estudiantil adquiere, pues, por las circunstancias antes expuestas y por constituir uno de los insumos claves del sistema educacional especial importancia dentro del estudio de la educación médica en América Latina.

##### 4.1 Matriculados

En la última década el crecimiento de la población universitaria y de la educación superior, en América Latina, ha sobrepasado el crecimiento de su población y el incremento de la renta nacional produciendo, como consecuencia, inconsistencias entre tales sectores de la sociedad.

Durante el período de 1960-1966 el incremento de la matrícula universitaria y superior ha sido del 9,5% anual alcanzándose una inscripción de 878,900 estudiantes en 1966.<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso Socio-económico en América Latina, Séptimo Informe Anual, 1967.

Aun cuando la relación entre el número de estudiantes del nivel aludido con la población de 20 a 24 años de edad es todavía muy baja si se compara con la de los países altamente industrializados, la falta de desarrollo del sector económico a un ritmo similar y, por tanto, la no modificación del mercado de trabajo, está produciendo desempleo total o parcial en algunas ramas de profesionales. Parece más o menos evidente, entonces, que la simple aceptación de la demanda social por educación, lamentablemente no puede ser la única alternativa aconsejable en la planificación nacional de la educación, particularmente si no se tiene en cuenta la relación con el sector económico.

TABLA 4  
ESTUDIANTES MATRICULADOS EN 1967 EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA POR PAISES

PAIS	TOTAL
1. Argentina	27,790
2. Bolivia	2,179
3. Brasil	21,907
4. Colombia	3,572
5. Costa Rica	188
6. Cuba *	4,516
7. Chile	2,320
8. Ecuador	1,660
9. El Salvador	323
10. Guatemala	551
11. Haití	416
12. Honduras	176
13. Jamaica	372
14. México	20,127
15. Nicaragua	245
16. Panamá	148
17. Paraguay	272
18. Perú	2,580
19. República Dominicana	1,109
20. Surinam	59
21. Venezuela	5,491
22. Uruguay	2,244
TOTAL	<u>98,245</u>

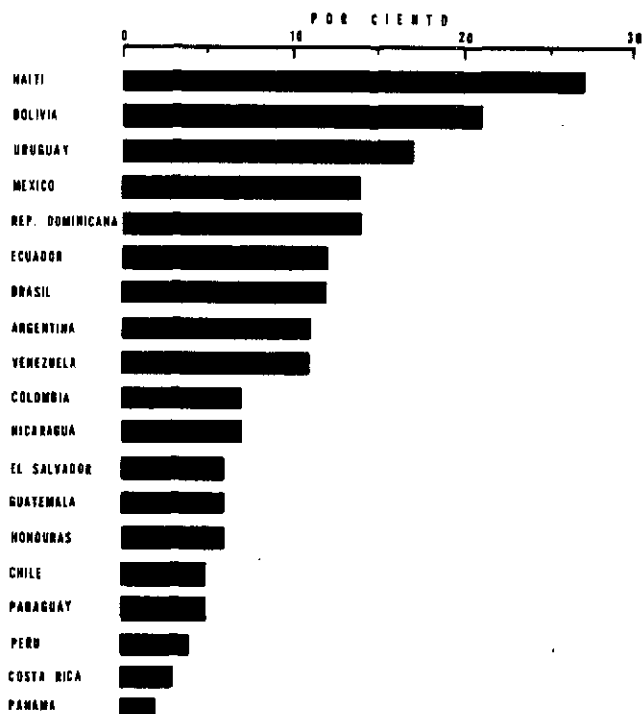
\* Año de información 1965

La falta de diversificación en el nivel universitario de muchos países ha llevado a una concentración en las carreras tradicionales y así, por ejemplo, en ocho de los 20 países de América Latina la carrera con mayor

número de estudiantes es Derecho. Los estudiantes de medicina representan el 11% del número total de estudiantes universitarios y de educación superior en América Latina.

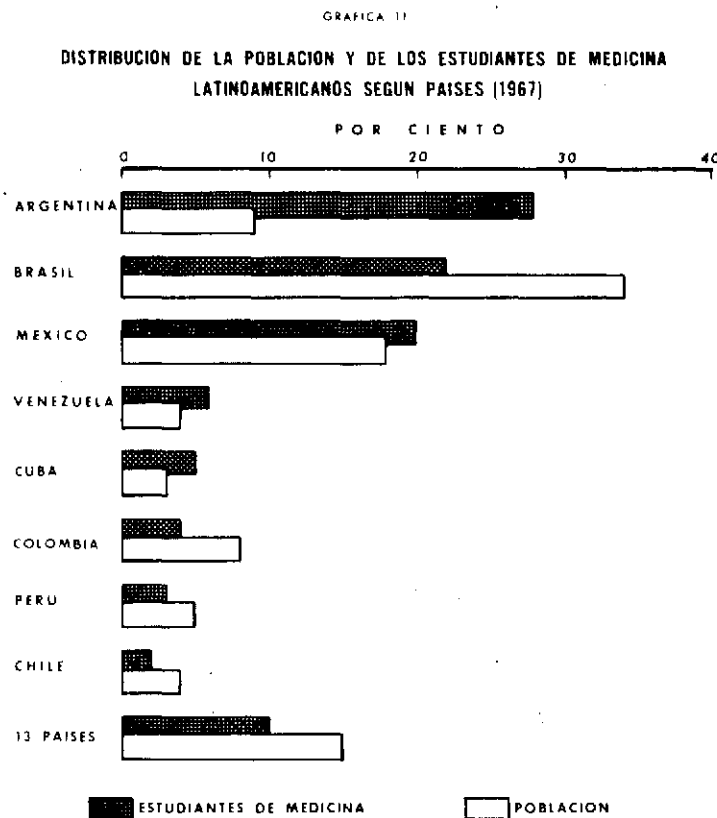
El porcentaje de estudiantes de medicina en relación al total de estudiantes universitarios varía considerablemente en los diferentes países a que nos estamos refiriendo y como puede notarse en la Gráfica 10 Bolivia y Haití tienen más de 20% de sus estudiantes universitarios inscritos en Medicina.

GRAFICA 10  
POR CIENTO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LOS MATRICULADOS  
EN LA UNIVERSIDAD Y ESTUDIOS SUPERIORES(1967)



Las diferencias que se anotan entre los países respecto de la proporción del alumnado en las diferentes escuelas es la resultante de diferentes factores, entre otros, de la mayor o menor diversificación de las carreras universitarias, de los sistemas de admisión vigentes en cada país y la ausencia de una política de ubicación del estudiantado, especialmente cuando no existe una orientación vocacional temprana.

Así, en algunos países las escuelas de medicina tienen examen de ingreso obligatorio y limitación de su matrícula en tanto otras carreras no utilizan tal sistema. En los países donde tales limitaciones no existen, como es el caso de Uruguay, la inscripción es más o menos circunstancial o el estudiante se inscribe en medicina porque ésta mantiene un alto prestigio social. Sabemos que la decisión de estudiar medicina está influenciada por factores muy alejados de las necesidades reales de la sociedad pudiendo observarse un evidente conflicto entre intereses individuales y colectivos o una falta de conciencia de la función social de las carreras universitarias. Las cifras nos indican, por lo tanto, la necesidad de realizar una planificación integral de la educación universitaria.





Otro hecho que llama la atención es la distribución de los estudiantes de medicina por países. Los estudiantes matriculados en tres países (Argentina, Brasil y México) representan el 76% del total de los estudiantes de medicina de la región sin que exista una relación estrecha entre la distribución de la población y de los estudiantes de medicina, como debería suceder si no actuaran sobre la distribución estudiantil por países factores de tipo económico y social.

#### 4.2 El Estudiante Irregular

El sistema educacional universitario y superior en América Latina se caracteriza por la existencia de diferentes tipos de matrícula de acuerdo al status del estudiante dentro del sistema, pudiendo distinguirse por lo menos cuatro tipos de registro:

a. Alumnos regulares: son estudiantes que cursan todas las materias del año escolar en que están inscritos por primera vez y han aprobado todas las materias de los cursos anteriores, si no son de primer año.

b. Alumnos repitentes: son estudiantes que repiten una o el total de las asignaturas de un año sin cursar otro año superior o materias de otro inferior si lo hay.

c. Alumnos condicionales: son aquellos estudiantes que cursan todas o algunas materias del año en el cual están inscritos, pero que no han aprobado el total de las materias del año anterior, pero no cursan simultáneamente materias de años anteriores.

d. Alumnos incompletos: son estimados aquellos alumnos que cursan algunas asignaturas del año en que se inscriben y asignaturas de otros años en forma simultánea.

Estos cuatro tipos no se encuentran en todas las escuelas de medicina , pero la mayoría consulta por lo menos tres de las categorías mencionadas. Las tres últimas categorías las agruparemos, para referirnos en adelante, bajo la denominación de estudiantes irregulares.

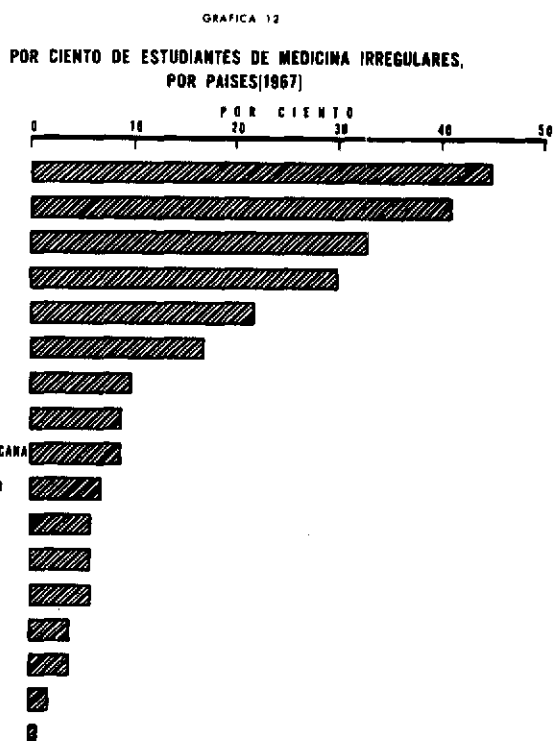
La existencia de esta irregularidad en la situación del estudiante, reflejada en el tipo de matrícula bajo el cual se inscribe, pareciera contradecir la concepción teórica del sistema universitario de América Latina el cual en esencia compone una carrera de varias asignaturas correspondientes a un año académico suponiendo que el paso de un año a otro requiera necesariamente la aprobación del anterior. En la realidad, el sistema es más flexible según se refleja en la aceptación de las categorías de estudiantes condicionales e incompletos, y la desviación de la concepción teórica del plan de estudios ha llevado a tomar diferentes medidas produciéndose en definitiva un sistema ecléctico o de transición. Así, en algunas escuelas de medicina la situación producida ha creado la necesidad de fijar ciertas limitaciones tales, como, por ejemplo, la exigencia de tener aprobadas todas las asignaturas de los años básicos para poder cursar los años clínicos o la obligación de tener aprobadas ciertas materias para poder cursar otras determinadas.

La irregularidad en el sistema, tal como la hemos definido anteriormente, nos produce una limitación metodológica pues estamos tomando como base los estudiantes matriculados en un momento determinado sin tomar en cuenta la variable tiempo.

La definición de irregularidad como una mayor duración de la carrera que la establecida por el plan de estudios deberá emplearse para analizar los egresados de las escuelas.

El porcentaje de irregularidad reflejado en los matriculados será menor que el que se obtendría en un estudio longitudinal ya que muchas escuelas permiten repetir un cursos más de una vez y/o abandonar los estudios por algún tiempo para retomarlos más tarde sin que este hecho se refleje en la matrícula. No obstante la consideración de la irregularidad reflejada en el tipo de matrícula sirve como una primera aproximación para juzgar la eficiencia interna del sistema educacional en medicina.

En 1967, en 17 países de América Latina, el 25% de los alumnos matriculados (22,547) lo eran en calidad de irregulares. Esta cifra, relativamente alta, está determinada por la gran cantidad de alumnos de tipo irregular que se registra en las escuelas de cinco países: Argentina, Bolivia, Guatemala, México y Venezuela. En 11 países, la irregularidad reflejada en la matrícula es inferior al 10%.



Diversos factores pueden influir, hipotéticamente, en las variaciones que se observan entre los países que nos preocupan, pudiendo anotarse, de manera general: el grado en que el plan de estudios requiere del estudiante una participación a tiempo completo; el grado de tolerancia del sistema de las escuelas en los diferentes países por la situación de estudiante irregular y factores de tipo puramente académicos.

En efecto, pareciera, según algunas investigaciones, que el estudiante con pocas obligaciones, no requerido a tiempo completo por sus estudios, tiende a buscar trabajo remunerado, aun cuando esta actividad extra-curricular no se derive de necesidades económicas, colocándose, en virtud de su trabajo, en situación de no poder presentarse a sus exámenes en tiempo debido y convirtiéndose, en definitiva, en estudiante irregular. En el estudio realizado por Ruth Sautu y Gino Germani<sup>1/</sup> se encontró correlación entre trabajo remunerado y situación de estudiante irregular, pero no se encontró correlación similar entre status de estudiante irregular y clase social.

Del mismo modo, pareciera que la tolerancia del sistema en cada escuela por la situación irregular, resulta en las diferencias que se observan, pues en algunas instituciones se permite la repetición de cursos diferentes o de un mismo curso más de una vez, en tanto que en otras escuelas solo se permite por una vez.

Entre los factores académicos aludidos podríamos indicar, por ejemplo, la gran cantidad de materias que deben ser aprobadas en un año o la dificultad de aprobar ciertas asignaturas que la escuela estima claves y las que, muchas veces, utiliza como elemento de selección.

Las consecuencias del sistema de estudiante irregular son conocidas, pudiendo clasificarse en:

---

<sup>1/</sup> Gino Germani y Ruth Sautu, Regularidad y Origen Social en los Estudiantes Universitarios, Colección Estructura, Buenos Aires, 1965.

a. Aquellas que rebajan la eficiencia del sistema, por el aumento de la duración de la carrera, el incremento del costo por alumno y la disminución de la calidad de la enseñanza debido al aumento del número de estudiantes por profesor.

b. Las que dicen relación con el plano individual del estudiante a quien se le crean frustraciones y gastos innecesarios.

Pareciera aconsejable que en los países que presentan un gran porcentaje de estudiantes en situación irregular se hiciera un estudio en profundidad de las causas y resultados del fenómeno de modo que, al tomar decisiones para corregirlo, se hiciera con una base de conocimiento y justicia.

#### 4.3 La Mujer como Estudiante de Medicina

El grado de participación de la mujer en la fuerza de trabajo ha sido considerada como un indicador de cambio social. Del mismo modo, podría reconocerse como indicador de ese cambio la participación de la mujer en la educación universitaria y en especial, en el estudio de la carrera de medicina.

El ejercicio de la carrera médica ha sido tradicionalmente visualizado, en América Latina, como un papel de carácter masculino así como la pedagogía se mira como una carrera apropiadamente femenina. Tales adscripciones de las carreras de ejercicio profesional al sexo está variando notable y rápidamente en algunos países a medida que las imágenes y la concepción del papel de la mujer en la sociedad se aleja de su definición y contenido tradicionales.

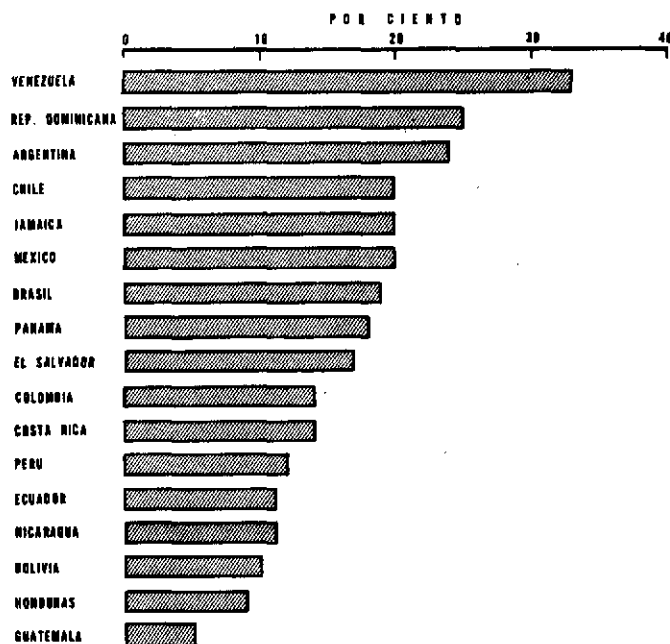
El incremento del elemento femenino como postulantes al ingreso en las escuelas de medicina ha llevado a algunos educadores médicos a sugerir su limitación dando como base para su postulación una supuesta

mayor irregularidad y deserción de la mujer en los estudios médicos. Hasta el momento no hay estudios especiales que confirmen tal supuesto y, por el contrario los datos que tenemos a nuestra disposición no confirmarían tales hipótesis. Así, la proporción de mujeres matriculadas como alumnos irregulares en 17 países de América Latina en 1967 es del 23%, cifra ligeramente inferior a la de los hombres inscritos en la misma condición.

Si consideramos que, salvo excepciones, en los países a que nos estamos refiriendo no existe limitación para que la mujer ingrese a la escuela de medicina, podríamos considerar que el número de mujeres matriculadas en esa, refleja, en cada país, la demanda efectiva de la mujer por la educación en medicina. Esta demanda ha tenido un incremento rápido en América Latina de modo que en 1967 el 21% de los matriculados eran mujeres.

GRAFICA 13

POR CIENTO DE MUJERES ESTUDIANDO MEDICINA, POR PAISES(1967)



La proporción del elemento femenino en las escuelas de medicina varía en forma notable de país a país dándose un rango que va desde el 33% de la matrícula en Venezuela a un 5% en Guatemala. En Cuba la proporción de mujeres estudiando medicina es mayor que en Venezuela.

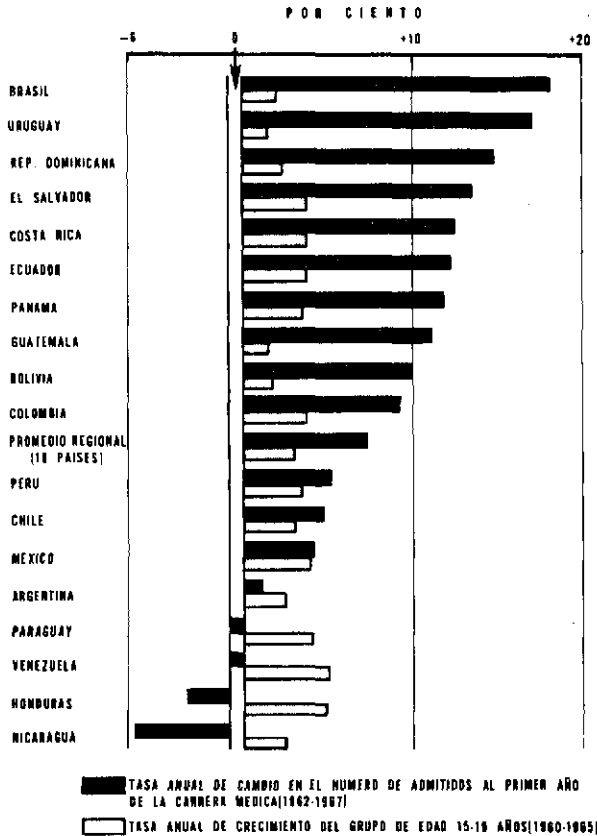
Del mismo modo que otras variables estudiadas en educación médica, la variación de la proporción de mujeres por países en las escuelas de medicina parece estar afectada por diferentes factores entre los que podemos mencionar el grado de urbanización del país y la magnitud del cambio social operado en los mismos, ambos a su vez, ligados a la liberalización del papel de la mujer en cuanto a elección ocupacional.

#### 4.4 El Incremento de Estudiantes Admitidos al Primer Año de Medicina.

El aumento anual del número de estudiantes ingresados al primer año de la carrera médica ha sido rápido durante el período 1962-1967 y la tasa anual de incremento de 7,4% representa un poco más del doble de la del grupo de edad 15-19 años que fue del 3% anual para el período 1960-1965.

Este crecimiento del número de matriculados en el primer año de medicina no ha sido homogéneo en América Latina pues, en cuatro países de los analizados, no alcanzó al promedio para la región, en dos países no hubo cambios y en otros dos el número de admitidos ha disminuido. Brasil alcanzó la cifra más alta de aumento con una tasa de 18% anual.

GRAFICA 14  
CAMBIO EN EL NUMERO DE ADMITIDOS AL PRIMER AÑO DE LA CARRERA  
MEDICA(1962-1967) COMPARADO CON EL CRECIMIENTO DEL GRUPO  
DE EDAD 15-19 AÑOS, POR PAISES



En 13 países de los 18 cuya información se analiza, el crecimiento del número de ingresados a las escuelas de medicina es superior al del grupo de edad 15-19 años y por el contrario en Argentina, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela, el aumento anual de ese grupo de edad ha sido superior al de alumnos admitidos al primer año de medicina. Este crecimiento menor puede ser, en algunos países el resultado de una política de restricción en el ingreso mientras que en otros, como en Argentina, la limitación en la matrícula se conjuga con una demanda inferior por los estudios médicos.

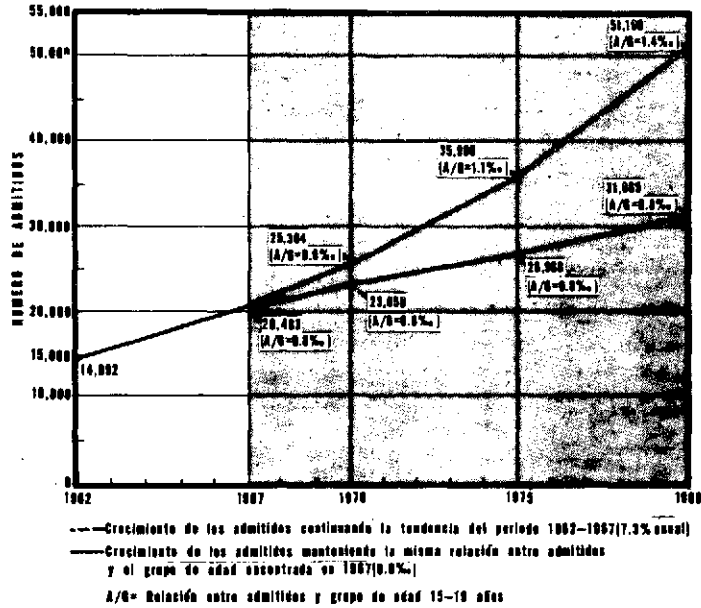
En Brasil el incremento rápido registrado de los matriculados en primer año ha sido acompañado por la creación de gran número de escuelas



de medicina, como lo hemos expresado en la primera parte de este informe y aun así el número promedio de alumnos inscritos por escuela ha aumentado. En otros países, en cambio, el incremento en el número de ingresados a las escuelas de medicina no ha ido acompañado por la creación de otros establecimientos ni por inversiones proporcionales en la ampliación de los recursos humanos y materiales de las escuelas ya existentes pudiendo preverse, como resultado de esta situación, un posible deterioro de la enseñanza en los primeros años, con repercusiones en la bondad de la docencia de los años clínicos en un futuro próximo. Este fenómeno no pareciera constituir un problema pasajero pues todo indica que el incremento observado seguirá produciéndose, debiendo tenerse en cuenta que si la tasa de aumento en el número de estudiantes admitidos al primer año de medicina del 7,3% se mantiene, en 1975 se alcanzaría aproximadamente a 36,000 implicando un aumento de casi el 80%. Idealmente tal expansión debería acompañarse con un incremento proporcional del cuerpo docente, meta difícil de lograr en ocho años. Aun cuando en la proyección se tomara en cuenta la relación encontrada entre el número de admitidos y el grupo de edad 15-19 años, en el año 1967, la magnitud del problema, aunque menor, no dejaría de ser importante, sobre todo si se considera que ya en la actualidad existe conciencia de que el sistema de enseñanza no es el más ideal en cuanto a calidad y cantidad de recursos humanos, financieros y materiales.

Todo esto señala que, especialmente aquellos países en los que se ha dado un incremento rápido e importante del número de ingresados a la escuela de medicina, deberán tomar medidas urgente, optando por alternativas que implican limitar la expansión del sistema mediante la selectividad o hacer las inversiones correspondientes a las necesidades creadas.

GRAFICA 15  
ESTIMACION DEL CRECIMIENTO DEL NUMERO DE ADMITIDOS POR PRIMERA VEZ A LA  
CARRERA MEDICA, SEGUN DOS ALTERNATIVAS  
(18 PAISES DE AMERICA LATINA)



#### 4.5 Postulantes para Ingresar a Medicina

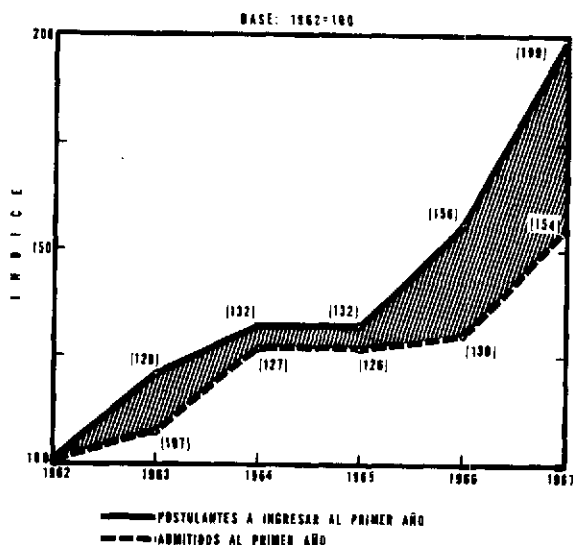
Una de las áreas donde, lamentablemente, la información es más escasa y no muy confiable es la referente al número de personas que postulan para el ingreso a la carrera médica. Dado que la mayoría de las escuelas de medicina tienen algún sistema o forma de selección o examen, existe una diferencia entre el número de aspirantes al ingreso y los que finalmente quedan aceptados para seguir estudios universitarios.

Solo fue posible, sin embargo, tener información de 11 países sobre cuyos datos se basa el análisis que se presenta, el cual podría generalizarse para el resto de latinoamérica. Los países no considerados son en su mayoría aquellos que han introducido en la educación superior

los llamados estudios generales, que dan opción para seguir varias carreras haciendo imposible conocer el total de los alumnos que originalmente aspiraron por la profesión médica.

En los países, cuyos datos se analizan, la tasa de crecimiento anual del número de postulantes ha sido mucho más alta que la de admisión. A nuestro juicio, el número de postulantes representaría la demanda social por esos estudios la que, en cierto modo no se está satisfaciendo si se tiene en cuenta que las cifras revelan que en 1967 de 57.390 aspirantes al ingreso, en 11 países latinoamericanos, solo fueron aceptados 14.963, es decir que 42.427 jóvenes deseosos de seguir tal carrera fueron rechazados. Aun cuando se sabe que en algunos países se dan inscripciones dobles, esta cifra todavía es muy alta.

GRAFICA 16  
COMPARACION ENTRE EL CRECIMIENTO DEL NUMERO DE POSTULANTES A  
INGRESAR AL PRIMER AÑO DE LA CARRERA MEDICA Y DE LOS ADMITIDOS  
(10 PAISES LATINOAMERICANOS)



Algunos educadores médicos ven en este fenómeno un hecho positivo pues estiman que habría mayores posibilidades de elegir para la carrera los mejores elementos, pero pareciera también de cierta evidencia, que tal predicamento es discutible si se piensa que hay conciencia de que los exámenes de ingreso no son siempre muy apropiados y que un número tan grande de personas rechazadas debe necesariamente dejar fuera gran cantidad de jóvenes de aptitudes iguales.

TABLA 5  
NUMERO DE POSTULANTES Y ADMITIDOS AL PRIMER AÑO DE LA CARRERA MEDICA

PAISES	Postulantes						Tasa anual de crecimiento %	Admitidos						Tasa anual de crecimiento %
	1962	1963	1964	1965	1966	1967		1962	1963	1964	1965	1966	1967	
Argentina	6030	6401	7210	8037	8697	7639	4,6	4557	4912	5569	5280	4836	4829	1,1
Bolivia	705	704	726	785	815	865	4,0	292	262	205	412	468	491	9,9
Brasil	15652	20643	21646	20245	23080	31260	13,3	2051	2354	3375	3323	3958	5419	18,0
Colombia	1882	2153	2526	2617	4240	5382	19,2	534	582	629	661	669	857	9,2
Chile	2164	1948	2315	2419	3144	6128	19,1	335	376	375	340	392	428	4,7
Ecuador	491	245*	256*	437	549	644	5,2	228	97*	119*	338	401	425	11,9
Jamaica	178	215	276	283	294	320	11,2	53	54	77	85	86	92	0,0
Paraguay	85	127	154	139	120	115	6,0	40	40	40	40	40	40	0,0
Rep. Dominicana	245	28	148	167	165	539	14,7	245	28	148	167	165	539	14,7
Uruguay	342	415	422	492	638	855	17,0	342	415	422	492	638	855	17,0
Venezuela	1175	1656	2202	2477	3317	3642	20,4	986	1071	1145	1079	1036	988	0,0
TOTAL	28949	34535	37881	38098	45059	57389	13,1	9663	10191	12104	12217	12689	14965	8,6

\* Información no obtenida para una escuela.

Considerado por países, la tasa de aumento del número de postulantes no ha sido en todos los casos mayor que la de admitidos. Así Bolivia, Brasil y Ecuador presentan una tasa de aumento de los postulantes inferior a la de admitidos a la carrera de medicina y en la República Dominicana y Uruguay no se da diferencia ya que no existe política de limitación.

Sin embargo, pareciera que la tendencia es el aumento y que la tasa inferior de aumento de postulantes a medicina en relación con los admitidos es, en los países en que se da, solo un fenómeno transitorio pues en Brasil, por ejemplo el incremento de postulantes ha sido considerable en los años 1967-1969. No se debe descartar la posibilidad de que el gran aumento de aspirantes en toda la región llegue a constituir un elemento de presión muy grande sobre el sistema educacional médico universitario en los próximos años y por lo tanto caben varias interrogantes:

a. ¿Significa este crecimiento en el número de postulantes a medicina un desequilibrio en las demandas de las carreras universitarias?

b. ¿Existe una buena orientación vocacional que pueda derivar tal demanda hacia otros intereses?

c. ¿Tiene el área médica una diversificación de campos, suficiente, que ofrecer al estudiantado?

El problema debe ser planteado a dos niveles:

1. Mayor diversificación en el nivel universitario, y
2. Mayor diversificación de la carrera de medicina, especialmente con carreras cortas.

La orientación vocacional es una posibilidad que se debe considerar para manipular la demanda social de estudios, orientándola hacia aquellos sectores y áreas de problemas y conocimiento que son más pertinentes y necesarias.

La decisión de seguir medicina es un proceso que tiene por lo menos tres etapas: pensar seguir medicina; decidirlo en definitiva; e ingresar a la carrera.

Los resultados de investigaciones en diferentes contextos parecieran revelar que el momento de cada fase es el mismo en todas partes permitiendo generalizar al respecto y, por lo tanto, la acción orientadora debería iniciarse al comienzo de los estudios medios etapa en la que el estudiante piensa y formula sus deseos de seguir medicina. Efectivamente en la investigación sobre los estudiantes de las Facultades de Medicina de la Universidad del Nordeste (Argentina) y de la Universidad de El Salvador (San Salvador) se encontró que el promedio de los alumnos pensaron en seguir medicina entre los 13 y los 14 años.

TABLA 6

ETAPAS DE LA DECISION DE SEGUIR MEDICINA EN ALUMNOS DE DOS ESCUELAS DE AMÉRICA LATINA

Decisión de seguir medicina	<u>Escuelas de Medicina</u>			
	<u>Univ. del Nordeste</u> (Argentina)		<u>Univ. de El Salvador</u> (El Salvador)	
	Edad Pro-medio	Desviación estandard	Edad Pro-medio	Desviación estandard
1. Pensar por primera vez	13.7	3.4	13.6	3.1
2. Decidir definitivamente	16.8	2.4	16.5	2.2
3. Ingresar a la carrera	18.4	2.1	19.0	1.9

## 5. Graduados

La determinación de la cantidad y calidad de médicos que se necesitan en un país, a corto y largo plazo, es un eslabón que une la planificación de la educación médica y la del sector salud.

Lamentablemente, no existe consenso sobre el concepto de demanda futura y de la mejor metodología para estimarla. Algunas de las razones que explican tal falta de consenso son la ambigüedad existente en la definición de las funciones que deberían desempeñar cada uno de los miembros del equipo de salud y la dificultad en determinar con cierta precisión la demanda futura por atención médica de la población latinoamericana.

Se pueden citar diferentes métodos<sup>1/</sup> para llegar a establecer en forma aproximada el número necesario de médicos, tales como:

a. El uso de las tendencias del pasado como una forma de estimar los requerimientos futuros. Este procedimiento consiste en extrapolar las tendencias del crecimiento en el número de médicos durante un período prolongado y correlacionarlo con el crecimiento de la población, del ingreso bruto nacional y de la producción. La línea de regresión así obtenida se usa para proyectar demandas futuras. Las críticas a esta metodología se centran en la dificultad de obtener información confiable y en la noción de que el futuro, en los países en vías de desarrollo, debería ser diferente del pasado.

b. El análisis de las posibilidades de trabajo en el mercado: este sistema vincula la planificación de la educación médica con la planificación económica y, generalmente, impone severas restricciones al número de profesionales que se gradúan en el ramo. Estas restricciones se basan, especialmente en América Latina, en la asincronía producida por un crecimiento acelerado del sistema educacional médico y un ritmo de expansión más lento en las oportunidades de empleo. Sin embargo, algunos críticos de este método

<sup>1/</sup> Frederick Harbison y Charles A. Myers, Education, Manpower and Economic Growth, McGraw-Hill Company, New York, 1964

apuntan que la falta de información suficiente impide establecer con precisión el grado de saturación del mercado, en especial, en aquellos países donde predomina el sector privado sobre el estatal en materia de atención médica de la población, sosteniendo, además que la incorporación rápida de grandes masas de esta población, hoy día marginadas de la participación en el uso de ciertos servicios crearía una demanda insospechada.

La discusión se mantiene hasta ahora, por lo menos en América Latina, a nivel teórico con un relativo consenso respecto de la necesidad de estudiar mejor las ventajas y limitaciones de tal sistema y pareciendo, en todo caso, que no conviene ajustarse tan rígidamente a las demandas económicas para establecer el número de médicos que deberían graduarse anualmente sin tener certeza sobre el futuro del mercado de empleo.

c. El método del establecimiento de objetivos sociales que se basa en la identificación de las deficiencias del sistema educacional y proyecta las necesidades futuras de acuerdo al crecimiento estimado de la población y de la demanda de la población por educación médica. El número de médicos necesarios a largo plazo se determina escogiendo la cifra alcanzada por países cuyo desarrollo social se considera deseable. Probablemente la relación de 1 médico por cada 1,000 habitantes, considerada como meta ideal por muchos países de la América Latina, tenga su origen en un enfoque semejante al aquí analizado.

Una de las dificultades en la aplicación de esta metodología se encuentra en la falta de correlación con la planificación económica y, en consecuencia, con los planes nacionales de salud. Es por esta particular situación que los clásicos índices que relacionan el número de médicos con el número de habitantes pareciera haber perdido el sentido de meta que se le asignaba hasta hace poco.



d. Análisis de las metas de los planes nacionales del sector salud: los planes nacionales determinan ciertas prioridades y dirigen las inversiones hacia ciertos sectores pudiendo alterar el mercado de trabajo como resultado de sus exigencias para alcanzar las metas propuestas. En todo caso la necesidad de recursos humanos dependerá del sistema de atención médica que se adopte y hoy en día asistimos a cambios fundamentales en la concepción de dichos sistemas, cambios nacidos de la creciente conciencia de la imposibilidad de formar los médicos necesarios para sostener un sistema que mantenga la definición tradicional de su papel. Así experimentos en delegación de funciones en otro tipo de profesionales o personal, podrían hacer cambiar considerablemente la demanda de médicos.

Actualmente, la educación médica en América Latina aparece divorciada tanto del sistema económico como de la planificación del sector salud en lo que al número anual de graduados se refiere. Generalmente el número de graduados anual resulta de la demanda por la educación médica y el juego de las condiciones internas del sistema educacional, básicamente financieras. Salvo contadas excepciones no existe una planificación respecto del número de graduados que se requiere anualmente sobre la base de las necesidades que impone un plan de salud.

En América Latina debemos diferenciar entre egresados y graduados. Alumno egresado es aquel que ha cursado y aprobado todas las asignaturas requeridas por el plan de estudios y graduado es aquel que habiendo completado tales exigencias ha cumplido, además, otros requisitos que lo habilitan para obtener su diploma o título.

Los requisitos para obtener tal diploma o título pueden ser: un examen profesional; la presentación y defensa de una tesis o la prestación de ciertos servicios al país tales como, por ejemplo, el ejercicio médico rural.

En 20 países de la América Latina el número de médicos graduados fue de 9.455 en 1967, de los cuales el 70% correspondía a tres países: Argentina, Brasil y México.

TABLA 7  
América Latina: Médicos Graduados por Países

PAIS	GRADUADOS					Tasa anual de crecimiento
	1963	1964	1965	1966	1967	
Argentina	1947	2202	2282	1873	2569	6,8%
Bolivia	95	93	104	129	125	5,4%
Brasil	1582	1567	1784	1550	2046	6,3%
Chile	233	236	228	225	233	0,0%
Colombia	439	393	473	392	353	-5,3%
Costa Rica	*	*	11	14	15	--
Cuba	334	312	395	400	453	4,3%
Ecuador	83	115	146	150	183	18,7%
El Salvador	40	50	39	37	40	0,0%
Guatemala	89	89	63	74	55	-11,1%
Haití	**	**	**	**	**	--
Honduras ***	26	22	29	42	82	25,9%
Jamaica	32	31	35	34	60	15,2%
México	1059	1055	1471	1439	1957	14,8%
Nicaragua	38	18	42	60	49	4,6%
Panamá	18	21	25	19	*	--
Paraguay	47	**	**	**	47	0,0%
Perú	257	293	420	293	326	5,8%
Rep. Dominicana	88	84	14	76	204	19,8%
Uruguay	127	129	178	159	234	14,4%
Venezuela	369	401	397	425	477	6,3%
TOTAL	6903	7111	8136	7346	9455	7,8%

\* No graduados

\*\* Información no obtenida

\*\*\*En 1967 se graduaron gran cantidad de antiguos egresados

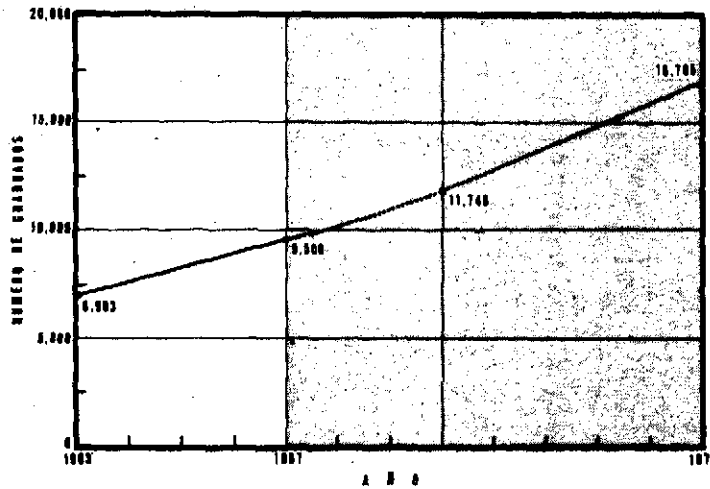
El crecimiento del número de graduados fue de 7,8% anual en América Latina para el período comprendido entre 1963 y 1967, cifra superior al crecimiento de la población para dicho lapso. No todos los países han experimentado un incremento de los graduados y por el contrario, algunos han sufrido una disminución acentuada. Países como Chile, Colombia y Paraguay en los que se verifica un incremento de la tasa de graduados tienen, además, una cifra relativamente baja de médicos por habitante, mientras en otros países, como en Argentina y Uruguay, con cifras superiores a 11 médicos por 10,000 habitantes, el número de graduados ha continuado creciendo. Esta paradoja se explica por el tipo de política que sobre ingreso, han adoptado los países. Así, como se ha señalado anteriormente, Chile, Colombia y Paraguay, entre otros, se han decidido por una limitación rigurosa en el ingreso desde hace más de 20 años.

La situación descrita más arriba, de países con un número bajo de médicos por habitantes y con la perspectiva de que dicha relación no se modifique, debería llevar a un cambio sustancial del sistema de atención médica y, por consiguiente, a una modificación de la planificación de los recursos humanos para la salud. Así en algunos de los países anteriormente mencionados se está experimentando con miras a que los médicos deleguen parte de sus responsabilidades en el personal llamado subprofesional, y se espera que con estas medidas disminuya la necesidad de formar mayor número de médicos. Este modelo de atención médica requiere de un aumento del personal llamado subprofesional que, sin duda, es de formación más rápida y económica.

Por último debemos anotar que las proyecciones de graduados para los próximos años en América Latina indica un aumento sustancial en el número absoluto de graduados, pero tal aumento será insuficiente para alterar en forma significativa la relación médico-habitantes.

GRAFICA 17

ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS GRADUADOS  
(20 PAISES DE AMERICA LATINA)



-----ESTIMACION SEGUN LA TENDENCIA DEL CRECIMIENTO ANUAL DE LOS ADMITIDOS AL PRIMER AÑO DURANTE 1962-1967(7.2% ANUAL)

## 6. El Cuerpo Docente

Los profesores constituyen dentro de las escuelas de medicina el grupo permanente de mayor prestigio y, por consiguiente, son quienes imprimen a la carrera médica sus rasgos sobresalientes.

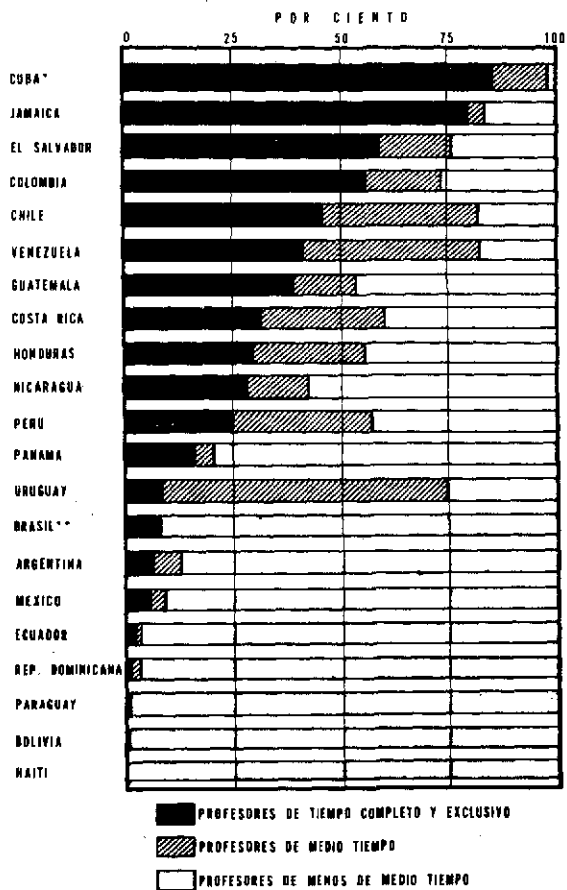
En 1967, en las 102 escuelas de medicina latinoamericanas con cursos completos, 18,310 profesores prestaban servicios.

El tiempo dedicado a la docencia por los profesores es uno de los factores que tienen mayor influencia en las características del sistema educacional médico. Por lo tanto esta dedicación ha sido un área destacada en todo análisis hecho de la educación médica, ya que se considera esencial para la calidad de la enseñanza. En este sentido la mayoría de las escuelas de la región han aumentado, durante los últimos años, el número de sus profesores con dedicación exclusiva y tiempo completo, pero la proporción alcanzada está, todavía, muy lejos de los niveles que se consideran ideales. Una de las razones que impiden alcanzar tal nivel es que, el trabajo universitario en América Latina se percibe como de alto prestigio y bajo ingreso, por lo que se desempeña como adicional al ejercicio profesional.

Del total de los profesores incluidos en el análisis se encontró que el 18.2% desempeñaban su cargo a tiempo completo, algunos de los cuales trabajan con dedicación exclusiva, dedicando más de 36 horas semanales a esta actividad; el 13.4% dedicaban entre 20 a 35 horas a la semana y el 68.4% ocupaban cargos con menos de 19 horas a la semana. Por lo tanto, estos hallazgos confirman el predominio de los profesores de las escuelas de medicina, cuyo interés central no está en las actividades docentes.

GRAFICA 18

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PROFESORES DE MEDICINA DE AMERICA LATINA, SEGUN DEDICACION (ESCUELAS CON CURSO COMPLETO) 1967



\*Información para el año de 1965  
 \*\*Incluye únicamente 24 de las 31 escuelas con curso completo

Analizando la situación por países se observa un amplio rango de variación con respecto al tiempo dedicado al desempeño del cargo de profesor en la escuela de medicina. El porcentaje de profesores a tiempo completo va de 0 a 80% encontrándose en un extremo del continuo Cuba y Jamaica con más de 70% de profesores a tiempo completo y en el extremo opuesto Haití donde no hay ningún profesor desempeñándose en esas condiciones.

TABLA 8

ESTUDIANTES Y PROFESORES A TIEMPO COMPLETO Y EXCLUSIVO EN  
LAS ESCUELAS CON CURSO COMPLETO EN AMERICA LATINA  
1 9 6 7

Pais	Estudiantes	Profesores a tiempo completo y exclusivo	Relación
Argentina	27,790	182	152.6
Bolivia	2,179	1	2179.0
Brasil *	12,529	279	44.9
Chile **	2,293	593	3.8
Colombia	3,174	717	4.4
Costa Rica	188	19	9.8
Cuba ***	4,516	177	25.5
Rep. Dominicana	1,109	1	1109.0
Ecuador	1,660	8	207.0
El Salvador	323	63	5.1
Guatemala	551	61	9.0
Haití	416	0	--
Honduras	176	27	6.5
Jamaica	372	63	5.9
México **	20,127	219	91.9
Nicaragua	245	22	11.0
Panamá	148	10	14.8
Paraguay	272	3	90.6
Perú	2,580	330	7.8
Uruguay	2,244	33	101.3
Venezuela	5,491	523	10.4
TOTAL	88,383	3,330	26.5

\* Incluye solamente 24 de las 31 escuelas con curso completo.

\*\* Incluyen una escuela con curso incompleto cuyos alumnos completan su formación clínica en otras escuelas.

\*\*\* Información para el año de 1965.

La relación para América Latina entre el número de profesores a tiempo completo y el número de estudiantes de medicina es de 1 a 26.

La relación alta de profesores a tiempo completo por estudiantes se encuentra en Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Honduras y la más baja en Argentina, Bolivia, Ecuador, México, República Dominicana y Uruguay.

Cualquier reforma del sistema de enseñanza médica necesitaría contemplar el aumento de profesores a tiempo completo por estudiante siendo esta tarea, en algunos países difícil y a largo plazo. En tanto, sin

embargo, podrían buscarse soluciones alternativas entre las que puede señalarse una mejor distribución del tiempo dedicado por los profesores, durante el año escolar.

## 7. Financiamiento

Entendemos por financiamiento de la educación médica al conjunto de aportes monetarios necesarios para hacer frente a los gastos del sistema educacional médico. El presupuesto de la Escuela de Medicina empleado para analizar el financiamiento de la educación médica, es la expresión concreta de los planes de finanzas y es comúnmente el resultado de un ajuste de los gastos previstos y los ingresos disponibles para cada ejercicio fiscal.

El estudio del financiamiento de las escuelas de medicina ofrece ciertas dificultades entre las que podemos anotar la falta de información, debido a que algunas escuelas no administran directamente su presupuesto, y la diversidad de formas en que se presentan los informes financieros. No existe tampoco consenso sobre los ítems y lo que debe considerarse gastos de la educación.

El financiamiento de las escuelas de medicina latinoamericanas, al igual que para las universidades e institutos de educación superior, proviene fundamentalmente del sector público. Efectivamente, en el 72% de las 135 escuelas existentes en 1967, la fuente de financiamiento fue el Estado.

Para analizar las finanzas de las escuelas de medicina con un mayor grado de profundidad se dispuso de información para el año 1967 sobre 72 escuelas que tenían cursos completos.

### 7.1 Gastos de la Escuela de Medicina

Consideramos como gastos de la escuela de medicina al presupuesto ejecutado por ella en un período determinado.



Para este estudio se siguieron las siguientes premisas:

a. En lo posible se excluyó la parte de presupuesto dedicado a funciones asistenciales relacionadas con la docencia;

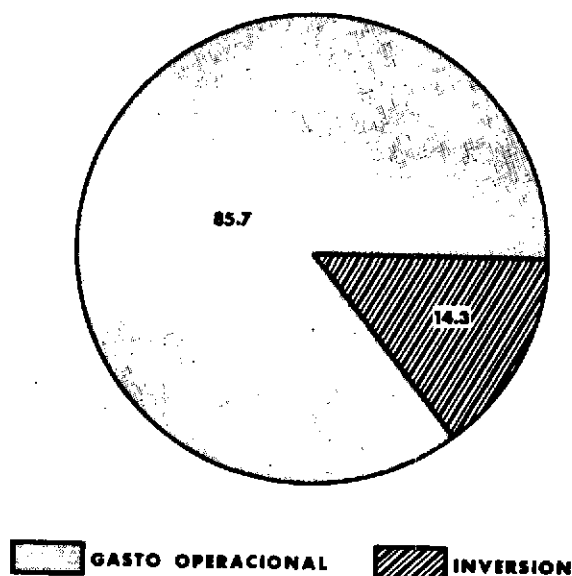
b. No se incluyó la porción proporcional a las escuelas de medicina de los gastos generales de la institución de enseñanza superior a que pertenece;

c. No se incluyeron gastos cubiertos con fondos extra-presupuestales.

En el análisis del gasto de la escuela se consideran dos grandes áreas: los gastos operacionales o de funcionamiento y las inversiones. El monto total gastado en 72 escuelas, en el año 1967 fue de 59,425,705 dólares, de los cuales el 86% representaban gastos operacionales y el 14% inversiones.

GRAFICA 19

**MONTO DEL GASTO DIRECTO DE 72 ESCUELAS DE MEDICINA  
DE 17 PAISES DE AMERICA LATINA, 1967**

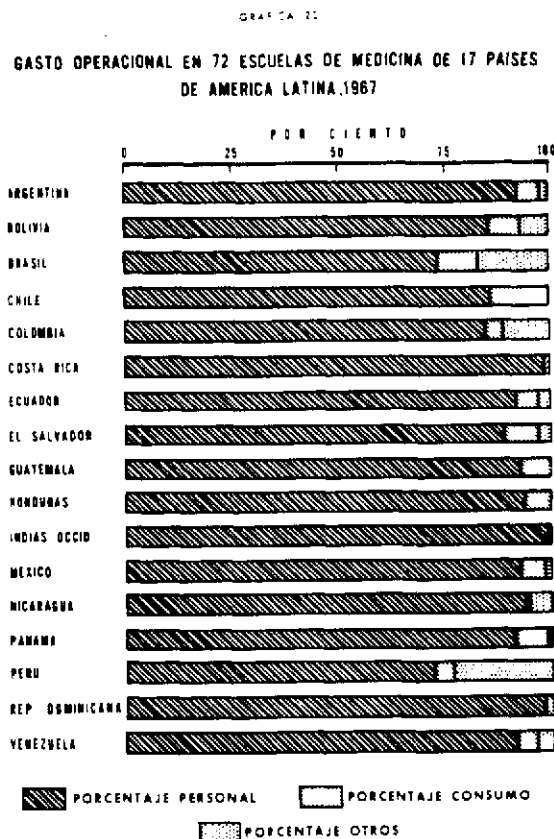


## 7.2 Gastos Operacionales

Los gastos operacionales incluyen salarios y prestaciones sociales del personal docente y administrativo, el material de consumo, los gastos de mantenimiento y otros tales como becas, viáticos y gastos de publicaciones. El gasto operacional se elevó en las 72 escuelas a 50,947,222 dólares, correspondiendo el 86% de esta cifra al pago de personal docente y administrativo.

Aunque el pago al personal docente absorbe la casi totalidad del presupuesto, la remuneración al profesor es, en la mayoría de los países latinoamericanos, baja si se la compara con los ingresos obtenidos en la práctica privada.

Un incremento de los salarios debería ir acompañado por un uso más eficiente del tiempo que el profesor dedica a la docencia y por una diferenciación mayor entre la remuneración dada al profesor de tiempo completo y la del profesor a tiempo parcial.

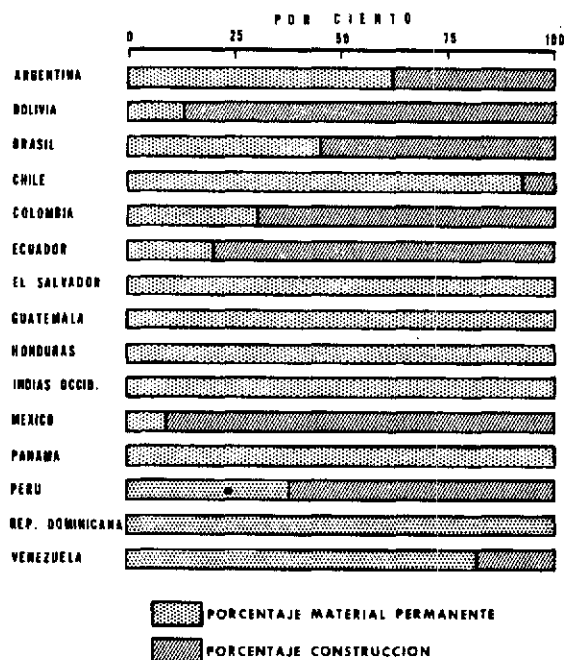


### 7.3 Inversiones

Las inversiones, es decir el gasto dedicado a la adquisición de material permanente y construcción, ascendió a 8,478,483 dólares en 1967 en las 72 escuelas analizadas.

La proporción destinada a construcción fue mayor en las escuelas de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú, mientras la destinada a la adquisición de equipo y material permanente fue mayor en Argentina, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

GRAFICA 21  
INVERSIONES EN 72 ESCUELAS DE MEDICINA DE 17 PAISES DE AMERICA LATINA, 1967



### 7.4 Costo Anual por Alumno

El costo anual por alumno se ha calculado dividiendo el monto del gasto operacional más el 10% de las inversiones entre el número total de alumnos. La adición del 10% de las inversiones se ha hecho para incorporar

al costo anual por alumno la depreciación de los bienes materiales adquiridos durante ese año, partiendo del criterio de que los mismos sufren una desvalorización total en un período de 10 años.

TABLA No. 9

COSTO ALUMNO-ANO EN 72 ESCUELAS DE MEDICINA EN AMERICA LATINA

1 9 6 7

P A I S	GASTO (1) EUA Dols.	NUM. DE ALUMNOS	COSTO ALUMNO-ANO
Argentina	9,004,493.40	25,721	350.08
Bolivia	375,431.88	2,179	172.29
Brasil	10,803,846.95	8,928	1,210.10
Chile	6,448,657.32	2,159	2,986.87
Colombia	2,461,846.16	2,941	837.07
Costa Rica	272,972.21	184	1,483.54
Ecuador	292,907.70	1,660	176.45
El Salvador	582,321.92	323	1,802.85
Guatemala	309,465.54	551	561.64
Honduras	137,567.58	176	781.63
Indias Occidentales	1,397,448.47	381	3,667.84
México	4,075,352.10	16,287	250.22
Nicaragua	246,969.20	245	1,008.03
Panamá	309,425.00	148	2,090.70
Perú	4,124,034.84	2,310	1,785.29
República Dominicana	769,808.00	1,009	753.03
Venezuela	9,996,344.44	4,927	2,028.89

(1) Computado sumando los gastos operacionales más el 10% de las inversiones.

El costo anual por alumno, promedio de las 72 escuelas fue de 1,340 dólares. El costo más elevado fue el de la Escuela de Medicina de Jamaica con 3,667 dólares y el más bajo el de las Escuelas de Bolivia con 125 dólares. Es notable la gran diferencia encontrada entre los valores extremos que seguramente reflejan diversidad en el número y dedicación de los profesores. Efectivamente, las escuelas con un costo por alumno alto tienen mayor número de profesores a tiempo completo y a medio tiempo que las escuelas con un costo anual bajo.

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XIX Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-October 1969

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XXI Reunión

Tema 25 del proyecto de programa

CD19/16, ADD. (Esp.)  
23 septiembre 1969  
ORIGINAL: INGLES

EDUCACION MEDICA

FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA  
FUNDACION PANAMERICANA DE LA SALUD Y EDUCACION

INTRODUCCION

Este Addendum al Documento CD19/16 (Tema 25 del proyecto de programa) tiene por objeto facilitar la información más reciente acerca del apoyo financiero destinado al Programa de Libros de Texto para Estudiantes de Medicina. Se recordará que un elemento esencial para la aplicación de dicho Programa fue la creación de un fondo rotatorio a fin de contar con capital de trabajo para la compra de libros y actividades conexas mientras se obtuvieran ingresos de la venta de estos libros. Con tal finalidad, se entablaron negociaciones con el Banco Interamericano de Desarrollo para obtener un préstamo. Los Cuerpos Directivos han expresado reiteradamente su interés en el Programa de Libros de Texto y apoyo al mismo y han pedido al Director que prosiga sus gestiones para obtener apoyo financiero, con especial referencia a sus negociaciones con el BID (Resolución XV de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1966; Resolución XIX de la 56a Reunión del Comité Ejecutivo, mayo de 1967; y Resolución XXI, aprobada por el Consejo Directivo en su XVII Reunión, en 1967).

APLICACION GRADUAL - NEGOCIACIONES CON EL BID

A fin de demostrar la factibilidad del Programa y avanzar hacia la consecución de sus objetivos, la Organización ha iniciado la aplicación gradual del Programa con los fondos existentes, sobre todo los disponibles en el Fondo Especial para el Fomento de la Salud. Esta decisión se basa en las recomendaciones y autorizaciones formuladas por el Comité Ejecutivo en

su 56a Reunión y por el Consejo Directivo en su XVII Reunión en las resoluciones antes mencionadas. Debido al creciente interés de los Gobiernos y a la demostrada factibilidad del programa, las negociaciones con el BID han progresado favorablemente y hay motivos para creer que se aprobará la concesión de un préstamo en el futuro próximo.

#### FUNDACION PANAMERICANA DE LA SALUD Y EDUCACION

Aunque, al parecer, el BID examina con criterio favorable el financiamiento del Programa de Libros de Texto, la OPS no puede recibir un préstamo ya que en la política del Banco no se prevé la concesión de préstamos a otras organizaciones intergubernamentales. En cambio, una fundación entre cuyos objetivos figura el fomento de la educación médica reunirá las condiciones para obtenerlo. Con esta finalidad, así como para lograr el objetivo más amplio de apoyar las actividades de salud y educación en las Américas, se propone que se vigorice la labor de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. La Fundación solicitaría del Banco un préstamo para el Programa de Libros de Texto, el que se llevaría a cabo como proyecto conjunto de la Fundación y de la OPS.

Se acompaña, como Anexo, una copia de la Escritura de Constitución de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, organización sin fines de lucro incorporada en el Distrito de Columbia de los Estados Unidos de América. A los efectos de vigorizar la Fundación, los incorporadores designarán a los Fideicomisarios iniciales, quienes aprobarán una serie de estatutos. El propósito es ampliar luego la composición de la Junta de Fideicomisarios con la inclusión de destacadas personalidades de las Américas.

La relación entre la Fundación y la Organización Panamericana de la Salud se establecerá en un acuerdo general en el que se garantizará que las actividades de la Fundación serán compatibles con la política de la OPS. Los proyectos conjuntos, tales como el Programa de Libros de Texto, serán objeto de un plan de acción convenido en el que se establezcan los objetivos, método de ejecución, responsabilidad ejecutiva y las obligaciones financieras respectivas.

Se invita al Consejo Directivo a examinar la función esencial que corresponde a la Fundación en el Programa de Libros de Texto, con el fin de obtener apoyo y aprobación para vigorizarla.

#### FINANCIAMIENTO INTERMEDIO

Mientras se aprueba la concesión de un préstamo para financiar el Programa de Libros de Texto, la Organización desea continuar llevándolo a la

práctica en forma gradual. Es posible que se necesiten fondos adicionales para financiar la compra de libros mientras se obtienen ingresos de su venta. Con este propósito, se invita al Consejo Directivo a estudiar la conveniencia de autorizar al Director, a reserva de la aprobación del Comité Ejecutivo en casos específicos, para efectuar anticipos provisionales del Fondo de Trabajo con el fin de adquirir libros. Dichos anticipos, en la medida en que se necesiten y sean aprobados por el Comité Ejecutivo, se efectuarán en los períodos de menor presión sobre el Fondo de Trabajo y serán reembolsados en el mes de junio a más tardar, cuando el Fondo de Trabajo suele encontrarse en su más bajo nivel.

Anexo

ESCRITURA DE CONSTITUCION  
DE LA  
FUNDACION PANAMERICANA DE LA SALUD Y EDUCACION

Nosotros, los abajo firmantes personas naturales de veintiún años de edad o más, actuando en calidad de incorporadores de una corporación adoptamos la siguiente Escritura de Constitución en nombre de dicha corporación, de conformidad con la ley de corporaciones sin fines de lucro del Distrito de Columbia:

PRIMERO: El nombre de la corporación es Fundación Panamericana de la Salud y Educación.

SEGUNDO: El período de duración es perpetuo.

TERCERO: Los propósitos de esta corporación serán exclusivamente benéficos, científicos y educativos y mediante ellos, se impulsarán los objetivos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud. En la consecución de estos objetivos, la corporación está autorizada para realizar las actividades siguientes y participar en ellas:

a) Promover y estimular actividades para combatir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental de los pueblos, especialmente en los países del Hemisferio Occidental.

b) Planear, promover, estimular, ayudar y facilitar el mejoramiento y ampliación de los servicios de atención médica y de salud, la ampliación de los servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento y el mejoramiento del nivel de nutrición de los pueblos.

c) Promover e impulsar la educación y adiestramiento de personal de salud de todos los niveles mediante la ampliación de los servicios educativos, la adopción de técnicas modernas de pedagogía, el aumento de personal docente y el empleo de libros, equipo y otros suministros y material de enseñanza, y cooperar en estas actividades.

d) Impulsar y estimular las investigaciones, incluso el adiestramiento de personal de investigación y la creación y mejoramiento de centros de investigación, y cooperar en estas actividades.

e) Examinar y, en caso necesario, impulsar y realizar proyectos y programas benéficos, científicos y educativos que puedan ser financiados por organizaciones o grupos interesados en fomentar la salud, la educación y el bienestar, y participar en dichos proyectos y programas.



f) Aceptar, mantener, administrar, invertir y reinvertir, así como desembolsar con tales fines, los fondos que de vez en cuando le conceda alguna persona o corporación o algunas personas o corporaciones. Queda expresamente autorizada para crear y mantener fondos de dotación con el fin de alcanzar sus objetivos y propósitos, siempre que ninguna parte de los ingresos netos de dicho fondo o dichos fondos se destinen al beneficio de cualquier accionista particular o persona y ninguna parte importante de las actividades de esta corporación consistirá en hacer propaganda o, de otro modo, en tratar de influir en la legislación.

g) Realizar todas aquellas gestiones que puedan ser necesarias y útiles para cumplir los objetivos antes mencionados, realizarlos y cumplirlos ya sea por sí sola o en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud y otras entidades, sociedades e instituciones organizadas y dirigidas con fines religiosos, benéficos, literarios, científicos y educativos. Todos los bienes e ingresos netos se utilizarán exclusivamente para los fines antes mencionados, incluso el pago de gastos incidentales relacionados con ellos, y ninguna parte de los ingresos netos o propiedad de la corporación se destinará al beneficio de algún miembro en particular, director, fideicomisario o persona. En el caso de disolución, todos los bienes restantes de la corporación serán distribuidos sólo con fines benéficos, científicos y educativos.

h) La corporación estará facultada y autorizada para recibir, comprar, prometer, hipotecar, gravar, vender, alquilar y adquirir por legado, legado de bienes raíces, donativo, compra o arrendamiento, ya sea absolutamente o en fideicomiso, para los fines y propósitos antes expresados o cualquiera de ellos, cualquier propiedad real, personal o mixta, sin limitaciones en cuanto a cantidad o valor, excepto aquellas limitaciones, si las hubiere, que imponga la ley; retener, usar, alquilar, prometer, hipotecar, gravar, vender, transferir, enajenar, invertir y reinvertir dicha propiedad y administrar, reunir, ampliar y desembolsar los ingresos y el capital derivados de ella exclusivamente para cualquiera de dichos propósitos sin limitación excepto aquella, si la hubiere, que pueda figurar en el instrumento en virtud del cual se reciba dicha propiedad; recibir cualquier propiedad, real, personal o mixta, en fideicomiso en virtud de los términos de cualquier testamento, escritura de fideicomiso u otro instrumento de fideicomiso exclusivamente para los fines precedentes o cualquiera de ellos y, al administrar la misma, cumplir las instrucciones y ejercer las facultades establecidas en el instrumento de fideicomiso en virtud del cual se recibe la propiedad, incluso la inversión del capital y de los ingresos para uno o más de los fines autorizados o indicados en el instrumento de fideicomiso en virtud

del cual se recibe; comprar, recibir, obtener el título correspondiente, retener y utilizar las utilidades e ingresos derivados de acciones, bonos, obligaciones u otros valores del Gobierno de los Estados Unidos de América o cualquier estado u otra subdivisión política del mismo, o de cualquier persona, corporación o corporaciones, nacionales o extranjeras y, respecto de cualquiera de esos valores, ejercer cualquiera y la totalidad de los derechos y privilegios de propiedad inherentes a los mismos, pero únicamente para los fines precedentes o algunos de ellos; solicitar dinero en préstamo y, en general, ejercer cualquiera y la totalidad de las facultades para ejercer las cuales la corporación sin fines de lucro organizada en virtud de las disposiciones de las leyes del Distrito de Columbia con fines benéficos, científicos y educativos pueda estar autorizada, pero no ninguna otra facultad.

i) La Junta de Fideicomisarios tendrá plena autoridad y facultad para invertir y reinvertir los fondos y propiedad de la corporación en cualquier clase de inversiones o propiedades, sean éstas o no de la naturaleza o categoría consideradas por muchas leyes como inversiones legales, y la Junta de Fideicomisarios tendrá, además, la facultad y autoridad para retener cualquiera y la totalidad de las propiedades que puedan ser transferidas a la corporación o que pasen a ser de su propiedad y control sin que se le exija u obligue en forma alguna a convertir la misma en una inversión autorizada en virtud del presente Acuerdo, excepto que la Junta de Fideicomisarios podrá en cualquier momento de vez en cuando, y a su exclusiva discreción, vender y enajenar la totalidad o parte de la misma.

j) La Junta de Fideicomisarios, en la distribución de los fondos de la Fundación con propósitos benéficos, científicos y educativos, examinará y tomará en cuenta los proyectos y organismos recomendados o sancionados por la Organización Panamericana de la Salud.

CUARTO: El número de sus Fideicomisarios para el primer año de actividad no excederá de veinticinco (25).

QUINTO: Cada Fideicomisario tendrá derecho a un voto igual en relación con cualquier asunto de la corporación.

SEXTO: Los Fideicomisarios iniciales serán seleccionados por los incorporadores para prestar servicio hasta que se designe a sus sucesores. La forma en que serán seleccionados los Fideicomisarios futuros se especificará en los Estatutos de la corporación.

SEPTIMO: En caso de disolución de la corporación, cualesquiera bienes de ésta que queden después del pago, satisfacción o liquidación de cualquier compromiso u obligación existente y después de adoptadas las disposiciones legales para la administración o enajenación de

cualquier propiedad mantenida en fideicomiso por o para la corporación y una vez efectuados todos los demás actos necesarios para ajustar y finiquitar sus operaciones y asuntos, serán reunidos y distribuidos completamente a o entre una o más organizaciones dedicadas exclusivamente a fines educativos, científicos o benéficos y exentas de impuestos federales. Ningún miembro en particular o persona tendrá derecho, título o interés a cualesquiera bienes restantes de la corporación. Ninguno de los bienes distribuidos se destinará a una organización cuya parte de sus ingresos netos se destinen al beneficio de cualquier accionista en particular, ni se distribuirán bienes a cualquier organización cuyas actividades, en parte importante, consistan en realizar propaganda o en tratar de influir en la legislación, o que participe o intervenga en cualquier campaña política en favor de algún candidato a cargo público.

OCTAVO: La dirección, incluyendo calle y número, de su oficina inicial registrada es Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd Street, N.W. Washington, D.C., y su agente inicial registrado en dicha dirección es el

*consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XIX Reunión

*comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XXI Reunión

Washington, D. C.  
Septiembre-octubre 1969

---

Tema 25 del programa

CD19/16 (Esp.)  
ADDENDUM II  
1 octubre 1969  
ORIGINAL: ESPAÑOL

EDUCACION MEDICA

FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

El Director tiene el honor de presentar al Consejo Directivo la carta recibida del Dr. Felipe Herrera, Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, relativa al financiamiento del programa de libros de texto para estudiantes de medicina.



PRESIDENTE

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO  
WASHINGTON 25. D. C.

26 de septiembre de 1969

DIRECCION CABLEGRAFICA  
INTAMBANC

Dr. Abraham Horwitz, Director  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Oficina Regional de la Organización  
Mundial de la Salud  
Washington, D. C.

Estimado Doctor Horwitz:

Por medio de la presente tengo el agrado de confirmar a usted lo que le expresé en nuestra reciente conversación telefónica, en el sentido de que la Administración del Banco, previa consulta al Directorio Ejecutivo, está preparando el documento de préstamo correspondiente a la solicitud formulada por la Organización Panamericana de la Salud, el cual, dentro de las próximas semanas, será presentado al Directorio para su consideración final.

No quisiera dejar de aprovechar esta ocasión para reiterar a usted el interés con que el BID siempre ha seguido las actividades de la OPS en el mejoramiento de las condiciones de salud de la América Latina, así como agradecerle la colaboración siempre oportuna y efectiva que al Banco ha prestado esa entidad en los proyectos en que les ha correspondido trabajar conjuntamente.

Lo saluda muy atentamente,

  
Felipe Herrera