

OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1969

Volumen 3 Número 4

educación médica y salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES

DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D. C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de la salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística sanitaria, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Abraham Horwitz.

educación médica y salud

Vol. 3

OCTUBRE—NOVIEMBRE—DICIEMBRE de 1969

No. 4

Contenido

Editorial:

- Problemas y tendencias de la educación médica en la América Latina..... 259
- Características generales de la educación médica en la América Latina—JUAN CÉSAR GARCÍA 267
- Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto—THEODORE D. KEMPER, MERRIJOY J. KELNER y HELEN B. FRITZ..... 317
- Programa de adiestramiento de asistentes en salud de la comunidad—O. ENNEVER, M. MARSH y K. L. STANDARD..... 324

Reseñas:

- Libros 336

Noticias:

- Seminarios sobre la enseñanza de las ciencias de la conducta..... 341

Índice de autores 343

Índice de materias 344

*Las opiniones expresadas en los artículos
y reseñas firmados son de la exclusiva
responsabilidad de los autores.*

EDUCACION MEDICA Y SALUD

Publicación trimestral de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Suscripción anual: US\$2,00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo.

Dirección postal:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-third St., N. W.
Washington, D. C. 20037, U.S.A.

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación Médica y Salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planeación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3.000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación Médica y Salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to *Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date.

In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

Educación Médica y Salud terá prazer em considerar para publicação:

a) Artigos relacionados com educação e treinamento de pessoal para saúde em seu conceito mais amplo, especialmente os que se relacionem com planejamento, desenvolvimento e avaliação de programas de ensino, novos métodos educacionais e pesquisa em educação médica e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Tanto quanto possível, não deverão exceder de 3.000 palavras e deverão vir acompanhados de um resumo breve. As referências bibliográficas devem ser escritas segundo as normas do *Index Medicus* e apresentadas, em fôlha separada, na mesma ordem em que aparecem citadas no texto. Os quadros, tabelas e diagramas devem vir em fôlha separada.

b) Notas breves que tenham interesse para os educadores médicos em nível internacional.

c) Resenhas de livros e artigos de particular importância no campo da educação médica.

Os textos devem vir datilografados em espaço duplo e com ampla margem de ambos os lados e podem ser escritos em português, espanhol, inglês ou francês.

O Corpo de Editôres da revista selecionará os artigos que considerar dignos de publicação e, quando pertinente, tomará a seu cargo sua tradução ao espanhol e as modificações editoriais. Consultará com o autor sobre modificações de fundo e, tanto quanto possível, lhe comunicará a aceitação e a data provável de publicação. Em nenhum caso serão devolvidos originais.

Os autores dos artigos publicados receberão, gratuitamente, 50 reimpressões e poderão solicitar um número adicional dentro de condições que serão combinadas para cada caso em particular.

RENSEIGNEMENTS DESTINES AUX AUTEURS

Educación Médica y Salud se propose de faire paraître les textes suivants:

a) Articles ayant trait à l'enseignement et à la formation professionnelle du personnel sanitaire dans leur sens le plus large, en particulier des articles relatifs à la planification, la réalisation et l'évaluation des programmes d'enseignement, aux nouvelles méthodes d'enseignement et à la recherche dans le domaine de l'enseignement médical et du développement des ressources humaines intéressant la santé. Dans la mesure du possible, les textes devront compter au maximum 3.000 mots et être accompagnés d'un bref résumé. Les références bibliographiques doivent être indiquées conformément aux normes de l'*Index Medicus* et présentées, sur une feuille distincte, dans le même ordre dans lequel elles figurent dans le texte. Les tableaux, schémas, et diagrammes doivent figurer sur une feuille séparée.

b) Nouvelles brèves présentant un intérêt pour les professeurs de médecine au niveau international.

c) Comptes rendus de livres et d'articles offrant une importance particulière dans le domaine de l'enseignement médical.

Les textes doivent être polycopiés à double interligne et avec une marge suffisante des deux côtés; ils peuvent être rédigés en espagnol, portugais, anglais ou français.

Le bureau de rédaction de la revue choisira les articles qu'il considère susceptibles d'être publiés et se chargera, le cas échéant, de la traduction vers l'espagnol et des modifications de forme. Il consultera l'auteur concernant les modifications comportant des changements de fond et l'avisera, dans la mesure du possible, de l'acceptation et de la date probable de parution. Les originaux ne seront rendus en aucun cas.

Les auteurs des articles parus recevront, à titre gratuit, 50 réimpressions et pourront demander un nombre supplémentaire selon les conditions convenues pour chaque cas particulier.

Editorial

PROBLEMAS Y TENDENCIAS DE LA EDUCACION MEDICA EN LA AMERICA LATINA

EL DESARROLLO racional de recursos humanos para la salud ha sido preocupación constante de los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante los últimos años.¹⁻³

La Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Buenos Aires en 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.

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

Dos cuestiones fundamentales confronta 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.

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

² 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.

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

No debe extrañar pues, que tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, se observen, en la actualidad, signos evidentes de la búsqueda de nuevos caminos en la educación médica.

La educación médica en la América Latina, originalmente calcada sobre los patrones de las Universidades de Salamanca y París, estuvo en las postrimerías del siglo XIX y primera mitad del XX sometida a la influencia de la escuela francesa, pero después de la Segunda Guerra Mundial comenzó a percibir las ideas originadas en los Estados Unidos. Si bien la corriente de medicina social o de la comunidad se produjo casi simultáneamente en ambas partes del Continente, no es menos cierto que en los países latinoamericanos, por las condiciones particulares que en ellos existen y por el estímulo recibido de organismos nacionales e internacionales, esta corriente ha tenido un mayor desarrollo, al punto de que casi todas sus escuelas de medicina están llevando a la práctica programas de mayor o menor extensión en la enseñanza de medicina preventiva y social. Puede señalarse que este fenómeno tuvo su origen en 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.

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 del éxito que tal intento pueda haber tenido porque, en la mayoría de los casos, el cambio no ha dejado de ser más que una alteración insubstancial en la nomenclatura, o la creación de superestructuras inoperantes.

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

El impacto que los cambios mencionados hayan podido producir en la educación médica latinoamericana no ha sido aun debidamente cuantificado. Sin embargo, se podría señalar, con poco temor a equivocarse, que con frecuencia han faltado los cambios de actitud indispensables que 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 confrontan, en su mayoría, los siguientes problemas:

a) Estructuras administrativas muy rígidas, las cuales tienden a separar los estudios en áreas más o menos aisladas.

b) Planes de estudio y estructura administrativa estrechamente interdependientes. La rigidez de esta última convierte los planes de estudio en demasiado estáticos, y cualquier cambio, por pequeño que sea, se hará a costa de grandes esfuerzos y, a su vez, se convertirá en inmodificable.

c) Escasez de profesores y de recursos materiales. En su mayoría los profesores son de tiempo parcial y con compromisos vitales fuera de la actividad universitaria.

d) Como consecuencia del punto anterior, la enseñanza es fundamentalmente teórica y a base de una mera transmisión de conocimientos no siempre al día.

e) Inadecuada comunicación espiritual entre profesores y alumnos.

f) Número de aspirantes a estudiar medicina muy por encima de la capacidad real de las escuelas, lo que obliga a la limitación de ingreso y produce un excedente estudiantil con sus consecuentes problemas sociales y políticos.

g) Alta proporción de estudiantes irregulares (repitentes o inscritos con asignaturas pendientes de cursos anteriores), lo cual prolonga la carrera de muchos y aumenta proporcionalmente el costo de producción de profesionales.

h) Registro deficiente de datos y ausencia de autoevaluación.

i) Deficiente incorporación de la 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 de la comunidad.

Estos problemas no son exclusivos de las escuelas de medicina; los comparte la universidad latinoamericana en su conjunto.

Mirando el asunto desde otro ángulo, nos damos cuenta de que los problemas de salud de los países en vías de desarrollo —y particularmente los de la América Latina—, no podrán resolverse solamente con la formación de un tipo de profesional altamente calificado desde el punto de vista científico. Si ese profesional no está técnica y emocionalmente preparado para confrontar 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", se mantendrá el problema de la concentración exagerada de servicios en las grandes ciudades y lo que se ha dado en llamar "la fuga de talentos". Algunas personas y ciertas escuelas de medicina en la América Latina empiezan a palpar este hecho y tratan de extender sus responsabilidades más allá de la formación de profesionales del más alto nivel y procuran que estos últimos adquieran, a través del proceso educativo, actitudes que acrecienten su compromiso con las necesidades de la comunidad.

A la luz de las anteriores consideraciones, es indudable que la educación médica y, por extensión, toda la educación superior en la América Latina, exigen cambios profundos. Entonces, ¿cómo llevar a cabo tales cambios? Si se examina la situación actual pueden reconocerse varias posibilidades de acción.

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. A fin de definir los programas docentes, debe contarse con la información necesaria sobre: 1) los sistemas de atención a la salud, según las características socioculturales y económicas del país; 2) el personal de salud existente, según su campo profesional, modalidad de ejercicio, localización, nivel de preparación y características de orden personal; 3) los requerimientos de personal para atender los servicios existentes y los que se proyecta establecer; 4) las instituciones donde se forme personal de salud, y 5) los factores que facilitan o dificultan la innovación y el cambio en los sistemas educacionales. Esta información ya comienza a ser recolectada, analizada e incorporada a los planes de salud de varios países. Con el mejoramiento de la metodología que se aplica a tal fin, se podrá generalizar este proceso y hacerlo más ágil.

La consideración técnica y científica de los problemas de la educación médica en los países latinoamericanos requiere que tanto las funciones asignadas a la facultad o escuela como los objetivos educacionales de cada programa académico estén claramente definidos.

Al definir dichas funciones se deberán tener en cuenta los recursos disponibles y las exigencias del medio y, de acuerdo con ello, decidir si las funciones se limitarán a la formación de médicos en la etapa de pregrado; si se extenderán a la formación de especialistas y a la educación continuada de médicos en ejercicio; si la escuela participará en el adiestramiento de otro tipo de personal de salud y en qué medida; si se llevarán a cabo programas de investigación y si éstos se limitarán al

mantenimiento de un nivel científico en su personal docente, adecuado para ofrecer una buena enseñanza, o si, por el contrario, la función de investigación tendrá objetivos y alcances propios e independientes. Iguales definiciones que para la investigación habrán de ser hechas para las funciones de servicio.

Para que los objetivos sean útiles dentro de un proceso de planeamiento de la enseñanza, deben ser concebidos y expresados en términos de los cambios de comportamiento que se espera producir en los alumnos. Cada uno de esos objetivos debe poder traducirse 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. En la determinación de los objetivos educacionales deberán tomarse en cuenta las características y necesidades de la colectividad y de los alumnos, así como también los recursos disponibles. 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. Establecidas estas funciones, habría que determinar, para cada una de ellas, los conocimientos, las habilidades y las 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 están encargadas de la atención médica, así como las distintas 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. 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, podrán ayudar a resolver la situación de manera satisfactoria.

Es evidente que la estructura administrativa de la facultad o escuela

ha 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 de que éste 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, mantenerse más o menos fija.

En cuanto a 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.

Dentro de los problemas básicos señalados, 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, 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.

La creación de facultades o centros de ciencias de la salud que unifiquen recursos 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 unificar los recursos, estos centros ofrecerían la ventaja de formar y adiestrar a los alumnos dentro del espíritu de trabajo en equipo y con una visión multidisciplinaria de los problemas de salud.

Otra ventaja, al menos en términos teóricos, sería que daría cabida dentro de las ciencias de la salud a un mayor número de aspirantes que, por ser rechazados, orientan su vocación hacia otras profesiones. 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 aquellos aspirantes que ahora sólo desean estudiar medicina y que dentro de tal sistema podrían ser reorientados, en proporción importante, hacia actividades que son tan o más necesarias que las médicas propiamente dichas.

Resulta evidente que una facultad o división de ciencias de la salud concebida en los términos 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. Lo descrito presupone un alejamiento radical de los conceptos tradicionales y la creación de estructuras y mecanismos enteramente nuevos.

Durante los últimos años han ocurrido en el Hemisferio movimientos reformistas o renovadores de la universidad. En algunos casos, la falta de identificación 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, aun con la participación activa de profesores y estudiantes, no siempre ha existido el necesario estudio desapasionado de la situación ni la búsqueda serena de soluciones que habrían resultado más adecuadas de no haber sido 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, asimismo, llegar a decisiones que lleven a una reforma real de la educación superior.

Indiscutiblemente, sólo podrán lograrse resultados satisfactorios y perdurables mediante el estudio desapasionado, sin prejuicios y desinteresado de los problemas, con la amplia participación de los diversos sectores comprometidos. De no ser este proceso posible, ello significaría la negación misma de la universidad. Por el contrario, de llegar a cumplirse, sería la ratificación más firme de la esencia del ideal universitario.

Es evidente que el cumplimiento de tal proceso requiere 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, es 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 enfoque gradual de su atención 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.

Es dentro de estas líneas generales de acción que la OPS desarrolla sus actividades de colaboración con los Gobiernos en lo referente a la formación de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los programas de salud. A ello obedece la creación del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, el cual tiene a su cargo el desarrollo y coordinación de programas de educación y adiestramiento.

Con el objeto de cumplir más racionalmente su cometido, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS ha considerado conveniente poner énfasis en la investigación metódica de la situación actual en lo que respecta a formación de personal de salud en la América Latina. El presente número de *Educación Médica y Salud* contiene un trabajo que, bajo la firma del Dr. Juan César García, presenta datos preliminares sobre características generales de las escuelas de medicina de la América Latina, producto de una encuesta llevada a cabo por el Departamento y que merecerá nuevos informes, destinados a analizar en mayor profundidad la información obtenida.

DR. RAMÓN VILLARREAL
Departamento de Desarrollo de
Recursos Humanos de la OPS

JUAN CESAR GARCIA

Características generales de la educación médica en la América Latina

Los problemas de la educación médica en la América Latina son de tal naturaleza que no pueden ser resueltos satisfactoriamente sin tomar en cuenta el sistema educacional preuniversitario, el sistema de atención médica y la formación del resto del personal que integra el equipo médico. En consecuencia, la planificación de los recursos humanos debe constituir parte importante de los planes nacionales de salud y reflejar el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que tengan que ver con la formación y la utilización del personal de salud.

EXISTE en la 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, respectivamente, 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 sentido. No obstante, durante este período, no se había hecho ninguna evaluación de aquellas actividades destinadas a influir en las escuelas de

• El Dr. García es Funcionario del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS.

• Anexo al Documento CD19/16 presentado a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en Washington, D. C., del 29 de septiembre al 10 de octubre de 1969.

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, llevó a su Director a invitar a 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 la América Latina, a la luz de las recomendaciones formuladas por los dos seminarios mencionados. El grupo de expertos, reunido 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, el Comité Asesor se reunió nuevamente en Washington, D.C., con el propósito de aconsejar a la Organización sobre las alternativas de decisión que se presentaran después de haberse preparado el diseño de la investigación y de haberse 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 esta disciplina.

Para la recolección de los datos, realizada a fines de 1967 y principios de 1968, se seleccionaron y adiestraron colaboradores, y en la mayoría de los países se contó con la valiosa ayuda de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina. Las siguientes personas se encargaron de la recolección de los datos, mediante cuestionarios diseñados y aprobados por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS: Dra. Mabel Munist y Dr. José María Paganini (Argentina); Dr. Orlando Montero Vaca (Bolivia); Dr. Guilherme Abath, Dra. Celia Lúcia Monteiro de Castro, Dres. Hesio Cordeiro, Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão y Guilherme Rodrigues da Silva (Brasil); Dr. Tito Chang Peña (Centro América y Panamá); Dr. Alfredo Hidalgo y Dra. Celia Lúcia Monteiro de Castro (Chile); Dr. Raúl Paredes Manrique (Colombia); Dr. Miguel Márquez (Ecuador); Dres. Víctor Laroche y Raoul Pierre-Louis (Haití); Dr. Miguel Gueri (Jamaica); Dr. José M. Alvarez Manilla (México); Dr. Raúl P. Avila (Paraguay); Dres. Mario León y Luis Angel Ugarte (Perú); Dr. Miguel Márquez (Rep. Dominicana); Dra. Obdulia Ebole (Uruguay); y Dres. Edgar Muñoz y Carlos Luis González (Venezuela).

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

El presente estudio trata de los aspectos más generales de la educación médica en la América Latina, y comprende el análisis de una parte de la información obtenida por la investigación. Sin embargo, este análisis aunque parcial, revela los grandes problemas que confronta actualmente la educación médica, los cuales por su magnitud y trascendencia, deberían ser tomados en cuenta al planificar los recursos humanos para la salud. Asimismo, este análisis preliminar indica áreas de futuras investigaciones.

El presente trabajo es el primero de una serie en los que se analizarán más detenidamente la educación médica, la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales de la medicina, y las actitudes y comportamiento 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 Jorge Andrade, del mismo Departamento, hicieron sugerencias importantes al presente informe. El Dr. José M. Alvarez Manilla, funcionario temporal del Departamento, prestó valiosa colaboración en el análisis de los datos.

CARACTERISTICAS DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA

1. *Número*

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

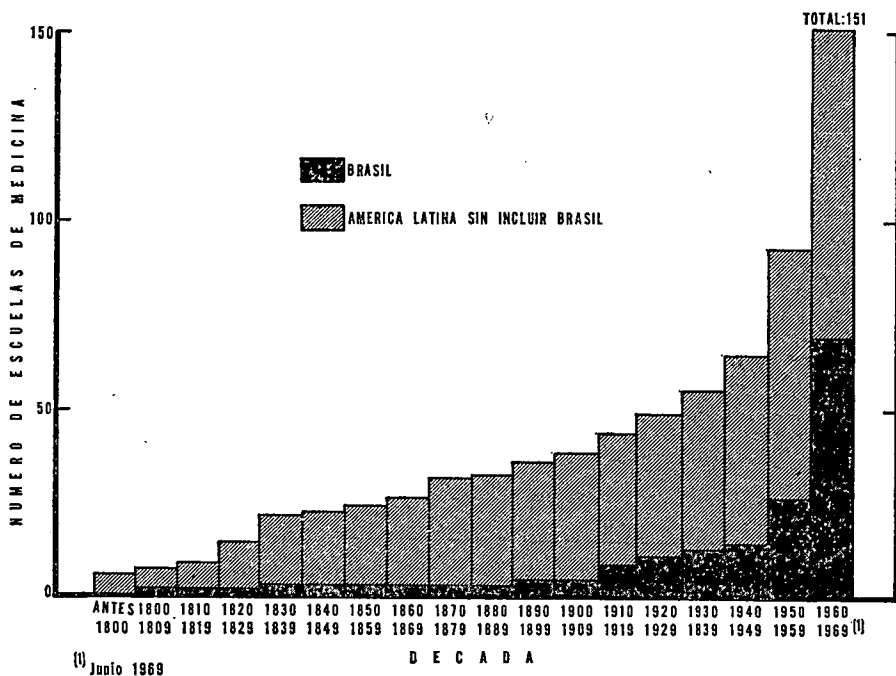
La falta de médicos y el bajo prestigio de la profesión médica durante las épocas de la colonia y de la conquista, hicieron casi imposible el funcionamiento regular de las facultades de medicina. Así, por ejemplo, la Facultad de Medicina de Santo Domingo, clausurada poco después de su creación, no reanudó sus funciones sino hasta en el siglo XVIII.

En la América Hispana se distinguen varias fases en el crecimiento y desarrollo de la enseñanza médica (Fig. 1):

a) Un aumento lento del número de escuelas en los siglos XVI, XVII y XVIII. En este período se crean cinco facultades de medicina cuyo funcionamiento se ve frecuentemente interrumpido.

b) Un rápido aumento del número de escuelas a comienzos del siglo XIX, bajo los auspicios de los gobiernos surgidos de los movimientos

FIG. 1.—Número de escuelas de medicina en la América Latina según década.



independentistas. Es durante este siglo cuando el prestigio de la medicina comienza a elevarse de la posición desmedrada en que se hallara durante la época colonial.

c) Un aumento lento y progresivo de 1840 a 1940. Durante este período adquieren mayor importancia los cambios cualitativos que los 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.

En cambio, en el Brasil la trayectoria de la educación médica ha sido muy distinta. Durante la época colonial (1500-1808) los jóvenes que deseaban estudiar derecho o medicina tenían que 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, a raíz de la llegada de la familia Real Portuguesa al país, como consecuencia de las Guerras Napoleónicas. Desde entonces hasta 1910 sólo se fundan tres escuelas. En la década de 1910 se crean seis nuevas facultades y se

CUADRO NO. 1—Número de escuelas de medicina en la América Latina, por países.

Pais	No. de escuelas
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	151

instituye la primera universidad en Brasil. A partir de 1950 se produce un movimiento extremadamente rápido de creación de escuelas de medicina con tendencia a continuar durante los próximos años.

Hoy día existen en la América Latina 151 escuelas de medicina con la distribución geográfica que aparece en el Cuadro No. 1.

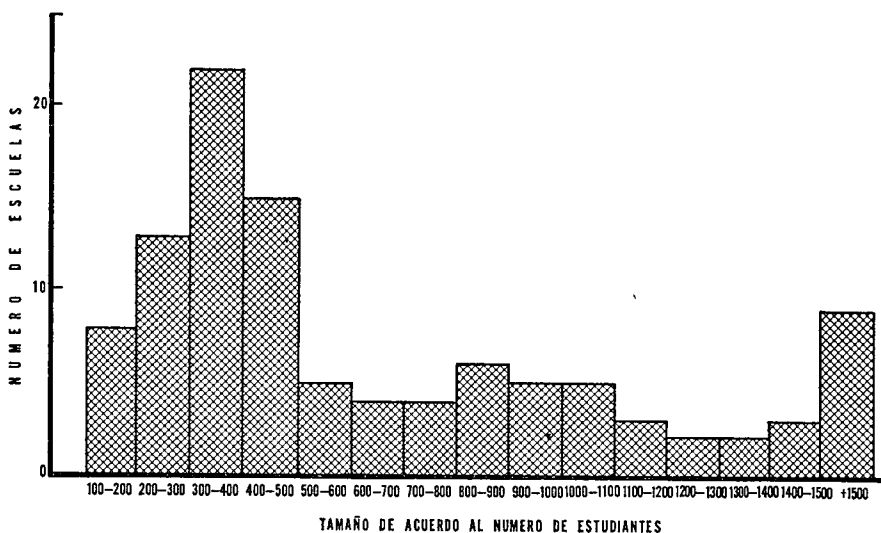
Brasil tiene el 44% de las escuelas de medicina existentes en América Latina; sin embargo, la mayoría de estas escuelas, por haber sido creadas en los últimos años, no han completado todos los cursos de la carrera médica.

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

2. Tamaño

Como se puede observar en la Fig. 2, 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%

FIG. 2.—Distribución de las escuelas de medicina en la América Latina según tamaño.*



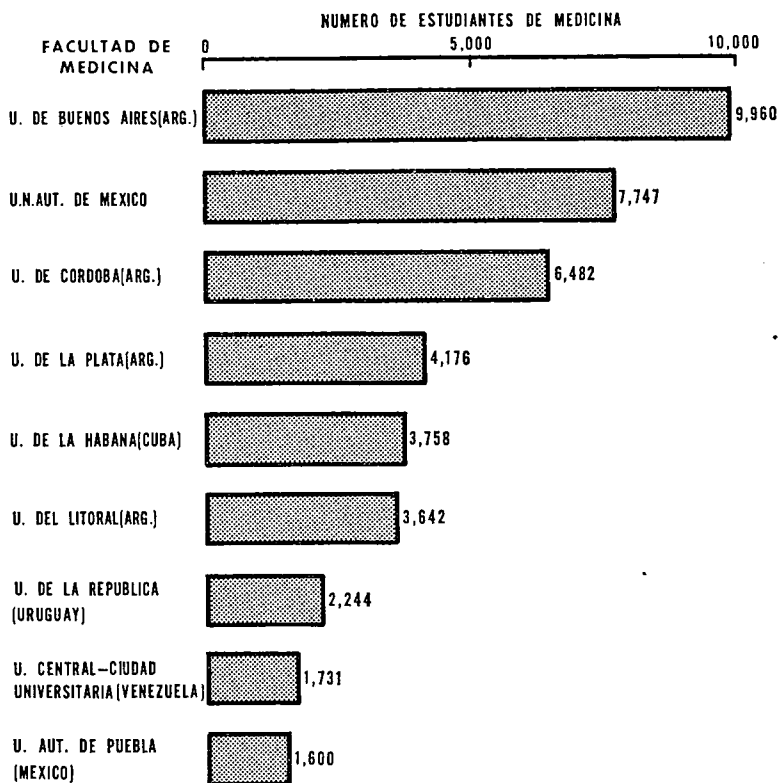
* Escuelas con plan de estudios completo.

se inscribe en el nivel de tamaño intermedio (de 600 a 1.000 alumnos). Las escuelas de más de 1.000 estudiantes constituyen el 24% de la muestra, y de éstas solo nueve sobrepasan los 1.500 (Fig. 3). Cabe destacar, sin embargo, que estas nueve escuelas poseen el 42% del total de los estudiantes de medicina de la región, hallándose en tal categoría las escuelas de mayor alumnado del mundo, tales como la de la Universidad de Buenos Aires y la de la Universidad Nacional Autónoma de México.

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

Es interesante observar que en los países con varias escuelas de medicina hay siempre una que goza de mayor prestigio interno, que se tiene como modelo y que, por regla general, es nacional, de cierta antigüedad, ubicada en la capital y con una matrícula mayor que las demás. Sin embargo, en los últimos años se advierte que algunas de las escuelas pequeñas y de menor prestigio tienden a desviarse del patrón de estudios, a veces legalizado, de la escuela modelo. En ellas se ensayan nuevos sistemas de organización y planes de estudio, ya que las escuelas nacionales,

FIG. 3—Facultades de medicina con más de 1.500 alumnos.



por su gran tamaño y tradición en el país, tienen mayores dificultades en llevar a cabo reestructuraciones básicas en el sistema de enseñanza.

3. Afiliación universitaria y naturaleza legal

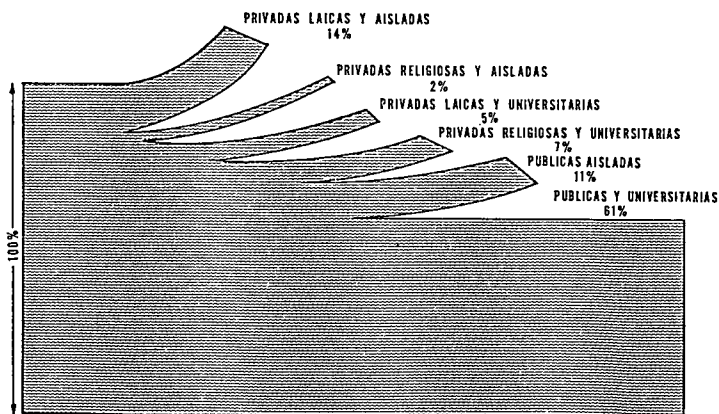
Desde sus comienzos, la educación médica en la América Hispana se caracterizó por su dependencia o afiliación a una universidad así como por su carácter público. Hasta la fecha ha mantenido estas dos características. A la inversa, en Brasil las escuelas de medicina se crean en forma aislada o independiente, con gran predominio de la iniciativa privada. La escuela de medicina fundada en Bahía en 1808, al igual que las que se crearon después, no tuvieron afiliación a una universidad. La primera universidad brasileña surgió en Río de Janeiro en 1920 como resultado de la unión 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, lo cual constituye un

rasgo importante de la educación médica latinoamericana. Casi todas las escuelas aisladas —es decir, aquellas que no pertenecen a una universidad o a otra institución superior— se hallan en Brasil. Esto se explica por el interés que tiene el Gobierno Brasileño de aumentar el número de admitidos mediante la creación de nuevas escuelas, las cuales son más fáciles de establecer cuando no forman parte de una universidad. (En Brasil, por ley, toda institución docente, para poder ser reconocida como universidad, debe agrupar por lo menos cinco facultades.) Todo ello hace suponer que el aislamiento de las nuevas escuelas se mantendrá por algún tiempo.

Según la Fig. 4, la mayoría de las escuelas de medicina latinoamericanas dependen de una universidad gubernamental; las crea el Estado para llenar una necesidad pública, con un patrocinio de bienes fiscales o del tesoro público aplicados a sus fines, y con un grado relativo de autonomía administrativa. Según el nivel gubernamental al cual están ligadas son nacionales o federales, estatales o provinciales y sólo por excepción, en el caso de Brasil, municipales. Si bien el incremento de las escuelas de medicina creadas y financiadas por gobiernos estatales o provinciales corresponde a una tendencia más o menos general, la aparición de escuelas de medicina municipales en Brasil constituye un fenómeno novedoso.

Fig. 4—Distribución de las escuelas y facultades de medicina según afiliación universitaria y naturaleza legal.



Las escuelas de medicina privadas son instituciones que han sido creadas por personas o entidades privadas con la autorización o aprobación del Estado y bajo su vigilancia. Están financiadas, principalmente y en gran medida, por el sector privado sin perjuicio de subvenciones

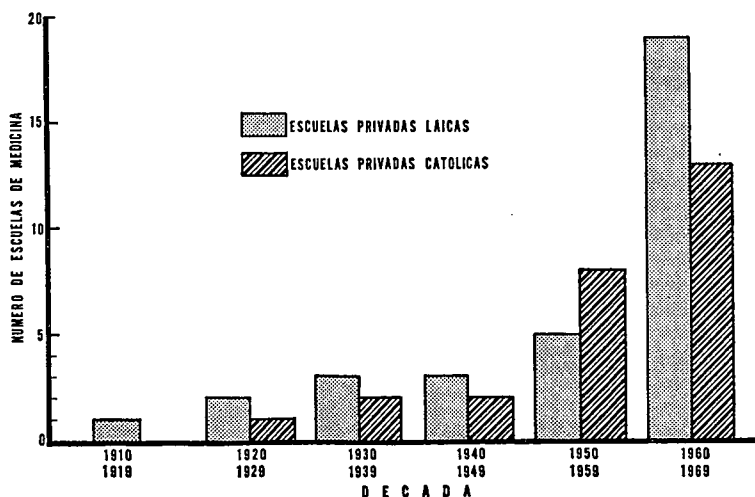
gubernamentales que, en el caso de Brasil, representan un aporte considerable.

Las escuelas de medicina privadas son religiosas o laicas según sea la iniciativa que actúa en el campo privado. (Todas las religiosas son católicas con una sola excepción.) Dependen de la respectiva jerarquía eclesiástica y sus planes de estudio incorporan asignaturas que revelan su carácter religioso.

En los últimos años se observa una tendencia al aumento de las escuelas privadas laicas (Fig. 5), lo cual podría entenderse como una mayor preocupación o interés del sector privado no religioso por ayudar a resolver el problema que confronta la educación médica en el Continente. Sin embargo, tal hipótesis debe ser manejada con toda cautela si se considera: 1) que la mayoría de las escuelas privadas laicas son brasileñas y que ha sido tradición en Brasil la federalización de tales instituciones, vale decir, que éstas son fundadas por iniciativa privada en el entendido de que el gobierno participará cada vez más en su financiamiento, hasta llegar a instituir las como entidades públicas oficiales; y 2) que todas las escuelas privadas —laicas y religiosas— se financian en buena medida con la contribución, directa o indirecta, de los gobiernos.

El creciente costo de la educación superior, particularmente el de la educación médica —que difícilmente podría ser totalmente absorbido por el sector privado— justifica la reserva de aceptar como real el au-

FIG. 5—Número de escuelas de medicina privadas, católicas y laicas, según década.



mento de la participación privada en su financiamiento, y explica la tendencia, cada vez mayor, de la intervención de los gobiernos en el mismo. Esto es válido tanto para la América Latina como para países de otras regiones.

4. *Estructura de la organización*

Las instituciones que se dedican a la formación de médicos en la América Latina se les conoce con el nombre de facultades de medicina o escuelas de medicina. El término "facultad" se empleó en otra época exclusivamente para identificar una cierta agrupación de escuelas universitarias, y en el caso de México, para señalar la inclusión, dentro de este conjunto, de una escuela o división de post-grado. En algunos casos la facultad es en realidad una entidad diferente y de un nivel más alto que la escuela de medicina. Cuenta con un decano y directores para las diferentes escuelas, entre ellas la de medicina. En otros casos, el decano de la facultad es también el director de la escuela de medicina, en tanto que las otras escuelas bajo esta dirección tienen sus propios directores. Si bien este tipo de organización o agrupación subsiste, en la actualidad hay entidades que corresponden a una escuela de medicina y reciben el nombre de "facultad". Por otra parte, en las últimas décadas, gran número de estas instituciones han optado por el nombre de "escuela de medicina".

El 32% de las 134 instituciones estudiadas están asociadas con otras escuelas afines, particularmente con las de obstetricia y enfermería. Sin embargo, la agrupación de las escuelas bajo la autoridad de un decanato no implica la integración de la enseñanza entre las diversas carreras a fin de lograr un acercamiento profesional o economías en el aspecto administrativo. Muy por el contrario, el aislamiento de las escuelas es, en general, considerable, salvo el caso de algunas instituciones que recientemente, bajo la denominación de "facultades de ciencias de la salud", aspiran a integrar la enseñanza de varias profesiones.

5. *Niveles de autoridad*

En mayor o menor grado, las escuelas de medicina latinoamericanas conservan el sistema de autoridad de la universidad medieval heredado, durante la Colonia, de las Universidades de Salamanca, París y Coimbra.

La universidad medieval, en determinado momento de su desarrollo, tuvo los siguientes niveles básicos de autoridad:

a) El Rector, representante y cabeza visible de la universidad, electo por la Congregación y por los Conciliarios de la universidad;

b) La Congregación o Claustro, autoridad suprema de la universidad, formada por la corporación de estudiantes o por la reunión de las corporaciones de estudiantes y profesores, y

c) los Conciliarios, especie de consejo directivo que representaba los diversos sectores de la universidad.

Estos tres niveles de autoridad fueron, con el tiempo, adoptados por cada facultad; hoy día, la mayoría de las escuelas se rigen por los siguientes:

a) La Asamblea de la Facultad —su autoridad máxima— está constituida en algunos países por profesores, alumnos y graduados; en otros, por alumnos y profesores, y en otros, sólo por profesores. En la mayoría de las escuelas la Asamblea se reúne una o pocas veces al año, tramita los asuntos relacionados con los estatutos y elige al decano o al director de la escuela. En Brasil todavía se le designa con el nombre de “Congregación”.

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

c) El Decano o Director, que constituye el poder ejecutivo de la facultad, está subordinado a la Asamblea y al Consejo Directivo. Se debe aclarar que en la América Latina esta posición ejecutiva se designa indistintamente con los nombres de Decano y Director, salvo en algunos países donde las dos posiciones existen diferenciadas.

En las últimas décadas se ha establecido un nuevo nivel de autoridad —el Consejo Departamental— formado por los jefes de departamento en aquellas escuelas donde la unidad docente “Cátedra” ha sido sustituida 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 ambos coexisten como dos grupos de poder, creando una situación anómala que dificulta el proceso administrativo por la lentitud con que se toman las decisiones, por los conflictos que genera.

A pesar de que en la mayoría de las escuelas el Decano no tiene, por reglamento, suficiente independencia para dirigir 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 funciones a su cargo.

La posición de Decano de la Facultad solía ser fundamentalmente representativa. La marcha diaria de la escuela quedaba enteramente en manos de los jefes de cátedra, quienes gozaban de un alto grado de autonomía. A medida que el concepto de integración de asignaturas y de unidades administrativo-docentes ha ido ganando terreno, también ha cobrado cuerpo la idea de un director instrumentador a tiempo completo, hecho cada vez más necesario. Esta nueva corriente queda manifiesta al analizar las horas dedicadas al ejercicio del decanato. En dicho análisis puede distinguirse entre aquellos decanos que dedican tiempo completo a sus actividades y aquellos que sólo les destinan algunas horas (Fig. 6).

El 48% de los 130 decanos encuestados trabajan más de 36 horas semanales en sus funciones específicas, algunos de ellos a dedicación exclusiva; al otro extremo, 38% destinan entre 6 y 25, y entre uno y otro grupo se hallan aquellos que dedican entre 26 y 35 horas, hecho que probablemente indica que en esas escuelas está ocurriendo un cambio en el concepto de la posición.

En el momento de llevarse a cabo la investigación, el 62% de los decanos en la América Latina eran profesores de asignaturas clínicas, hecho que puede explicarse por el prestigio de que gozan estas discipli-

FIG. 6—*Distribución del número de decanos de las escuelas de medicina en la América Latina según dedicación—1967.*

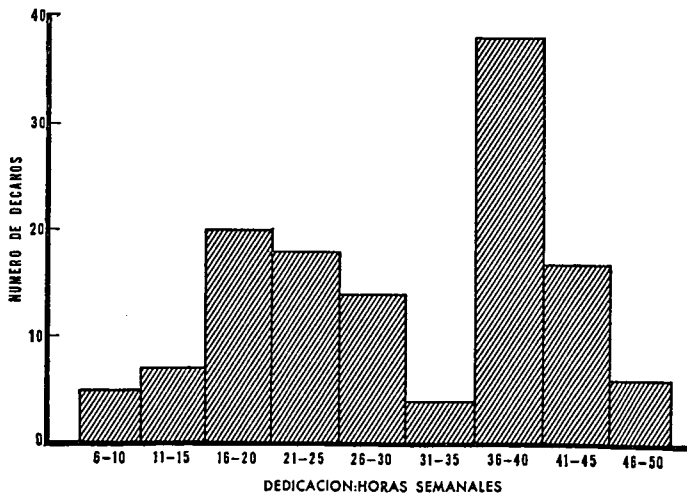
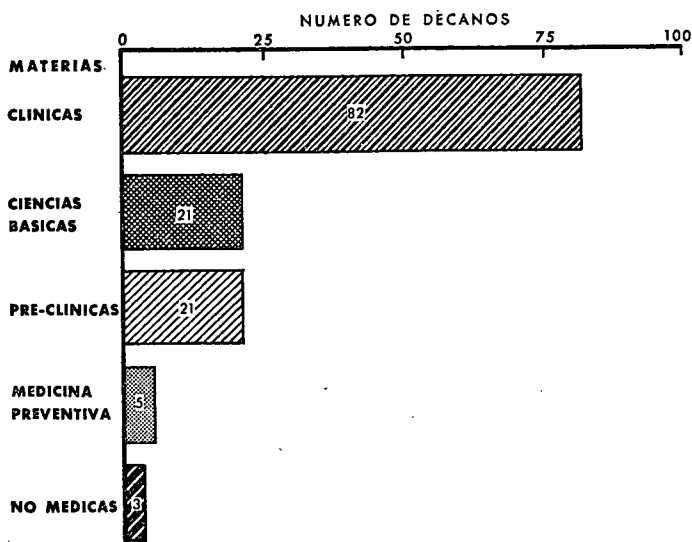


FIG. 7—Número de decanos de facultades de medicina según área de enseñanza.



nas y por el predominio numérico de los clínicos entre el personal docente (Fig. 7). 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 se observa que en cinco de ellas el decano era un profesor de medicina preventiva y social.

Actualmente existe consenso entre los miembros de la profesión médica sobre la poca importancia que debe concederse al tipo de especialidad médica como criterio selectivo para ocupar el cargo de decano. Por el contrario, gana terreno en la América Latina el concepto sobre la necesidad de conocer pedagogía, administración y ciencias de la conducta para desempeñar funciones ejecutivas en las escuelas de medicina.

LA CARRERA MEDICA

El tiempo mínimo de estudio que se requiere en la América Latina para obtener el título de médico, incluyendo los ciclos escolares previos, varía entre 16 y 20 años. Esta variación no sólo ocurre entre los países sino que se observa también dentro de un mismo país, tal como puede apreciarse en el Cuadro No. 2.

El tiempo total mínimo aludido, requerido oficialmente, puede pro-

CUADRO No. 2—*Escolaridad total en años, requerida para completar la carrera médica, según escuelas de medicina y países, 1967.**

País	No. de escuelas	Duración en años				
		16	17	18	19	20
Argentina	9			4	5	
Bolivia	3				2	1
Brasil	31			31		
Colombia	7			7		
Costa Rica	1			1		
Cuba	2			2		
Chile	3				3	
Ecuador	3					3
El Salvador	1				1	
Guatemala	1				1	
Haití	1				1	
Honduras	1				1	
Jamaica	1				1	
México	21	1	13	7		
Nicaragua	1			1		
Panamá	1				1	
Paraguay	1			1		
Perú	4				4	
Rep. Dominicana	1				1	
Uruguay	1			1		
Venezuela	6		6			
Total	100	1	19	55	21	4

* En las escuelas de medicina que tienen cursos completos se han incluido los estudios primarios, secundarios, premédicos, generales y médicos.

longarse por irregularidades escolares en los diversos niveles de educación.

Dentro de ese período se pueden distinguir, en general, las siguientes etapas o ciclos: ciclo primario, ciclo secundario, estudios generales o de premédica, la carrera médica propiamente dicha y el internado.

La duración de los estudios primarios en la América Latina es bastante uniforme. En 17 de los 21 países estudiados, la educación primaria tiene una duración de seis años; en el nivel secundario la variabilidad es un tanto mayor, ya que en diez países este ciclo dura cinco años, en nueve dura seis años, y en dos, siete.

Durante las últimas décadas, varias escuelas de medicina han intercalado un curso de transición entre los estudios secundarios y los profesionales, que adopta dos modalidades: los estudios generales y los estudios premédicos.

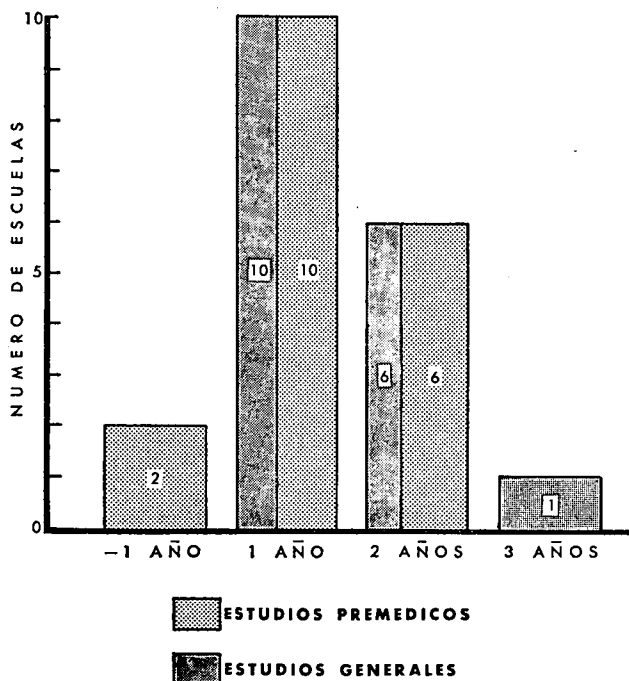
Los estudios generales incluyen casi siempre materias de ciencias, tales

como biología, química, física, matemáticas y en ocasiones, idiomas; están diseñados para que sirvan de base a los estudios de varias carreras universitarias, y generalmente están organizados, y son impartidos, por las facultades de ciencias o por escuelas creadas ex profeso por las universidades. En 17 escuelas de medicina los estudios generales son requisito para el ingreso a la carrera. Estos estudios, que varían entre uno y tres años, siendo dos lo más frecuente, han surgido como solución a una supuesta preparación deficiente de los egresados del nivel secundario, y representan un esfuerzo por resolver el alto índice de fracaso estudiantil en las escuelas profesionales (Fig. 8).

Los estudios premédicos incluyen el mismo tipo de materias que los estudios generales, pero se imparten en las escuelas de medicina y sólo habilitan para ingresar a ellas; a veces constituyen parte inicial del plan de estudios médicos.

En 18 de las escuelas de medicina encuestadas, los estudios premédicos son obligatorios para el ingreso a la carrera, y en cinco, son opcionales. Así como los estudios generales, los premédicos intentan capacitar a los estudiantes que aspiran a la carrera médica. Algunas escuelas los con-

FIG. 8—Número de escuelas de medicina de la América Latina que exigen estudios premédicos o estudios generales, según años de duración—1967.



sideran como un curso preparatorio para el examen de ingreso, institucionalizando en esta forma lo que se ha dado en llamar el "sistema educacional oculto". Este sistema, llamado así porque no es oficial, surgió ante la dificultad de aprobar el examen de ingreso, y pone en manos de instituciones privadas, no reconocidas oficialmente, la preparación de los aspirantes que deseen presentar dicho examen.

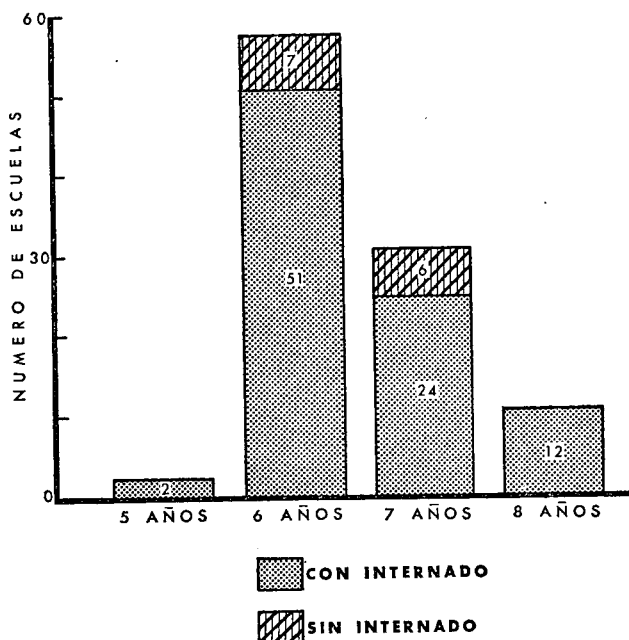
Hasta la fecha no se ha hecho evaluación alguna sobre los estudios generales y premédicos como solución al problema de la alta incidencia de alumnos irregulares. Tampoco ha sido posible determinar si la prolongación del período de estudios a que dan lugar, se compensa con el beneficio que rinden. Por otra parte, no ha habido consenso en cuanto a si corresponde a la escuela de medicina impartir este tipo de enseñanza o si sólo debe asumir funciones normativas y dejar a otros organismos universitarios la ejecución de este programa.

Los estudios médicos propiamente dichos, excluyendo el internado, varían 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 averiguar hasta qué punto un período prolongado de estudios médicos se debe a la dedicación parcial de los profesores o de los alumnos, o a métodos de enseñanza inadecuados.

No existe información suficiente que permita confirmar que los profesionales que han cursado siete años de estudios médicos son más competentes que los que lo han hecho en cuatro. Dentro de esta línea, sería también necesario determinar la influencia de un plan de estudio largo sobre el costo de la enseñanza y la relación entre dicho costo y el beneficio adquirido.

Un gran número de escuelas condiciona la concesión del título y licencia profesionales al cumplimiento, por parte del alumno, de un período de adiestramiento clínico con responsabilidad y bajo supervisión, el cual generalmente recibe el nombre de "internado". Su duración puede ser de uno o dos años, siendo más frecuente la primera alternativa. Habitualmente está dedicado a actividad clínica en el ambiente hospitalario, con rotación por los cuatro departamentos clínicos fundamentales (medicina, cirugía, obstetricia y ginecología, y pediatría). En algunos casos incluye un período de actividad en el medio rural. En México, en algunos países de Centro América y en Bolivia, al final de la carrera y como requisito para obtener la licencia de ejercicio profesional, los alumnos deben cumplir un período (generalmente de un año) de servicio médico en poblaciones rurales como funcionarios públicos. Esta

FIG. 9—Existencia de internado y duración de la carrera médica en las escuelas de medicina de la América Latina—1967.*



* Incluye estudios generales premédicos además de los estudios médicos y el internado.

práctica se conoce con el nombre de “servicio social” y parece más bien dirigida a resolver un problema de servicio que a proveer experiencia educacional bajo la supervisión de la respectiva escuela.

Si se suman los años de estudios generales o premédicos, los de la carrera médica propiamente dicho y los de internado, la duración mínima de los estudios universitarios médicos que se requiere en la América Latina para obtener el título profesional varía entre cinco y ocho años (la Fig. 9).

LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

Después de la Segunda Guerra Mundial se evidencia en la América Latina un aumento considerable en la demanda por educación. Esto se ha debido, en parte, al aumento de población, pero principalmente a la

valoración que la gente concede a la educación como uno de los pocos caminos conducentes al ascenso social.

El ritmo de expansión del nivel educacional primario y secundario ha excedido con mucho los cálculos más optimistas, y hoy día, como consecuencia, se observa una creciente presión social sobre el sistema educacional superior. Es tal la importancia que se le concede a la demanda por educación que ha habido que clasificar los sistemas educacionales en abiertos y cerrados, según su grado de permisividad ante esta presión.

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

1. *Matriculados*

En la última década, el crecimiento de la población universitaria y el de la educación superior en la América Latina han sobrepasado el crecimiento de la población general y el incremento de la renta nacional, produciendo, como consecuencia, algunos desajustes sociales.

El Cuadro No. 3 muestra, en valores absolutos, el número de estudiantes matriculados en 1967 en las escuelas de medicina de los países latinoamericanos.

De 1960 a 1966 el incremento anual de la matrícula universitaria y superior fue de 9,5%. La inscripción total de estudiantes en 1966 fue de 878.900.¹

Si se compara con la de los países altamente industrializados, la relación entre el número de estudiantes de educación superior y la población de 20 a 24 años de edad es todavía muy baja en la América Latina. Sin embargo, en términos generales, el ritmo de desarrollo del sector educación ha sobrepasado el económico, dando lugar a grados variables de desempleo en algunas profesiones por la expansión insuficiente del mercado de trabajo. Esto pareciera indicar, lamentablemente, que en la planificación nacional de la educación será necesario tomar en cuenta, además de la demanda social por educación, los factores de orden económico que condicionan las oportunidades de trabajo.

Pareciera, entonces, que la satisfacción de la demanda social por educación, lamentablemente, no puede ser el único criterio a tomar en

¹ Banco Interamericano de Desarrollo: *Progreso Socio-económico en América Latina*. Séptimo Informe Anual, 1967. Washington, D. C.

CUADRO NO. 3—Número de estudiantes matriculados en 1967 en las escuelas de medicina latinoamericanas, por países.

País	No. de estudiantes
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
	98.245

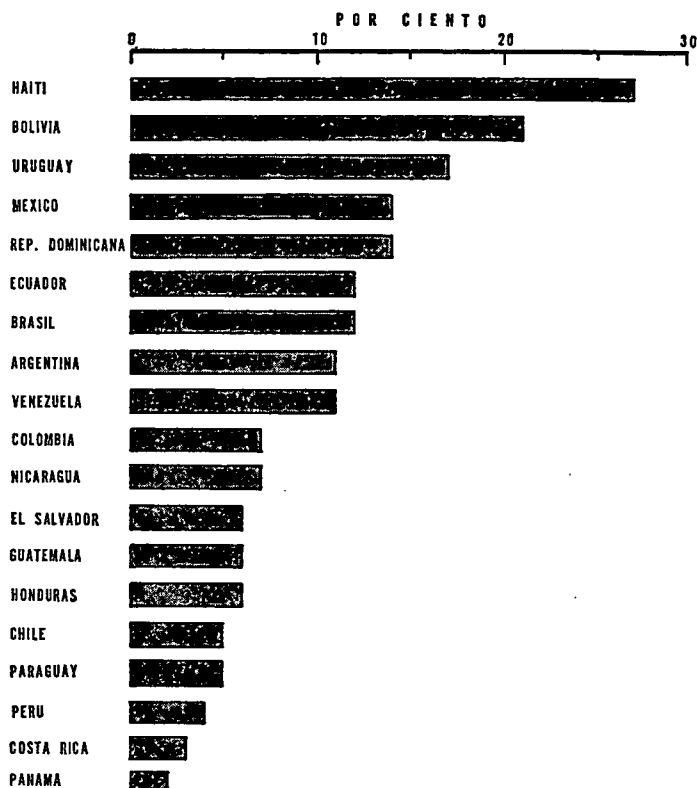
* Año de información: 1965.

cuenta en la planificación nacional de la educación, siendo necesario considerar al mismo tiempo los factores de orden económico.

La falta de diversificación en el nivel universitario de muchos países latinoamericanos ha provocado una concentración en las carreras tradicionales y así, por ejemplo, en ocho de 20 países, la carrera con mayor número de estudiantes es la de derecho; los estudiantes de medicina representan el 11% del total de los estudiantes universitarios y de educación superior.

El número de estudiantes de medicina en relación con el total de estudiantes universitarios varía considerablemente en los países encuestados. En la Fig. 10 puede notarse que en Bolivia y Haití más del 20% están inscritos en medicina. Las diferencias que se advierten entre los diversos países es la resultante de varios factores, entre otros, la mayor o menor diversificación de las carreras universitarias, la discrepancia entre los sistemas de admisión vigentes en cada país y la ausencia de una política de distribución racional del estudiantado, especialmente cuando no existe una orientación vocacional temprana.

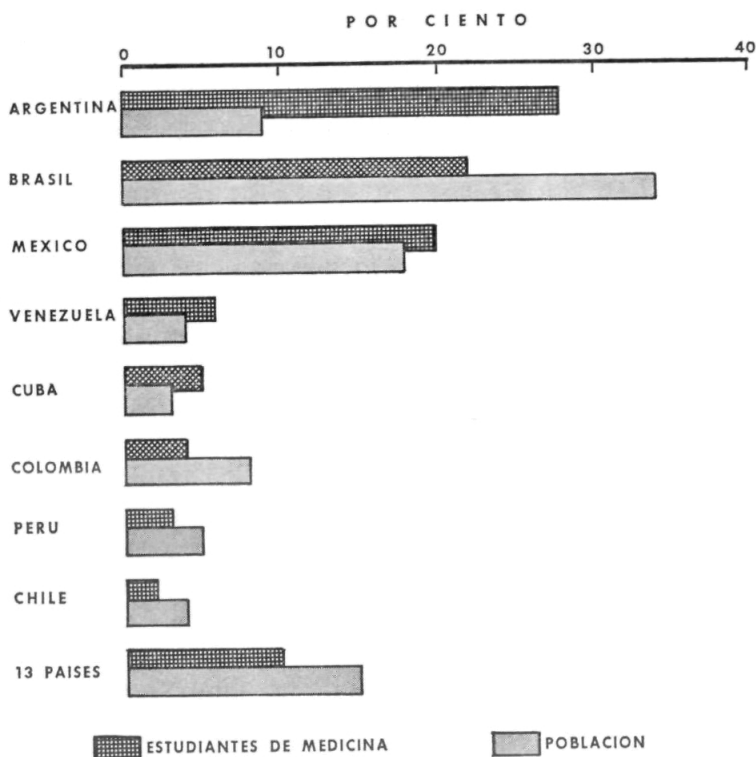
FIG. 10—Porcentaje de estudiantes de medicina de los matriculados en la universidad y estudios superiores—1967.



Así, en algunos países las escuelas de medicina tienen examen de ingreso obligatorio y una matrícula limitada, en tanto que otras carreras no emplean tal sistema. En los países donde no hay estas limitaciones, como en el caso de Uruguay, la inscripción en la carrera médica es más o menos circunstancial o se debe a que ésta mantiene un alto prestigio social. Es bien sabido que en la decisión de estudiar medicina influyen factores muy ajenos a las necesidades reales de la sociedad, pudiéndose observar un evidente conflicto entre intereses individuales y colectivos o una falta de conciencia de la función social de las carreras universitarias. Las cifras señalan, pues, la necesidad de realizar una planificación integral de la educación universitaria.

Llama también la atención la distribución porcentual de los estudiantes de medicina por países y su comparación con la distribución porcentual de la población, según se muestra en la Fig. 11. Los estu-

FIG. 11—Distribución de la población y de los estudiantes de medicina de la América Latina, según países—1967.



diantes matriculados en tres países (Argentina, Brasil y México) constituyen el 76% del total de los estudiantes de medicina de la región, en tanto que la población combinada de esos mismos países representa solamente el 60% del conjunto. Esta ausencia de correlación apunta hacia la existencia de factores de tipo económico y social, los cuales difieren de un país a otro.

El sistema educacional universitario y superior en la América Latina se caracteriza por la existencia de diferentes tipos de matrícula. De acuerdo con el status del estudiante dentro del sistema, se pueden distinguir, por lo menos, cuatro tipos de registro:

a) *Alumnos regulares*: son estudiantes que cursan todas las materias del año escolar en que se han inscrito 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 todas 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 sin haber aprobado todas las materias del año anterior y sin cursar simultáneamente materias de años anteriores.

d) *Alumnos incompletos*: son aquellos alumnos que cursan en forma simultánea asignaturas del año en que se inscriben y asignaturas de años inferiores que no han logrado aprobar.

2. Estudiante irregular

Los cuatro tipos de estudiantes mencionados no se encuentran en todas las escuelas de medicina, pero la mayoría de ellas acoge por lo menos a tres. En adelante nos referiremos a los tres últimos como estudiantes irregulares.

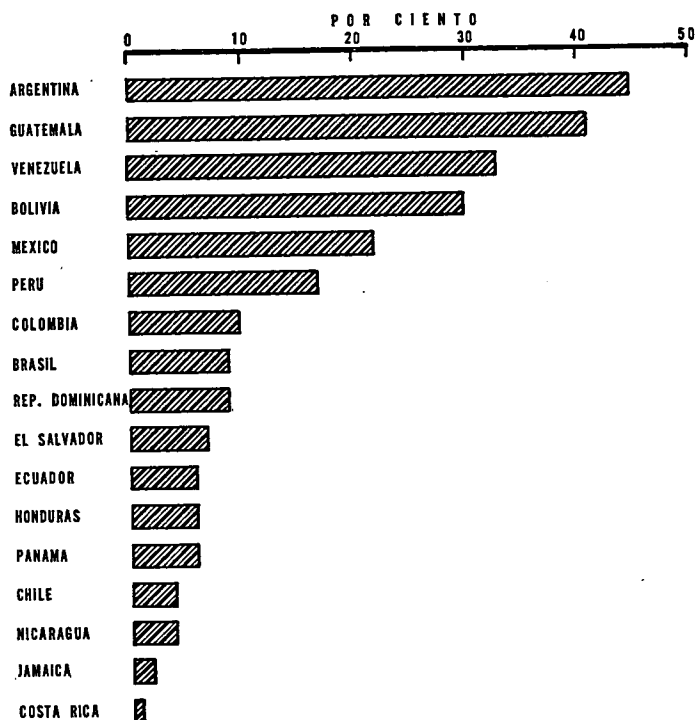
Esta irregularidad en la situación del estudiante —reflejada en el tipo de matrícula bajo el cual se inscribe— pareciera contradecir el concepto teórico del sistema universitario de la América Latina, en el cual, en esencia, una carrera consta de varias asignaturas distribuidas en diferentes años académicos, presuponiéndose que el paso de un alumno de un año a otro requiere la aprobación del anterior. En la realidad el sistema es bastante más flexible según lo refleja la aceptación de las categorías de estudiantes condicionales e incompletos. Esta desviación del concepto teórico del plan de estudios ha llevado a tomar medidas que eventualmente lo han convertido en sistema ecléctico o de transición. Así, en algunas escuelas de medicina esta situación ha creado la necesidad de fijar ciertas limitaciones como son, la exigencia de tener aprobadas todas las asignaturas básicas antes de cursar las clínicas y la de aprobar ciertas materias para poder cursar otras.

En 1967, el 25% de los alumnos matriculados (22,547) en las escuelas de medicina de la América Latina eran irregulares. Esta cifra, relativamente alta, se debe al gran número de alumnos irregulares inscritos en las escuelas de seis países: Argentina, Bolivia, Guatemala, México, Perú y Venezuela. En los 11 países restantes, la irregularidad es de 10% o menos (Fig. 12).

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

Según algunas investigaciones, pareciera que cuando el estudiante no

FIG. 12—Porcentaje de estudiantes de medicina irregulares, por países—1967.



se dedica por completo a sus estudios, tiende a buscar trabajo remunerado aunque no lo necesite económicamente. Esto no le permite presentarse a sus exámenes en el tiempo debido y, por consiguiente, lo convierte en estudiante irregular. Ruth Sautu y Gino Germani² han hallado correlación entre el trabajo remunerado y la situación de estudiante irregular, pero no entre el status de estudiante irregular y la clase social.

Del mismo modo, pareciera que las diferencias de tolerancia de la situación irregular entre las diversas escuelas, diera lugar a las diferencias que se observan, pues en algunas instituciones se permite al estudiante repetir varios cursos o un mismo curso varias veces, mientras que en otras, sólo se le permite una vez.

Como factores académicos se podría señalar, entre otros, la gran cantidad de materias que deben ser aprobadas en un año o lo difícil que es

² Gino Germani y Ruth Sautu: *Regularidad y Origen Social en los Estudiantes Universitarios*. Colección Estructura, Buenos Aires, Argentina, 1965.

aprobar asignaturas que la escuela estima claves. Estas, en muchas ocasiones, se utilizan como mecanismo de selección.

Las consecuencias del sistema de estudiante irregular son bien conocidas y pueden sumarse así:

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

b) Aquellas que en el plano individual le crean al estudiante frustraciones y gastos innecesarios.

Con todo lo importante que son las cifras de irregularidad presentadas en la Fig. 12, ellas no reflejan el problema en toda su magnitud por cuanto son resultado de la investigación de la condición de los alumnos en un momento determinado y no a lo largo de toda su carrera. Un estudio longitudinal que tienda a determinar la proporción de alumnos que logran culminar su carrera "normalmente", es decir, en el tiempo mínimo requerido y sin haber sido nunca irregulares, en comparación con aquellos que por diversas irregularidades deben permanecer en la escuela un tiempo mayor que el mínimo requerido, sería más útil en la evaluación de la eficiencia del sistema y para medir la incidencia de la irregularidad estudiantil en el costo de los estudios.

Pareciera aconsejable que en los países con un porcentaje elevado de alumnos irregulares, se estudiaran detenidamente las causas y los efectos de este fenómeno, a fin de tomar decisiones correctivas con una base de mayor conocimiento y justicia.

3. *La mujer como estudiante de medicina*

El grado de participación de la mujer en la fuerza de trabajo se considera como indicación de cambio social. Del mismo modo, podría reconocerse como tal su participación en la educación universitaria en general y, en particular, en los estudios de medicina.

La carrera médica en la América Latina fue tradicionalmente considerada de carácter exclusivamente masculino y la pedagogía una carrera más apropiada para la mujer. Tales adscripciones de las profesiones al sexo están variando notable y rápidamente en algunos países a medida que la imagen y el concepto del papel de la mujer en la sociedad se aleja de su definición y contenido tradicionales.

El creciente número de mujeres aspirantes a ingresar a las escuelas de medicina ha llevado a algunos educadores médicos a sugerir su limita-

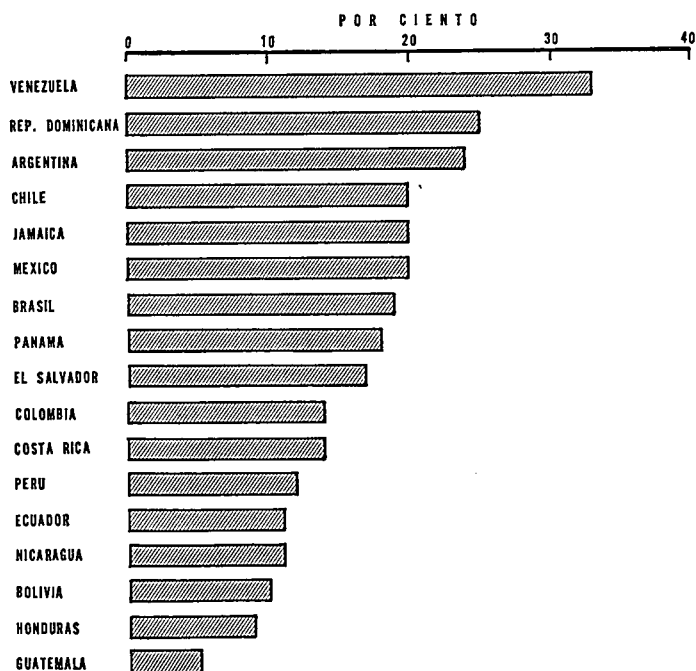
ción, basándose en la suposición de una mayor irregularidad y deserción. Hasta el momento no hay estudios específicos que confirmen tal supuesto; por el contrario, los datos en nuestro poder no confirmarían tal hipótesis. Así, se observa que el porcentaje de mujeres matriculadas como irregulares en 17 países de América Latina en 1967 es 23, cifra ligeramente inferior a la de los hombres inscritos en iguales condiciones.

Si se considera que, con pocas excepciones, en los países analizados no se limita el ingreso de la mujer a la escuela de medicina, se podría concluir que el número de mujeres matriculadas refleja, en cada país, la demanda efectiva de la mujer por la educación médica. En los últimos años esta demanda ha tenido un incremento rápido en la América Latina, ya que en 1967 el 21% de los matriculados eran mujeres.

El porcentaje de mujeres que concurren a las escuelas de medicina en la América Latina varía en forma notable de un país a otro: de 33% en Venezuela a 5% en Guatemala (Fig. 13).

Al igual que otras variables estudiadas en educación médica, la proporción de mujeres, por países, en las escuelas de medicina, parece estar afectada por diferentes factores, entre ellos, el grado de urbanización del

FIG. 13—Porcentaje de mujeres estudiando medicina, por países—1967.

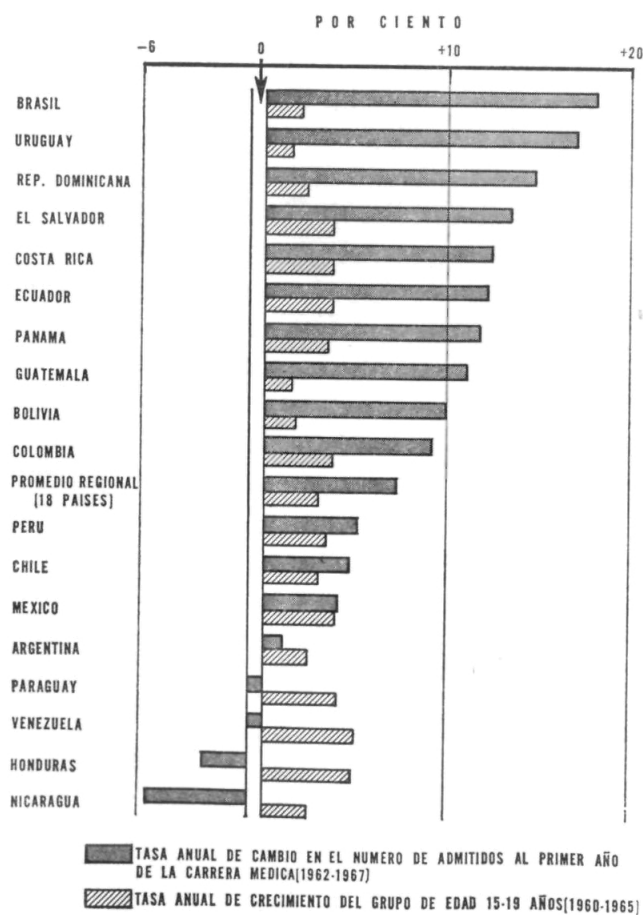


país y la magnitud del cambio social operado en el mismo, ligados ambos a la liberalización del papel de la mujer en cuanto a elección ocupacional.

4. Incremento de estudiantes admitidos al primer año

El número de estudiantes admitidos al primer año de la carrera médica tuvo un aumento anual de 7,3% durante el período 1962-1967, o sea que fue un poco más del doble del del grupo de edad 15-19 años (3% en el período 1960-1965). Este aumento no fue homogéneo en todos los países latinoamericanos, según puede apreciarse en la Fig. 14; en cuatro países de los analizados, no alcanzó el promedio de la región, en dos

FIG. 14—Cambio en el número de admitidos al primer año de la carrera médica (1962-1967) comparado con el crecimiento del grupo de edad 15-19 años, por países.

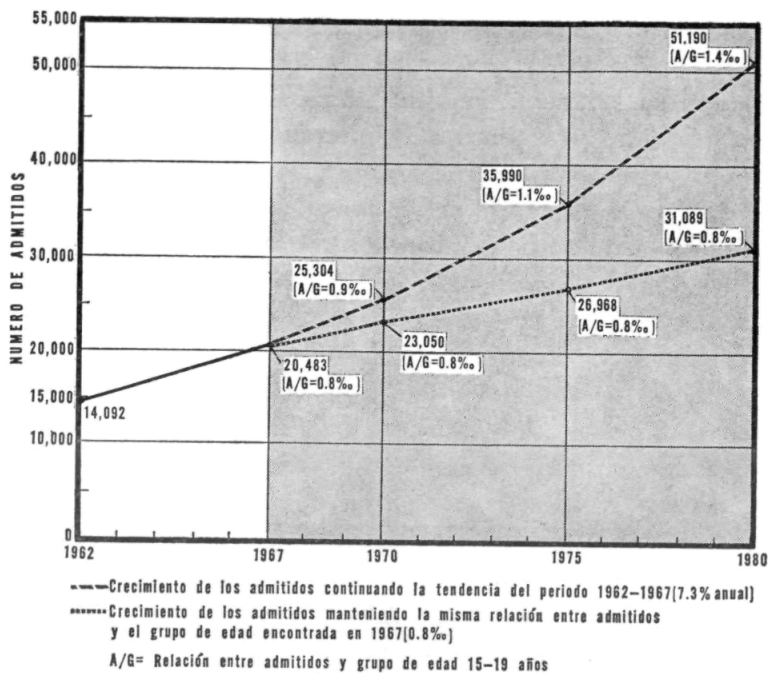


países no hubo cambios, y en otros dos, el número de admitidos disminuyó. Brasil alcanzó la cifra más alta de aumento con un porcentaje anual de 18. En 13 de los 18 países analizados, el aumento anual del número de ingresados a las escuelas de medicina es superior al del grupo de edad 15-19 años; en cambio, en los cinco restantes (Argentina, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela), el aumento anual de este grupo de edad ha sido superior al de alumnos admitidos al primer año de medicina. Esto último se ha debido, en algunos países, a una política de restricción en el ingreso, mientras que en otros, como en Argentina, a esta limitación se junta una demanda menor por los estudios médicos.

En Brasil, el rápido incremento de los matriculados en el primer año ha ido acompañado de la creación de un gran número de escuelas de medicina —hecho señalado en la primera parte de este trabajo— y aún así, el 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 de la creación de otros establecimientos ni de inversiones proporcionales en la ampliación de los recursos humanos y materiales de las escuelas ya existentes, situación que puede traer como resultado un posible deterioro de la enseñanza en los primeros años, con las consiguientes repercusiones en la bondad de la docencia de los años clínicos. La situación descrita no parece ser de carácter transitorio, pues todo indica que el incremento observado seguirá produciéndose. Si el aumento del 7,3% en el número de estudiantes admitidos al primer año de medicina se mantiene, en 1975 dicho número llegaría aproximadamente a 36,000, lo que significa un aumento de casi el 80% (Fig. 15). Idealmente, tal expansión debería ir acompañada de un incremento proporcional del cuerpo docente, meta difícil de lograr en ocho años. Si se hace la proyección manteniendo la misma relación que existía en 1967 entre el número de admitidos y el grupo de edad de 15-19 años, 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 ideal en cuanto a calidad y cantidad de recursos humanos, financieros y materiales.

Todo esto señala que los países, especialmente aquellos que han tenido un incremento rápido e importante del número de ingresados a la escuela de medicina, deberán tomar medidas urgentes, y optar o por alternativas que limiten la expansión del sistema mediante la selectividad o por hacer las inversiones requeridas por las necesidades creadas.

FIG. 15—Estimación del crecimiento del número de admitidos por primera vez a la carrera médica, según dos alternativas, en 18 países de la América Latina.



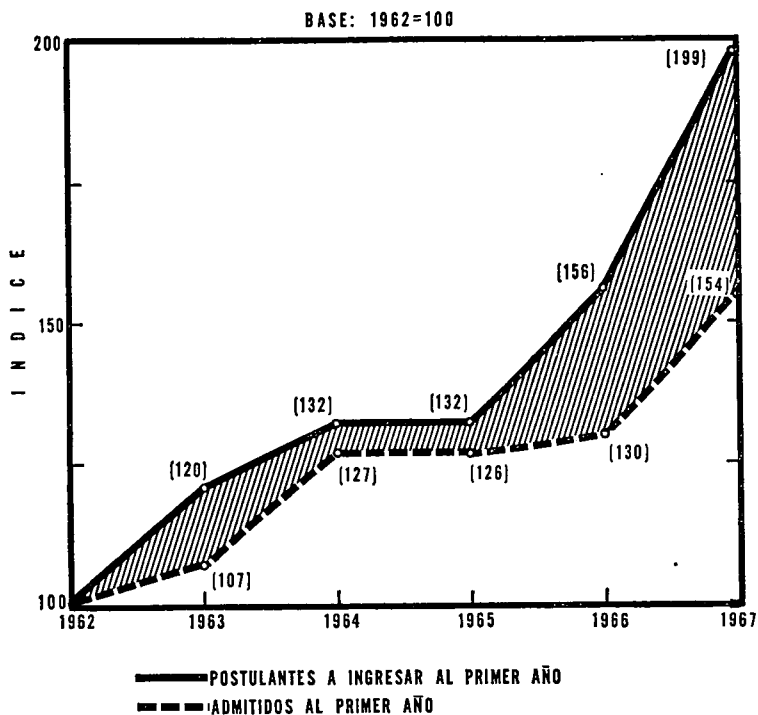
5. Postulantes para ingresar a la carrera de medicina

Una de las áreas donde, lamentablemente, la información es más escasa y poco confiable, es la correspondiente al número de aspirantes a la carrera médica. Dado que la mayoría de las escuelas de medicina tienen algún sistema o forma de selección, existen diferencias entre el número de aspirantes y el de aceptados para seguir la carrera.

El análisis que se presenta se basa en datos obtenidos de 11 países; no obstante, podría generalizarse para el resto de Latinoamérica. Los otros países son, en su mayoría, aquellos que han introducido en la educación superior los llamados estudios generales. Ellos dan opción para seguir varias carreras y, por lo tanto, impiden conocer el total de alumnos que originalmente aspiraron a la profesión médica.

En los países analizados el aumento anual del número de aspirantes a la carrera médica ha sido mucho más alto que el de admisión (Fig. 16). A nuestro juicio, el número de postulantes representa la demanda social por esos estudios, la que en cierto modo no se está satisfaciendo si se considera que de los 57.390 aspirantes que se presentaron sólo

FIG. 16—Comparación entre el aumento del número de postulantes a ingresar al primer año de la carrera médica y el de los admitidos en diez países latinoamericanos.



14.963 fueron aceptados, es decir, que 42.427 jóvenes deseosos de seguir la carrera fueron rechazados. Es sabido que en algunos países un mismo aspirante solicita simultáneamente ingreso a más de una escuela, lo cual se refleja en cifras totales de aspirantes más altas que las verdaderas. Pero aun tomando en cuenta esta circunstancia, las cifras siguen siendo altas.

Algunos educadores médicos creen este hecho ventajoso, pues estiman que habría mayores posibilidades de elegir mejores elementos para la carrera; sin embargo, esto se presta a discusión si se considera que los exámenes de ingreso no son siempre muy apropiados y que un número tan grande de rechazados debe, con seguridad, incluir gran cantidad de jóvenes que hubieran sido capaces de seguir con éxito la carrera.

No en todos los países estudiados el aumento del número de postulantes ha sido mayor que el de admitidos (Cuadro No. 4). Así, en Bolivia, Brasil y Ecuador el aumento de los postulantes es inferior

CUADRO NO. 4—Número de postulantes y de admitidos al primer año de la carrera médica en once países latinoamericanos, 1962-1967.

País	Postulantes						Porcentaje anual de crecimiento	Admitidos						Porcentaje anual de crecimiento
	1962	1963	1964	1965	1966	1967		1962	1963	1964	1965	1966	1967	
Argentina	6.030	6.401	7.210	8.037	8.697	7.639	4,6	4.557	4.912	5.569	5.280	4.836	4.829	1,1
Bolivia	705	704	726	785	815	865	4,0	292	262	205	412	468	491	9,9
Brasil	15.652	20.643	21.646	20.245	23.080	31.260	13,3	2.051	2.354	3.375	3.323	3.958	5.419	18,0
Colombia	1.882	2.153	2.526	2.617	4.240	5.382	19,2	534	582	629	661	669	857	9,2
Chile	2.164	1.948	2.315	2.419	3.144	6.128	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	9,7
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	1.175	1.656	2.202	2.477	3.317	3.642	20,4	986	1.071	1.145	1.079	1.036	988	0,0
Total	28.949	34.535	37.881	38.098	45.059	57.389	13,1	9.663	10.191	12.104	12.217	12.689	14.963	8,6

* No se incluyen los datos de una escuela.

al de los admitidos. En la República Dominicana y en Uruguay ambas cifras son iguales porque no existe política limitante.

En general, pareciera que la tendencia es hacia el predominio del aumento de postulantes sobre el incremento de admitidos a la carrera médica. En aquellos países donde se registró la situación inversa, ello parece ser un fenómeno de carácter transitorio que obedece más bien a un aumento circunstancial e inusitado en las admisiones que a una estabilización o disminución en el número de postulantes. Es posible que el gran aumento de aspirantes en toda la región llegue a constituir un elemento de presión considerable sobre el sistema educacional médico universitario en los próximos años y de allí las siguientes interrogantes:

a) ¿Significa este incremento de postulantes a la carrera de medicina una falta de equilibrio en las demandas de las carreras universitarias?

b) ¿Hay una buena orientación vocacional que pueda encauzar tal demanda hacia otros intereses?

c) ¿Es posible orientar a los estudiantes hacia otras profesiones dentro del sector salud y ofrecerles las oportunidades necesarias en ese sentido?

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 hacia carreras cortas.

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

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. Por lo tanto, la acción orientadora debería iniciarse al comienzo de los estudios medios, etapa en la que el estudiante piensa y expresa sus deseos de estudiar medicina. Efectivamente, en investigaciones hechas entre los estudiantes de las facultades de medicina de la Universidad del Nordeste (Argentina) y los de la Universidad de El Salvador (San Salvador) se halló que el promedio de los alumnos habían pensado en seguir la carrera de medicina cuando tenían entre 13 y 14 años de edad (Cuadro No. 5).

CUADRO No. 5—Etapas de la decisión de seguir medicina en alumnos de dos escuelas médicas de la América Latina.

Decisión de seguir medicina	Univ. del Nordeste (Argentina)		Univ. de El Salvador (El Salvador)	
	Edad promedio	Desviación estándar	Edad promedio	Desviación estándar
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

GRADUADOS

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

Lamentablemente, no existe consenso sobre cuál es el concepto de demanda futura y cuál es el mejor método para estimarla. Explican en parte esta falla, la ambigüedad existente en la definición de las funciones que cada uno de los miembros del equipo de salud debe desempeñar y la dificultad en precisar la demanda futura de la población latinoamericana por atención médica.

Son varios los métodos que pueden adoptarse para establecer aproximadamente el número necesario de médicos:³

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 correlacionarlas 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 este método se centran en la dificultad de obtener información confiable y en la idea de que el futuro de los países en vías de desarrollo podría diferir del pasado.

b) El análisis de las posibilidades de trabajo en el mercado. Este método vincula la planificación de la educación médica con la planificación económica y generalmente impone severas restricciones al número de médicos por graduarse. Estas restricciones se deben, especialmente en América Latina, a la asincronía producida por un crecimiento acelerado

³ Harbison, Frederick y Myers, Charles A: *Education, Manpower and Economic Growth*. McGraw-Hill Company, New York, 1964.

del sistema educacional médico y un ritmo de expansión más lento en las oportunidades de empleo. Sin embargo, algunos críticos de este método señalan que la insuficiencia de datos impide precisar el grado de saturación del mercado, especialmente en aquellos países donde hay un predominio del sector privado sobre el estatal en materia de atención médica de la población. Sostienen, además, que la rápida incorporación de grandes masas de esta población, hoy día excluidas de la participación en el uso de ciertos servicios, crearía una demanda insospechada.

La discusión se mantiene hasta ahora —por lo menos en la América Latina— a nivel teórico, con cierto entendimiento sobre la necesidad de estudiar mejor las ventajas y las limitaciones de tal método. Se piensa que no sería conveniente ajustarse demasiado a las demandas económicas para establecer el número de médicos que debe graduarse anualmente, sin tener certeza sobre el futuro del mercado de empleo.

c) El establecimiento de objetivos sociales. Este método se basa en la identificación de las deficiencias del sistema educacional y proyecta las necesidades futuras de acuerdo con el crecimiento estimado de la población y con 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. Es posible que la relación de un 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 este método es la falta de correlación con la planificación económica y, en consecuencia, con los planes nacionales de salud. Es por esto que los clásicos índices que relacionan el número de médicos con el número de habitantes parecieran haber perdido el sentido de meta que hasta hace poco se les asignaba.

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 día asistimos a cambios fundamentales en el concepto 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, la delegación de funciones hasta ahora desempeñadas por el médico a otro tipo de profesional o personal, podría cambiar considerablemente la demanda de médicos.

Actualmente, la educación médica en la América Latina aparece disociada tanto del sistema económico como de la planificación del sector salud en lo que al número anual de graduados se refiere. Por lo general, el número de graduados anualmente es el resultado 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 la América Latina debemos diferenciar entre egresados y graduados. Alumno egresado es el que ha cursado y aprobado todas las asignaturas requeridas por el plan de estudios, y graduado es el que, habiendo completado tales exigencias, ha cumplido, además, con otros requisitos que lo capacitan para obtener su diploma o título, pudiendo ser éstos un examen profesional, la presentación y defensa de una tesis, o la prestación de ciertos servicios al país como, por ejemplo, el ejercicio médico rural.

En 20 países de la América Latina el número de médicos graduados en 1967 fue de 9,455, de los cuales 70% correspondían a tres países: Argentina, Brasil y México.

El aumento anual del número de graduados en la América Latina en el período de 1963-1967 fue de 7,8%, cifra superior al crecimiento de la población para dicho lapso (Cuadro No. 6). No todos los países han tenido un aumento del número de graduados; por el contrario, algunos han sufrido una disminución acentuada. Países como Chile, Colombia y Paraguay, en los que no se verifica un aumento del número de graduados, tienen, además, una cifra relativamente baja de médicos por habitantes, mientras que en otros países, como 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, Chile, Colombia y Paraguay, entre otros, optaron por una limitación rigurosa en el ingreso desde hace más de 20 años.

En países con una baja relación médico-habitantes y con perspectiva de que tal situación no se modifique, cabe pensar en un cambio substancial del sistema de atención médica, y, por consiguiente, en una modificación de la planificación de los recursos humanos para la salud. Así, en algunos países se llevan a cabo experiencias con miras a que el médico delegue parte de sus responsabilidades en el personal llamado subprofesional, y se espera que con estas medidas disminuya la necesidad de

CUADRO NO. 6—Número de médicos graduados en la América Latina de 1963 a 1967, por año y por países.

País	1963	1964	1965	1966	1967	Porcentaje anual de crecimiento
Argentina	1.947	2.202	2.282	1.873	2.569	6,8
Bolivia	95	93	104	129	125	5,4
Brasil	1.582	1.567	1.784	1.550	2.046	6,3
Colombia	439	393	473	392	353	-5,3
Costa Rica	*	*	11	14	15	—
Cuba	334	312	395	400	453	4,3
Chile	233	236	228	225	233	0,0
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	1.059	1.055	1.471	1.439	1.957	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	6.903	7.111	8.136	7.346	9.455	7,8

* No hubo graduados.

† No se obtuvo información.

§ En 1967 se graduó un número considerable de antiguos egresados.

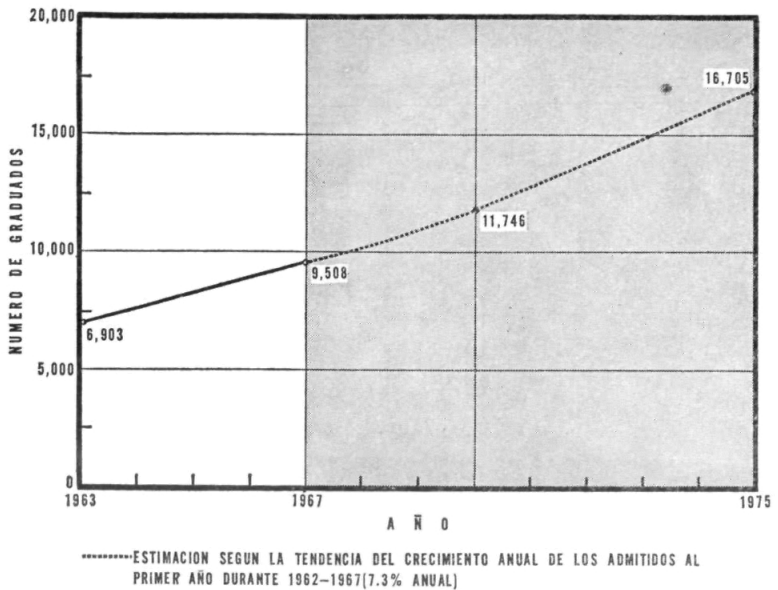
formar mayor número de médicos. Este tipo de atención médica requiere un aumento del personal subprofesional que, sin duda alguna, puede formarse más rápida y económicamente.

Por último, debemos anotar que las proyecciones de graduados para los próximos años en la América Latina indican un aumento considerable en el número absoluto de graduados (Fig. 17), pero tal aumento será insuficiente para alterar en forma significativa la relación médico-habitantes.

EL PROFESORADO

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

FIG. 17—Estimación del número de médicos graduados en 20 países de la América Latina.



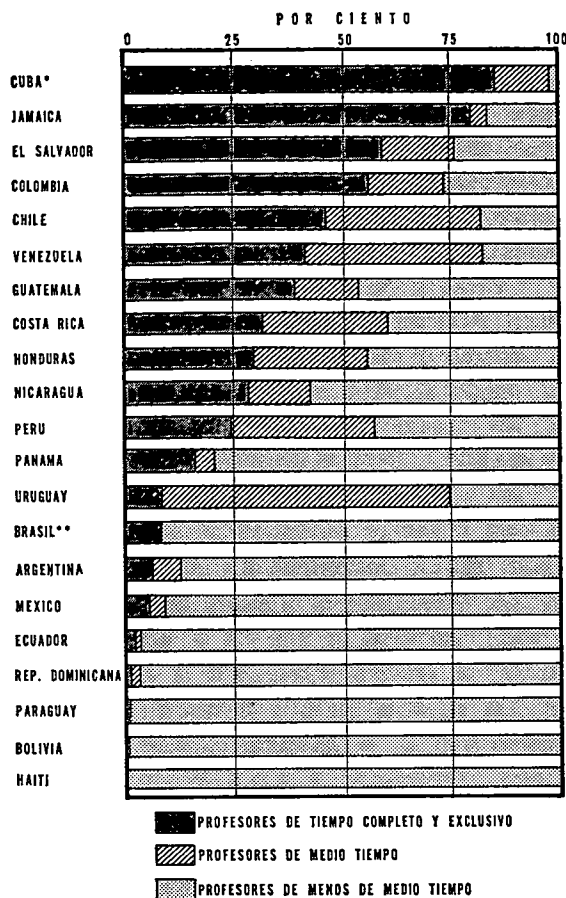
En 1967, en las 100 escuelas de medicina latinoamericanas con cursos completos, prestaban servicios 18,310 profesores.

El tiempo que los profesores dedican a la docencia es uno de los factores de 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 llegar a los niveles que se consideran ideales. Una de las razones que impide lograr tal nivel es que el trabajo universitario en la 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 de las escuelas encuestadas, 18,2% desempeñaban su cargo a tiempo completo—algunos con dedicación exclusiva— y destinaban más de 36 horas semanales a esta actividad; 13,4% dedicaban entre 20 y 35 horas, y 68,4% menos de 19. Estos hallazgos confirman que la mayoría de los profesores de las escuelas de medicina no tienen como interés central las actividades docentes.

Al analizar la situación por países se observa (Fig. 18) una amplia

FIG. 18—Distribución porcentual de los profesores de medicina de la América Latina, según dedicación (escuelas con curso completo)—1967.



* Datos correspondientes a 1965.

** Sólo se incluyen 24 de las 31 escuelas con curso completo.

variación con respecto al tiempo que el profesor de medicina dedica al desempeño de su cargo. El porcentaje de profesores a tiempo completo varía de 0 a 80%, hallándose en un extremo, Cuba y Jamaica con más de 70% de profesores a tiempo completo, y en el extremo opuesto, Haití, donde no hay ningún profesor que desempeñe sus funciones en esas condiciones.

La relación entre el número de profesores a tiempo completo y el de estudiantes de medicina en la América Latina es de 1 a 26 (Cuadro

CUADRO No. 7—Número de estudiantes y de profesores a tiempo completo y exclusivo en las escuelas de medicina con curso completo en la América Latina, 1967.

País	No. de estudiantes	No. de profesores	Relación alumno-profesor
Argentina	27.790	182	152,6
Bolivia	2.179	1	2.179,0
Brasil *	12.529	279	44,9
Colombia	3.174	717	4,4
Costa Rica	188	19	9,8
Cuba †	4.516	177	25,5
Chile §	2.293	593	3,8
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
Rep. Dominicana	1.109	1	1.109,0
Uruguay	2.244	33	101,3
Venezuela	5.491	523	10,4
Total	88.383	3.330	26,5

* Sólo se incluyen 24 de las 31 escuelas con curso completo.

† Información para el año 1965.

§ Se incluye una escuela con curso incompleto cuyos alumnos completan su formación clínica en otras escuelas.

No. 7). Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Honduras tienen la relación más alta, y Argentina, Bolivia, Ecuador, México, República Dominicana y Uruguay, la más baja.

Cualquier reforma del sistema de enseñanza médica necesitaría considerar el aumento de profesores a tiempo completo por estudiante, pero en algunos países esta tarea es difícil y a largo plazo. Sin embargo, podrían buscarse soluciones alternativas, entre otras, una mejor distribución del tiempo de los profesores durante el año escolar.

FINANCIAMIENTO

Se entiende por financiamiento de la educación médica el conjunto de aportes monetarios necesarios para sufragar 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 se dificulta, entre otras razones, por la falta de información, debido a que algunas escuelas no administran directamente su presupuesto, y por la diversidad de formas en que se presentan los informes financieros. Tampoco existe consenso sobre la definición de las partidas y cuáles de ellas deben considerarse gastos de la educación.

El financiamiento de las escuelas de medicina latinoamericanas, al igual que el de las universidades e institutos de educación superior, proviene fundamentalmente del sector público. Efectivamente, 72% de las 135 escuelas existentes en 1967 estuvieron financiadas totalmente por el Estado.

1. *Gastos de la escuela de medicina*

Se considera como gastos de la escuela de medicina el presupuesto ejecutado por ella en un período dado.

En el análisis de las finanzas de las escuelas de medicina se utilizaron datos proporcionados por 72 escuelas con cursos completos.

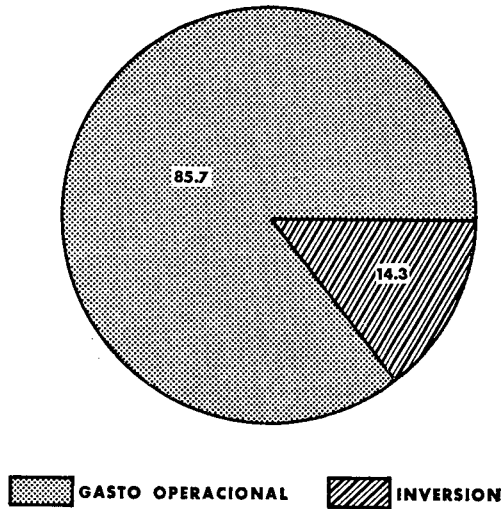
En este estudio se excluyó, en lo posible, la parte del presupuesto de las escuelas dedicada a funciones asistenciales relacionadas con la docencia. Tampoco se incluyeron los gastos pagados con fondos extra-presupuestales ni aquella porción que correspondería a las escuelas de medicina en una distribución proporcional de los gastos de las oficinas centrales de los institutos de educación superior a los cuales dichas escuelas están adscritas.

En el análisis de los gastos de una escuela de medicina se consideran dos grandes áreas: los gastos operacionales o de funcionamiento y las inversiones. El monto total gastado en 1967 en las 72 escuelas analizadas fue de 59,425,705 dólares, de los cuales el 86% representaba gastos operacionales y el 14% inversiones (Fig. 19).

Gastos operacionales: Los gastos operacionales incluyen sueldos 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 estudiadas a 50,947,222 dólares, correspondiendo el 86% de esta cifra al pago de personal docente y administrativo (Fig. 20).

Aunque los sueldos del personal docente absorben la casi totalidad del presupuesto, en la mayoría de los países latinoamericanos la remunera-

FIG. 19—Monto del gasto directo de 72 escuelas de medicina de 17 países latinoamericanos—1967.



ción al profesor es baja, si se compara con los ingresos obtenidos en la práctica profesional.

Los aumentos de sueldo deberían ir acompañados de un uso más eficiente del tiempo que el profesor dedica a la docencia y de una diferenciación mayor entre la remuneración dada al profesor de tiempo completo y la del profesor a tiempo parcial.

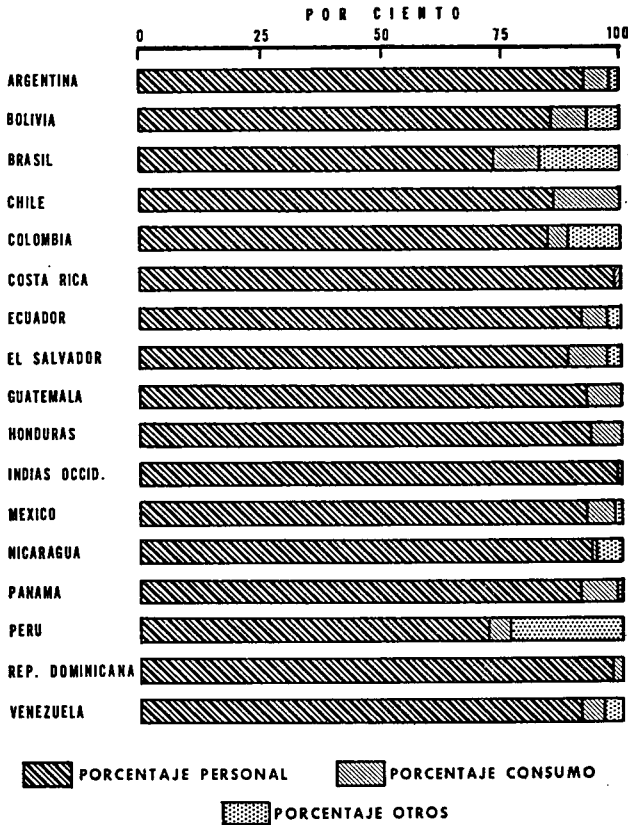
Inversiones: Las inversiones, o sean los gastos por adquisición de material permanente y por construcción, ascendieron, en las 72 escuelas analizadas, a 8,478,483 dólares en 1967 (Fig. 21).

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

2. Costo anual por alumno

El costo anual por alumno (Cuadro No. 8) se ha calculado dividiendo el monto del gasto operacional más el 10% de las inversiones entre el número total de alumnos. Se ha agregado este 10% 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.

FIG. 20—Gasto operacional en 72 escuelas de medicina de 17 países de la América Latina—1967.

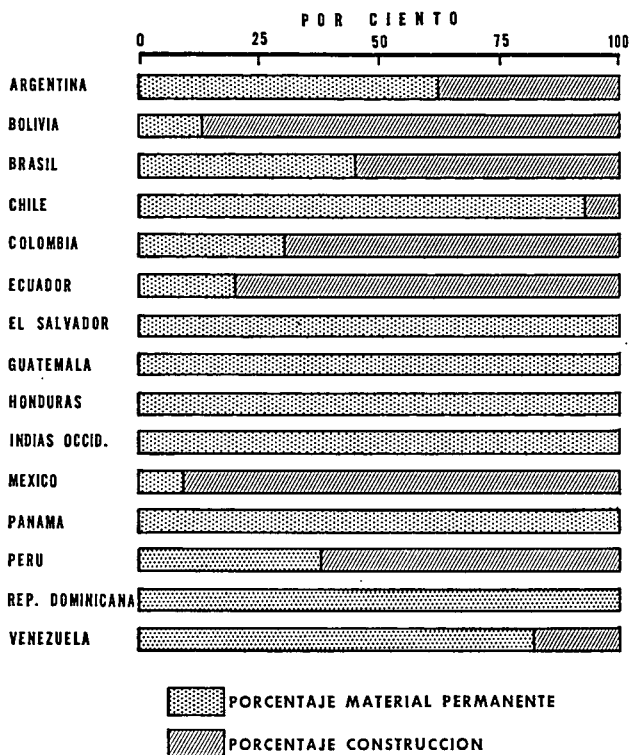


El costo anual por alumno —promedio de las 72 escuelas— fue de 1,340 dólares. El costo más elevado fue el de la Escuela de Medicina de Jamaica con 3,667 dólares, y el más bajo el de la escuela de Bolivia con 125 dólares. La diferencia entre los valores extremos es notable y seguramente refleja la diversidad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

DISCUSION

La información sobre educación médica presentada no podría ser analizada en todas sus implicaciones y consecuencias sin antes con-

FIG. 21—Inversiones en 72 escuelas de medicina de 17 países latinoamericanos.



siderar el marco conceptual del subdesarrollo económico y social. El subdesarrollo ha sido definido como una situación donde existen tensiones nacidas fundamentalmente de la discrepancia entre las aspiraciones a un elevado nivel de vida y la imposibilidad de lograrlo. Los obstáculos que impiden o dificultan que la población satisfaga estas aspiraciones dan origen a una dinámica compleja, una de cuyas características es el nacimiento de nuevos desniveles o desajustes entre los diferentes sectores de los países subdesarrollados.

La educación es uno de los sectores donde se concentran las aspiraciones de la población, las cuales, a pesar de que han creado una rápida expansión del sector, sólo han podido ser parcialmente satisfechas. Así, en la América Latina, en los últimos años, el aumento anual de matriculados en la escuela primaria ha sido de 6,1%, en la enseñanza media, de 10,8%, y en la educación superior, de 9,5%.⁴ Estamos asistiendo, por

⁴ Banco Interamericano de Desarrollo: *Progreso Socio-económico de América Latina*. Séptimo Informe Anual, 1966. Washington, D. C.

CUADRO NO. 8—Costo alumno-año en 72 escuelas de medicina de la América Latina, 1967.

Pais	Gasto (en dólares) *	No. de alumnos	Costo alumno-año
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
Colombia	2.461.846,16	2.941	837,07
Costa Rica	272.972,21	184	1.483,54
Chile	6.448.657,32	2.159	2.986,87
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

* Se incluyen los gastos operacionales más el 10% de las inversiones.

lo tanto, a una rápida expansión del sector educacional en todos sus niveles, crecimiento que supera al de la población y al del sector económico. Este fenómeno no pareciera ser de índole pasajera pues todo indica que la presión social por educación seguirá aumentando y reflejándose en la expansión cada vez mayor del sistema educacional.

Al igual que en el sector educacional, las expectativas crecientes también se vierten en el sector salud. Diversos indicadores señalan que, en los últimos años, la demanda por los servicios de salud ha ido en rápido aumento. Se desconoce con exactitud la magnitud de la demanda no satisfecha o parcialmente satisfecha, aunque es posible suponer que, al igual que en otros sectores, ésta es considerable y supera la expansión de servicios.

La demanda por educación y salud por parte de la población de los países subdesarrollados y su satisfacción parcial, repercuten directamente sobre la educación médica, dando origen en este sector a desajustes o desniveles. Estos pueden agruparse en tres categorías: 1) Desajuste entre el sistema de enseñanza media y el sistema de educación médica; 2) desajustes internos del sistema de educación superior y de educación médica, y 3) desajuste entre el sistema de servicios de salud y el sistema de educación médica. Teniendo en cuenta el esquema

clasificadorio de los desajustes, trataremos de analizar los determinantes y consecuencias de algunos de los hallazgos presentados.

1. *Desajuste entre el sistema de enseñanza media y el sistema de educación médica*

Si se acepta, como lo han expresado algunos autores, que la educación es un proceso de maduración continuo y no espasmódico, no debería existir, desde la educación primaria a la superior, ninguna limitación externa a la expansión de las potencialidades del individuo; y la educación debería ser un camino que se va estrechando progresivamente en un proceso de selección de los más capaces.⁵ Los países desarrollados, en los cuales la educación obedece a un sistema integrado de los tres niveles —primario, medio y superior—, se acercan a este modelo ideal.

En los países subdesarrollados, por el contrario, las discontinuidades cualitativas y cuantitativas que se producen entre los niveles en que se divide artificialmente la educación destruyen la unidad del sistema. Las más importantes se producen entre el nivel medio de enseñanza y el superior y llegan a su manifestación máxima en el ingreso a la carrera médica.

La demanda por educación médica sobrepasa las posibilidades de cupo, lo cual ha dado lugar a que en la mayoría de las escuelas de medicina se hayan implantado mecanismos de limitación del ingreso. Como resultado de esta política, en 1967 en 11 países latinoamericanos sólo fueron aceptados el 26% de los postulantes a ingresar a la carrera médica. Sin embargo, el hecho más característico de desajuste entre el nivel medio y la educación médica es que el ritmo del incremento anual de aspirantes ha sido mucho más rápido que el de admisión.

La gran demanda social por educación médica —hasta ahora sólo parcialmente satisfecha— llegará a constituir un elemento de presión política considerable sobre el sistema educacional médico. De hecho, esto ya está ocurriendo en varias escuelas latinoamericanas, en donde los conflictos estudiantiles se centran en el problema del ingreso.

La solución del desajuste analizado podría enfocarse desde diversos ángulos, entre los cuales se juzgan de importancia: a) una inversión mayor destinada a ampliar los recursos humanos y materiales de las escuelas existentes y las futuras; b) mayor diversificación de la carrera médica, especialmente con carreras cortas que puedan satisfacer las demandas de la población por servicios médicos (en este aspecto, la

⁵ Ministério da Educação e Cultura. Comissão Especial, Conselho Federal de Educação: *Articulação da Escola Média com a Superior*. Documenta 79, diciembre, 1967, Río de Janeiro, Brasil.

creación de facultades de ciencias de la salud constituye una alternativa promisoría); c) orientación vocacional temprana a fin de dirigir la demanda social de estudios hacia profesiones más necesarias, y d) evaluación y mejoramiento de los mecanismos utilizados para la selección y la limitación del ingreso.

2. Desajustes internos de los sistemas de educación superior y de educación médica

En el nivel universitario existen marcadas diferencias en el desarrollo de las diversas carreras que lo componen. Las aspiraciones de la población se concentran en las profesiones tradicionales, tales como derecho y medicina, las que reúnen el mayor número de alumnos y recursos humanos y materiales. Esta situación es coexistente con una falta de diversificación de carreras a nivel universitario y con un mercado de trabajo que no estimula ni el desarrollo de nuevas áreas de conocimiento ni el de nuevas profesiones.

El desarrollo armónico de diferentes carreras a nivel nacional y local se haya obstaculizado por la existencia de escuelas desligadas de las universidades y por la autonomía que tanto estas escuelas como las mismas universidades tienen en relación con las necesidades establecidas en los planes nacionales de desarrollo económico-social. Con respecto a la escuela de medicina —considerada ésta como unidad productiva— se pueden señalar dos grandes áreas de desajustes internos que afectan directamente la eficiencia del sistema: la elevada proporción de estudiantes irregulares y un predominio numérico de profesores dedicados parcialmente a las actividades docentes de la escuela de medicina.

El gran número de estudiantes irregulares existente en algunas escuelas se debe a diversos factores, entre los que pueden señalarse: a) planes de estudios que no requieren del alumno una participación a tiempo completo, lo que los lleva a buscar trabajo remunerado, convirtiéndolo en estudiante irregular pues, en virtud de su trabajo, no siempre puede presentarse a sus exámenes y aprobarlos en tiempo debido; b) tolerancia por parte de la escuela de la situación de estudiante irregular (en algunas instituciones no existe limitación a las veces que un estudiante puede repetir un curso o una materia), y c) factores puramente académicos, tales como la gran cantidad de materias que deben ser aprobadas y la dificultad de aprobar ciertas asignaturas que la escuela o el jefe de cátedra o departamento estima importantes.

El alto porcentaje de profesores dedicados parcialmente a las actividades docentes se debe a que, en muchos países, el trabajo universi-

tario se considera de alto prestigio pero es de escasa remuneración, por lo cual se desempeña como una labor adicional al ejercicio profesional.

3. *Desajuste entre el sistema de atención médica y el sistema de servicios de salud*

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 con la del sector salud. Actualmente, la educación médica en la América Latina aparece disociada tanto del sistema económico como de la planificación del sector salud en lo que al número de graduados se refiere. Por lo general, el número de médicos que se gradúan anualmente es el resultado de la demanda por educación médica y de las condiciones internas del sistema educacional y no, como sería de esperar, de las necesidades que impone un plan de salud de carácter nacional. La baja relación médico-habitantes encontrada en varios países y la perspectiva de que ésta no se modifique, debería ser motivo de cambios substanciales en el sistema de atención médica y, por consiguiente, de modificaciones en la planificación de los recursos humanos para la salud.

Como puede deducirse del análisis presentado, los problemas de la educación médica en la América Latina son de tal naturaleza que no pueden ser resueltos satisfactoriamente sin tomar en cuenta el sistema educacional pre-universitario, el sistema de atención médica y la formación del resto del personal que integra el equipo médico. En consecuencia, la planificación de los recursos humanos debe constituir parte importante de los planes nacionales de salud y reflejar el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que tengan que ver con la formación y la utilización del personal de salud.

RESUMEN

Se presentan los resultados preliminares de un estudio realizado por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la educación médica en la América Latina. Cada una de las escuelas de medicina existentes en 1967 en la América Latina fue visitada por un investigador por un período aproximado de siete días, durante los cuales se administraron dos cuestionarios especialmente preparados para tal propósito. Los directivos de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de la mayoría de los países participaron activamente en la recolección de la información.

El análisis de la información revela la existencia de tres tipos o categorías de desajustes: a) desajuste entre el sistema de enseñanza media y el sistema de educación médica; b) desajustes internos del sistema de educación superior y del sistema educacional médico, y c) desajuste entre el sistema de servicios de salud y el sistema de educación médica.

El desajuste entre el sistema de enseñanza media y el sistema de educación médica se manifiesta en una creciente demanda por estudios médicos que sólo está siendo parcialmente satisfecha y que puede llegar a constituir un elemento de presión política sobre el sistema educacional médico en un futuro próximo. Esta demanda social ha traído como consecuencia, no obstante su satisfacción parcial, dos fenómenos: un rápido incremento en el número de escuelas de medicina durante los últimos años y un aumento en el tamaño de las mismas.

La segunda categoría agrupa los desniveles o desajustes que se producen dentro del sistema de enseñanza superior y del sistema educacional médico, y son: a) la concentración de los alumnos universitarios en las llamadas carreras tradicionales tales como derecho y medicina; b) el funcionamiento independiente de las escuelas o facultades que integran una universidad (este fenómeno también se observa entre las escuelas que constituyen facultades de medicina); c) la elevada proporción de estudiantes irregulares en las escuelas de medicina de un número considerable de países, y d) el insuficiente número de profesores dedicados a tiempo completo en la mayoría de los países.

La tercera categoría de desajustes es la de mayor trascendencia y, en buena medida, la determinante de las dos analizadas. Actualmente la educación médica en la América Latina aparece dissociada tanto del sistema económico como del sector salud en lo que al número anual de graduados se refiere. Salvo contadas excepciones, en los países de la América Latina no existe planificación alguna de los recursos humanos para la salud. El análisis de la información presentada podría servir de base para proponer acciones destinadas a un desarrollo armónico de estos recursos.

GENERAL CHARACTERISTICS OF MEDICAL EDUCATION IN LATIN AMERICA

(Summary)

The preliminary results of a study carried out by the Department of Human Resources Development of the Pan American Health Organization

on medical education in Latin America are presented. Each of the Latin American schools of medicine in existence in 1967 was visited by a researcher for approximately seven days. During this period, two specially prepared questionnaires were completed. The officials of the national associations of medical schools were instrumental in compiling the information in most of the countries.

An analysis of the data reveals the presence of three types or classes of imbalances: a) imbalance between the system of secondary education and that of medical education; b) internal imbalances in the systems of higher education and medical education, and c) imbalance between the system of health services and that of medical education.

The imbalance between the secondary educational system and the system of medical education is disclosed by the growing, and only partially satisfied demand for medical courses of study. This increasing demand may become an element of political pressure upon the system of medical education in the near future. Despite the fact that the demand is being partially met, it has resulted in two developments: a recent rapid increase in the number of medical schools; and an increase in the size of individual medical schools.

The second type of imbalance includes inadequacies or imbalances produced within the systems of higher education and medical education. These are: a) the concentration of university students in the so-called traditional courses of study, such as law and medicine; b) the independent functioning of the schools or departments which make up universities (this can also be observed among the schools which make up medical departments); c) the high percentage of part-time students in schools of medicine in many countries, and d) the insufficient number of full-time teachers in most countries.

The third type of imbalance has more far-reaching significance and, to a large extent, determines the other two. At present, medical education in Latin America seems to be disassociated from both the economic and from the health sectors insofar as the actual number of graduates is concerned. With a few rare exceptions, there is no health manpower planning whatsoever in the countries of Latin America.

The study of the data compiled may serve as a basis for the proposal of activities leading to a harmonious development of health manpower.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

(Resumo)

Apresentam-se os resultados preliminares de um estudo realizado pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a educação médica na América Latina. Cada

uma das escolas de medicina existentes em 1967 na América Latina foi visitada por um investigador durante o período aproximado de sete dias, no decorrer dos quais foram submetidos dois questionários especialmente preparados para tal fim. Os dirigentes das Associações Nacionais de Faculdades de Medicina da maioria dos países participaram ativamente da coleta da informação.

A análise da informação revela a existência de três tipos ou categorias de desajustes: a) desajuste entre o sistema de ensino médio e o sistema de educação médica; b) desajustes internos do sistema de educação superior e do sistema educacional médico, e c) desajuste entre o sistema de serviços de saúde e o sistema de educação médica.

O desajuste entre o sistema de ensino médio e o sistema de educação médica manifesta-se numa crescente demanda de estudos médicos que só está sendo parcialmente satisfeita e que pode chegar a constituir elemento de pressão política sobre o sistema educacional médico em futuro próximo. Essa demanda social trouxe como consequência, apesar de sua satisfação parcial, dois fenômenos: um rápido incremento do número de escolas de medicina durante os últimos anos e um aumento do tamanho das mesmas.

A segunda categoria reúne os desajustes que se produzem dentro do sistema de ensino superior e do sistema educacional médico e que são os seguintes: a) a concentração dos alunos universitários nas chamadas carreiras tradicionais, tais como direito e medicina; b) o funcionamento independente das escolas ou faculdades que integram uma universidade (Este fenômeno também se observa nas escolas que constituem Faculdades de Medicina); c) a elevada proporção de estudantes irregulares nas escolas de medicina de um número considerável de países; e d) o número insuficiente de professores dedicados a tempo completo na maioria dos países.

A terceira categoria de desajustes é a de maior transcendência e, em boa medida, a determinante das duas analisadas. Atualmente, a educação médica na América Latina acha-se desassociada tanto do sistema econômico quanto do setor da saúde, no que se refere ao número anual de diplomados. Salvo poucas exceções, nos países da América Latina, não existe planejamento algum dos recursos humanos para a saúde.

A análise da informação apresentada poderia servir de base para propor ações destinadas a um desenvolvimento harmonioso dos recursos humanos para a saúde.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN AMÉRIQUE LATINE

(Résumé)

Le rapport présente les résultats d'une étude préliminaire effectuée par le Département de développement des ressources humaines de l'Organisation.

panaméricaine de la Santé sur l'enseignement médical en Amérique latine. Chacune des écoles de médecine existantes en 1967, en Amérique latine, a reçu la visite d'un enquêteur pendant une période de sept jours environ au cours de laquelle deux questionnaires spécialement rédigés à cette fin ont été soumis aux intéressés. Les dirigeants des associations nationales de facultés de médecine de la plupart des pays ont participé activement au rassemblement des renseignements.

L'examen détaillé des renseignements révèle l'existence de trois types ou catégories de disparités: a) disparité entre le système d'enseignement moyen et le système d'enseignement médical; b) disparités internes du système d'enseignement supérieur et du système d'enseignement médical, et c) disparité entre le système des services sanitaires et le système d'enseignement médical.

La disparité entre le système d'enseignement moyen et le système d'enseignement médical se manifeste par une demande croissante d'études médicales qui n'est satisfaite qu'en partie et qui peut finir par devenir un élément de pression politique sur le système d'enseignement médical dans un avenir prochain. Malgré sa satisfaction partielle, cette demande sociale a abouti à deux phénomènes: une augmentation rapide du nombre d'écoles de médecine au cours des dernières années et une augmentation de leur importance.

La deuxième catégorie comprend les inégalités ou disparités qui se produisent à l'intérieur du système d'enseignement supérieur et le système d'enseignement médical, à savoir: a) l'orientation des étudiants vers les carrières dites traditionnelles, telles que la médecine et le droit; le fonctionnement indépendant des écoles ou facultés qui font partie d'une université (Ce phénomène peut être également constaté dans les écoles qui constituent des facultés de médecine); c) la proportion élevée d'étudiants irréguliers dans les écoles de médecine d'un grand nombre de pays, et d) le nombre insuffisant de professeurs à plein temps dans la plupart des pays.

La troisième catégorie de disparités est la plus importante et, dans une certaine mesure, la déterminante des deux catégories examinées. A l'heure actuelle, l'enseignement médical en Amérique latine semble être dissocié, non seulement du secteur économique mais également du secteur santé, en tant qu'il s'agit du nombre annuel de gradués. Sauf quelques rares exceptions dans les pays de l'Amérique latine, il n'existe aucune planification des ressources humaines pour la santé.

L'examen des renseignements présentés pourrait servir de base pour un programme d'action visant à assurer un développement harmonieux des ressources humaines pour la santé.

THEODORE D. KEMPER, MERRIJOY J. KELNER
y HELEN B. FRITZ

Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto

El programa de ciencias de la conducta en una escuela de medicina debe estar dirigido hacia la dinámica de la práctica médica y especialmente hacia las funciones del médico en ejercicio. Debe también ofrecer a los estudiantes oportunidades estructuradas para actuar con pacientes, permitir la observación de médicos generales en ejercicio, hacer uso de nuevas técnicas educacionales y estar sometido a una evaluación permanente.

EN LOS últimos años, la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto ha llevado a cabo una reevaluación completa de su plan de estudios, y como consecuencia de ello decidió incluir en el curso de ciencias básicas un programa de ciencias de la conducta.

Las ciencias básicas constituyen el primero de tres períodos dentro del plan de estudios y comprenden la descripción e interpretación de los procesos normales en oposición a los patológicos. Con el objeto de explorar la naturaleza del programa y su contribución al plan general de estudios de medicina, el Decano de la Facultad formó un comité de ciencias de la conducta integrado por miembros de los departamentos de psiquiatría, pediatría, medicina preventiva y otros.

El programa se concibió como un medio de proveer un foro para

• El Dr. Kemper es Profesor Asociado en Ciencias de la Conducta en la Facultad de Medicina y en el Departamento de Sociología de la Universidad de Toronto (Canadá); el Dr. Kelner es Profesor Asistente en los mismos Departamentos, y la Dra. Fritz es Profesora en Ciencias de la Conducta en la Facultad de Medicina.

discutir ciertos temas relacionados con las bases del comportamiento humano y examinar varios aspectos del crecimiento y desarrollo del hombre, así como para utilizar los instrumentos de las ciencias sociales en la investigación.

El Comité consideró que los estudiantes de medicina deben tener la oportunidad de enfocar su interés y preocupación hacia el individuo dentro de su medio social y no sólo cuando necesita asistencia médica en el hospital. En la consecución de tal objetivo y para facilitar el establecimiento de las relaciones paciente-estudiante, se propuso asignar a éstos familias cuyos miembros hubieran sido atendidos en el hospital. En esta forma los estudiantes se convertirían en los consejeros de salud de esas familias durante el curso de sus estudios médicos.

A principios de enero de 1968, se seleccionó como profesor y director del programa de ciencias de la conducta a un sociólogo con experiencia en materia de salud y áreas afines, con un nombramiento simultáneo en sociología y pediatría. Dicho profesor se encargó de reunir a un grupo de científicos sociales especializados en antropología, psicología y sociología y que, además, hubiesen dirigido proyectos de investigación estrechamente relacionados con el campo de la salud dentro de sus propias disciplinas. Todos los miembros del grupo participaron activamente en el desarrollo del programa así como en las investigaciones relacionadas con la atención médica, y desde el año académico de 1969-1970 se encuentran comprometidos en los programas de enseñanza.

Actualmente se hallan en marcha las siguientes investigaciones:

1) Un estudio de los problemas de salud física y emocional de un grupo de jóvenes en Toronto, designados como "hippies". El estudio hace hincapié en el estado de salud de este grupo, desde el punto de vista de evaluación clínica y del de autoevaluación; también trata de indagar hasta qué grado este grupo utiliza los servicios de salud a su disposición.

2) Una serie de proyectos interrelacionados que tienen que ver con la prestación de atención médica en un hospital urbano. En principio esta serie incluye tres estudios:

a) El hospital y la comunidad: Enfoca el impacto del hospital sobre la atención médica a la comunidad.

b) Recursos humanos para la salud: Describe el papel y las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud y sugiere posibles reasignaciones de funciones tendientes a mejorar la asistencia médica.

c) El paciente, la enfermera y el médico: Comprende un análisis de patrones de comunicación y el efecto de dichos patrones en la atención médica.

Dos de los miembros del Grupo de Ciencias de la Conducta han trabajado con un comité interdisciplinario constituido por personal médico del Departamento de Medicina y de la Unidad de Práctica Familiar del "Toronto Western Hospital" y por miembros del personal docente de la Escuela de Enfermería de la misma Universidad, con el objeto de desarrollar este programa de investigación. Otras de las investigaciones que llevan a cabo miembros del Grupo incluyen, un estudio intensivo del médico general y del desarrollo de un marco teórico para la integración de la tecnología, la organización social y la estructura social.

Durante el primer año, el programa de ciencias de la conducta estableció enlaces con otros departamentos y programas de la Facultad, con los cuales se esperaba que el intercambio de ideas y la cooperación en proyectos de investigación resultara de valor mutuo. Como consecuencia de ello, tres de los cuatro sociólogos del Departamento de Ciencias de la Conducta enseñan también en el Departamento de Sociología; un psicólogo —que se unió al Grupo de Ciencias de la Conducta en julio de 1969— trabaja también con el Departamento de Psicología y en el "Sick Children's Hospital"; otro psicólogo actuará en forma similar dentro del programa de psiquiatría que dirige el Dr. Robert Ross, en el "Toronto General Hospital." Un psicólogo clínico del "Clarke Institute" y un profesor de sociología que por muchos años ha llevado a cabo estudios sobre la profesión médica, mantendrán sus cargos previos al tiempo en que formarán parte del Departamento de Ciencias de la Conducta.

Se espera hacer arreglos similares con antropólogos que más adelante formarán parte del Grupo.

La administración de la Facultad de Medicina acordó fijar un año al reclutamiento del personal y a la preparación del programa de enseñanza de ciencias de la conducta. A medida que estas actividades se llevaban a cabo, el personal existente se encargaba de hacer un estudio exhaustivo de los programas orientados a la presentación de la conducta humana que se seguían entonces en escuelas de medicina del Canadá, Estados Unidos y la Gran Bretaña. Un número importante de visitas a estos programas sirvieron para aclarar y delinear las áreas relevantes para su inclusión en el plan de estudios de la Universidad de Toronto. El curso se desarrolló siguiendo como principio los conceptos y los conocimientos sobre ciencias sociales que pudieran estimular la socialización anticipatoria del estudiante hacia la perspectiva médica. Esto

implica una exposición substancial a patrones normales de ajuste psicosocial, así como a problemas y preocupaciones específicos de salud.

El contenido del programa comprende cursos médicos previos de materias relacionadas, tales como medicina preventiva y psiquiatría. Durante ese año se discutió el contenido propuesto con grupos de estudiantes de medicina y con residentes, así como con comités interdisciplinarios de plan de estudios, constituidos por miembros del personal docente de otros departamentos de la escuela de medicina, todos los cuales expusieron de manera clara sus intereses y preocupaciones.

El plan de estudios de las ciencias de la conducta, tal como se desarrolla actualmente, se basa en las siguientes consideraciones:

1. Orientación médica

La importancia del programa encuadrado a la dinámica de la práctica médica y específicamente al papel del médico práctico. Esta orientación debe considerar particularmente los factores que influyen en la relación médico-paciente; el papel del médico en relación con la organización de asistencia médica; la importancia de los factores culturales, tales como status social y antecedentes étnicos, los cuales afectan tanto la percepción de la enfermedad como la reacción a ella, dentro del ambiente médico.

2. Relación directa con los pacientes

El convencimiento de que los estudiantes esperan relacionarse con pacientes desde las primeras fases de la enseñanza médica y consideran que las ciencias de la conducta representan un medio potencial de adquirir esta experiencia. Esto implica que el programa debe proveer a los estudiantes de medicina con oportunidades estructurales durante las cuales puedan trabajar directamente con pacientes y observar y discutir los casos presentados.

3. Oportunidad de observar a médicos en acción

Las ventajas de incorporar médicos en ejercicio en el programa, con el fin de hacer resaltar por los mismos el valor de la perspectiva conductual. La participación de médicos en ejercicio da también a los estudiantes la invaluable oportunidad de observar su actuación con pacientes y de discutir sus casos.

4. Enfoque metodológico

El valor de las nuevas técnicas en la presentación de material de las ciencias sociales. En términos concretos, esto significa el abandono del sistema tradicional de la clase magistral y de los bloques de materia

altamente organizada. La metodología seleccionada permite discusiones intensivas con pequeños grupos; laboratorios de campo con la participación activa de los estudiantes en la recolección de datos que más adelante deberán analizar e interpretar; y presentación de casos en foros, en los cuales los estudiantes pueden comenzar a percibir los factores que influyen en la perspectiva médica.

a) *Presentación.* Necesidad de un nivel sofisticado de presentación. Este requerimiento nace de la mejor comprensión del público de los principios de las ciencias sociales y de la participación previa de la mayoría de los estudiantes de medicina en cursos de psicología, antropología o sociología.

b) *Métodos de investigación.* Mayor importancia al uso de los métodos de investigación de las ciencias sociales cuando se considere necesario aumentar la comprensión de las implicaciones humanas en la práctica médica.

5. *Evaluación del curso*

Necesidad de su evaluación. Al final de cada término se pedirá a los estudiantes su opinión sobre las bondades y defectos del curso y se estimulará la discusión de sus sugerencias con los miembros del personal del Departamento. Además, se espera que se puedan obtener datos demográficos y sobre el comportamiento que hagan posible la medición de los cambios en la percepción estudiantil de los problemas sociales y psicológicos relacionados con la salud.

Los principios desarrollados en el programa de las ciencias de la conducta durante el primer período del plan de estudios médico serán reforzados en cursos subsecuentes, los cuales los alumnos deberán seguir durante el resto de sus estudios. El curso sobre sistemas psíquicos, así como sobre historia clínica, evaluación diagnóstica y medicina preventiva, entre otros, servirán para reforzar tanto la información substantiva como las perspectivas sobre la interacción social y psicológica que han sido introducidas en el curso de ciencias de la conducta.

El Departamento de Ciencias de la Conducta también ofrecerá a los alumnos actividades colectivas en los períodos I, II, y III, lo que hará posible una exploración más amplia de aquellas materias que sean de particular interés para los miembros de la Facultad. El próximo año se ofrecerán los siguientes cursos electivos: organización de la práctica médica, etiología social de las enfermedades mentales, teoría de la personalidad, uso de drogas y problemas de la juventud, y estructura del poder en la comunidad de Toronto.

La nueva organización de la Facultad de Medicina debe estimular la revisión continua del material ofrecido por cada departamento, y constatar los resultados alcanzados por el programa ofrecido en cada uno de ellos, en términos de conocimientos adquiridos y perspectiva de los futuros profesionales. Posiblemente tal revisión permitirá en los próximos años medir los resultados del programa de ciencias de la conducta con miras a modificarlo y fortalecerlo apropiadamente.

RESUMEN

Los autores hacen una descripción breve del proceso por medio del cual se llegó a la constitución de un departamento de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, Canadá; señalan las actividades en las cuales está actualmente envuelto dicho Departamento, y hacen una relación de los principios generales, a partir de los cuales ha sido diseñado el programa del primer curso que se dicta a estudiantes de medicina.

BEHAVIORAL SCIENCES COURSE AT THE MEDICAL SCHOOL OF TORONTO UNIVERSITY

(Summary)

The authors describe briefly the process which led to establishment of the Department of Behavioral Sciences in the School of Medicine of the University of Toronto, Canada. They indicate the current activities of the Department as well as the general principles on the basis of which the programs of the first course for medical students were prepared.

CURSO DE CIENCIAS DO COMPORTAMENTO NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE TORONTO

(Resumo)

Os autores fazem uma descrição breve do processo por meio do qual foi constituído o departamento de ciências do comportamento na Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto, Canadá, assinalam as atividades que

referido departamento desenvolve atualmente e enumeram os princípios gerais que serviram à formulação do programa do primeiro curso oferecido a estudantes de medicina.

COURSE DES SCIENCES DU COMPORTEMENT A LA FACULTE
DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE TORONTO

(Résumé)

Les auteurs donnent un aperçu rapide de la méthode qui a abouti à la création d'un course des sciences du comportement à la Faculté de médecine de la Université de Toronto (Canada); ils décrivent les activités auxquelles se livre actuellement ladite section et exposent les principes généraux qui ont inspiré la mise au point du programme du premier cours offert aux étudiants de médecine.

O. ENNEVER, M. MARSH y K. L. STANDARD

Programa de adiestramiento de asistentes en salud de la comunidad

El adiestramiento apropiado y la utilización de los asistentes en salud de la comunidad, permiten aprovechar al máximo los conocimientos y habilidades del escaso personal profesional, y hacen posible que éste derive una mayor satisfacción en el desempeño de sus labores.—FENDELL.

EL Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica) ha iniciado un nuevo programa experimental de adiestramiento con el propósito de preparar residentes de la población como auxiliares en un equipo de salud, bajo la dirección y supervisión de profesionales de salud establecidos.

En el campo de la medicina de la comunidad—incluso la práctica privada—, y con especial referencia a la enfermera de salud pública, la comadrona o partera y el inspector de salud, no ha habido hasta ahora previsión para la existencia de personal auxiliar en los países del Caribe de habla inglesa. Consecuentemente, las habilidades de este personal, especialmente adiestrado, no son utilizadas en toda su capacidad.

EL CONCEPTO

El Departamento de Medicina Preventiva y Social ha estado trabajando en la provisión de servicios de salud en las comunidades de

• La Srta. Ennever es Asistente de Investigación en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica); la Srta. Marsh es Trabajadora Social, y el Dr. Standard, Jefe del mismo Departamento.

• Este trabajo se presentó en la XIV Reunión del Comité Asesor Permanente sobre Investigaciones Médicas en el Caribe de habla inglesa, celebrada en Trinidad, en abril de 1969.

Hermitage y August Town (adyacentes a la Universidad) y utilizándolas como laboratorio para la enseñanza de medicina de la comunidad a los estudiantes de medicina y enfermería. Como algunos residentes de las poblaciones mencionadas habían trabajado en nuestras clínicas como voluntarios, se pensó que con un pequeño esfuerzo y adiestramiento se podría lograr de ellos una labor más efectiva. En octubre de 1967, el Departamento exploró la posibilidad de reclutar personas de la comunidad que pudiesen ser adiestradas como asistentes en salud. Se juzgó que este tipo de trabajador podría ser, en el campo de la salud pública, comparable al asistente de sala en el hospital.

ELEMENTOS DEL PROGRAMA

Se seleccionaron once personas, incluso un hombre joven, para que asistieran a un período de orientación y evaluación de cuatro semanas dirigido a una selección definitiva. En esta selección preliminar se buscó que los candidatos gozasen del respeto de la comunidad, no estuviesen empleados y tuvieran interés en nuestro programa de salud y en su comunidad; no se prestó atención, en esta etapa, al grado de instrucción que tuviesen. Se prefirieron aquellas personas que eran miembros de organizaciones voluntarias —asociaciones de padres y maestros, comités de clínica, grupos juveniles y de iglesias—, particularmente aquellas que hubiesen participado activamente en ellas. La selección final se basó en la recomendación de los ciudadanos del lugar y en la del personal del Departamento de Medicina Preventiva y Social que consideró a los candidatos aptos para este tipo de servicio después de haberlo comprobado durante su período voluntario en la clínica.

Tanto antes como durante el programa, se llevaron a cabo consultas con el personal administrativo de las profesiones de enfermería y trabajo social en Jamaica. Se insistió con ellos en que la nueva categoría de trabajo se instituya como una ayuda para los grupos profesionales establecidos y no tendría por qué entrar en competencia con ninguno de ellos.

OBJETIVOS

El programa tuvo como fin adiestrar y motivar a los asistentes hasta conseguir que adquiriesen la disposición para trabajar con familias en sus comunidades y pudiesen identificar aquellos problemas que tuvieran que ser llevados luego a la atención y cuidado de personal profesional —fuese éste de enfermeras de salud pública, inspectores de salud

pública, trabajadores sociales o promotores de la comunidad. Debían también ser capaces de relacionar y familiarizar a los vecinos del lugar con los diferentes servicios disponibles para satisfacer sus necesidades, así como estimularlos al uso de tales servicios.

FUNCIONES Y DEBERES

De una manera muy general, las funciones y deberes previstos para el asistente en salud de la comunidad fueron los siguientes:

A. *Funciones:*

1. Asistir a la enfermera en algunas de las obligaciones que por virtud de la tradición le han sido asignadas, pero que pueden ser llevadas a cabo con igual eficiencia por personas con menos adiestramiento. Al liberarla de tales deberes, la enfermera podría utilizar sus conocimientos y habilidades de una manera más amplia y productiva.
2. Reconocer el significado de signos y síntomas importantes de enfermedad como, por ejemplo, la temperatura elevada, aumento de la velocidad del pulso; y tomar las acciones necesarias, es decir, informar o referir tales casos al personal indicado.

B. *Deberes:*

1. *En la clínica*, el asistente debe recibir a los pacientes y conducirlos al consultorio del médico. Otros deberes incluyen:
 - a) acompañar al médico cuando realiza exámenes ginecológicos;
 - b) hacer pruebas para determinar la presencia de azúcar o de proteína en la orina;
 - c) tomar temperaturas—oral y axilar;
 - d) pesar y medir niños y adultos;
 - e) preparar a los pacientes para curaciones y ejecutar aquellas más simples, y
 - f) recoger y registrar ciertos datos de rutina.
2. *En la comunidad:*
 - a) *En medicina preventiva:* Uno de los deberes más importantes del asistente es el seguimiento de los pacientes que no cumplen con sus citas, especialmente en salud infantil y en las consultas prenatales y de planificación familiar.
 - b) *En los cuidados básicos en el hogar:* Aseo de pacientes en la cama, tendido de camas, toma de temperaturas, cuidado de

las áreas del cuerpo sometidas a presión y prevención de úlceras de decúbito, primeros auxilios; preparación y demostración de alimentos y dietas para niños e inválidos, y demostración de la importancia del saneamiento ambiental.

- c) *Educación sanitaria*: También se pretende que los asistentes organicen las charlas y demostraciones para ser ejecutadas por personal adiestrado en las áreas de educación sanitaria, planificación familiar, nutrición, oportunidades de adiestramiento y empleo, cuidado de ancianos, etc.

Debe quedar claramente entendido y establecido que los asistentes en salud de la comunidad deben trabajar bajo la dirección y supervisión de personal profesional debidamente adiestrado.

PARTE I DEL CURSO

El contenido del curso introductorio fue el siguiente: Conferencias y seminarios sobre higiene personal, procedimientos básicos de enfermería, algunos aspectos de salud pública, relaciones humanas, la comunidad —estructura y recursos—, inglés básico, y papel del asistente en salud de la comunidad. Además, se realizó un proyecto de campo dirigido a investigar el ausentismo escolar en ciertos lugares. Se llevaron a cabo prácticas en las actividades mencionadas.

Criterios para la selección

Durante las cuatro semanas preliminares se hizo una evaluación continuada de los candidatos basada en su actuación en la sala de clases, en la clínica y en el terreno. El comité de selección no sólo tomó nota de la aptitud de los candidatos, sino también de su capacidad para mantener buenas relaciones personales.

Se calificó a los candidatos sobre una escala de cinco puntos: Muy bueno (5), bueno, regular, moderado, y pobre (1) para cada una de las siguientes diez cualidades: atención, interés, iniciativa, flexibilidad, puntualidad, habilidad para expresar ideas, potencial para aprender, conciencia de las necesidades de otros, apariencia personal, manera de relacionarse con otras personas.

Evaluación

Los residentes de la comunidad ayudaron en la selección preliminar de los candidatos. Esto fue una buena idea y probablemente contribuyó a una aceptación más rápida de los asistentes por los miembros de la

comunidad durante el desarrollo del proyecto de campo en las primeras cuatro semanas del programa.

Ya al término de la primera semana fue aparente que uno de los candidatos no tenía las calificaciones requeridas para el adiestramiento. Debido a que el inglés de los alumnos era inadecuado, se introdujeron algunas sesiones de inglés básico. Sin embargo, se llegó a la conclusión de que este problema no podía ser resuelto en un período tan corto, y se decidió excluir estas clases de la parte II del curso. Sin embargo, se estimuló a los asistentes a continuar tomando lecciones por su cuenta con el objeto de mejorar su inglés.

Selección final

Un comité de selección se reunió durante la última semana y eligió ocho de los once candidatos originales para que continuasen con la parte II del curso. Un candidato tuvo que interrumpir la parte I debido a enfermedad, y los otros dos, según los criterios establecidos, no se consideraron lo suficientemente aptos para este tipo de trabajo.

El inglés de cuatro de los ocho candidatos que resultaron seleccionados era tan pobre que se llegó a pensar que tendrían dificultad en comprender las conferencias, pero en vista de su deseo por aprender y su aptitud en situaciones prácticas, se optó por dejarlos continuar en el curso.

PARTE II DEL CURSO

La parte II del curso fue diseñada como una continuación de la parte I, y se extendió por un período de tres meses —desde enero hasta abril de 1968. En esta parte del curso se profundizaron los conocimientos adquiridos. Semanalmente se desarrollaron 12 horas de teoría, 20 horas de trabajo práctico en las clínicas y en el campo (incluso visitas a varios centros) y períodos de estudio. Se siguió con la introducción a las relaciones humanas porque se consideró que la calidad del servicio que se presta a otros depende de las buenas relaciones interpersonales. A dicha introducción se agregaron seminarios sobre el trabajo con grupos, realizados en el ambiente de la comunidad. Se hizo uso de la dramatización como procedimiento de enseñanza, diseñado para profundizar la percepción de reacciones emocionales que crean problema. Se realizó un proyecto de campo como demostración práctica de la comprensión de estos conceptos por parte de los alumnos. Los asistentes eran responsables de organizar y dirigir reuniones públicas sobre planificación familiar. Debían también conversar con individuos y grupos

en la comunidad y hacer los arreglos de las reuniones. Se pretendió que con la realización de estas labores los asistentes se percataran del papel que podrían desempeñar en programas de educación sanitaria.

Una vez a la semana se llevaron a cabo preceptorías con el propósito de verificar, clarificar y correlacionar las materias tratadas durante la semana.

El contenido del curso aparece como anexo al final del trabajo.

Evaluación

Al final del período se observó que la mayoría de los asistentes tenían poca confianza en sí mismos, y no se sentían capaces de realizar por su cuenta los procedimientos aprendidos. Es posible que esto indicara la necesidad de más práctica en tales áreas, lo cual podría ser satisfecha continuando la enseñanza en servicio.

La Dra. Cecily Williams, quien tuvo a su cargo la conducción de un seminario sobre "El papel de los asistentes en salud de la comunidad en la clínica y en la comunidad", hizo el valioso comentario de que los asistentes, durante su adiestramiento, debían ayudar por lo menos dos semanas en el cuidado de niños hospitalizados. Según la Dra. Williams el asistente tendría así la oportunidad de darle a conocer a las madres su competencia en el cuidado de un niño enfermo, lo que podría ganarle su confianza y aumentar su cooperación.

Como el asistente en salud de la comunidad debe asumir un papel de dirigente en su comunidad, la sola habilidad para leer y escribir no es suficiente; debe ser capaz de captar nuevas ideas o interpretaciones sobre salud y enfermedad y poder explicarlas con claridad a las personas con quienes se mantiene en contacto.

EMPLEO DE LOS ASISTENTES

Si bien desde el comienzo se insistió que no había compromiso para proveer empleo pagado al término del curso, se hizo todo lo posible porque así fuese. Todos los asistentes encontraron empleo y han estado ejerciéndolo, aunque no todos en su comunidad. Han estado trabajando por períodos variables en el Departamento de Medicina Preventiva y Social; en el Servicio de Salud de la Universidad; en el Departamento de Fisioterapia; como trabajadores de campo en proyectos de investigación dirigidos por los departamentos de microbiología y de medicina preventiva y social y en clínicas de planificación familiar.

Hemos recibido muy buenos informes de los miembros de los equipos que supervisan y dirigen el trabajo de los asistentes.

Una asistente en salud de la comunidad ha estado trabajando en el Servicio de Salud del Departamento de Medicina Preventiva y Social durante el último año. El médico a cargo del Servicio informa:

“Ha hecho todo lo que se podía esperar de ella. Sirve a la comunidad y su celo y dedicación al trabajo no han sido superados aun por personas con un adiestramiento más avanzado que el de ella. Su sentido de responsabilidad y las arduas tareas que desempeña han servido de inspiración constante a todos los que hemos trabajado en el Servicio con ella. Se ha convertido en un lazo de unión entre los miembros de la comunidad y los profesionales del Servicio . . . ojalá el Departamento pueda retenerla indefinidamente.”

La enfermera de salud pública bajo cuya dependencia directa trabaja esta asistente, señaló lo siguiente:

“. . . trabajando bajo supervisión, ha relevado a la enfermera de salud pública de un sinnúmero de actividades de rutina, lo cual ha permitido que ésta pueda concentrarse en aquellas para las cuales ha sido especialmente adiestrada.”

“Tiene el raro don de anticiparse a las necesidades de otros, y su dedicación, carácter amable y buena disposición hacia los demás, han hecho no sólo que su trabajo sea efectivo, sino también muy apreciado por los pacientes y por sus compañeros de trabajo.”

Un oficial médico, al referirse en sus informes al trabajo de una asistente en salud de la comunidad, en su Servicio de Salud, como asistente de consultorio, dijo:

“. . . ha mejorado notablemente y ahora estoy completamente satisfecho de su trabajo. También asiste y ayuda al técnico de laboratorio, y no hemos tenido ninguna queja de esta parte de sus obligaciones.”

El Superintendente Fisioterapeuta del Hospital Universitario de las Indias Occidentales, al informar sobre otro asistente, declara:

“El Departamento de Fisioterapia ha tenido la suerte de convencer a la Dirección del Hospital de contratar los servicios de un asistente sobre una base temporal. Existe una escasez enorme de fisioterapeutas en Jamaica y, si bien tal situación se prolongará por mucho tiempo, las demandas de este servicio continúan aumentando.”

“Creo que aquellas personas que han seguido un programa de asistentes en salud de la comunidad pueden contribuir en forma valiosa a una sección especializada del hospital. El hecho de que los asistentes no son profesionales puede ser un factor más a su favor para ganarse la confianza de ciertos sectores de la comunidad; a muchos pacientes les mortifica hacer confidencias a un profesional. El experimento ha tenido un gran éxito.”

Un funcionario de un programa de planificación familiar al informar sobre una asistente en salud de la comunidad que ha estado trabajando en dicho programa por más de un año, señala:

“Su adiestramiento como asistente en salud de la comunidad la ha capacitado, sin lugar a dudas, para comprender mejor los muchos problemas sociales que confrontan las mujeres poco privilegiadas con quienes ella trabaja, y para llevar a cabo con mayor facilidad entrevistas en el campo de la planificación familiar.”

“Es amable y bondadosa y sabe simpatizar con los pacientes. Nunca se impacienta aun con los menos capacitados.”

“En resumidas cuentas, creo que ha sido un crédito para el programa, a pesar de la brevedad de su adiestramiento.”

DISCUSION

La utilización de asistentes en salud en los servicios de salud es algo relativamente nuevo en Jamaica. Sin embargo, se ha llevado a cabo con éxito en los Estados Unidos, en Canadá y en Europa. Heath¹ da a conocer la utilización de asistentes de la comunidad en los campos de agricultura, salud, industria y educación en programas efectuados en la India y en las Filipinas, con la ayuda de la Administración para Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos, durante la década de 1950. También menciona las experiencias del Departamento de Salud del Condado de Santa Bárbara, en los Estados Unidos, con respecto a la utilización de asistentes en salud de la comunidad en el desempeño de variadas funciones, y las del programa de “Asistentes de maternidad” que ha venido efectuándose por mucho tiempo en Holanda.

Wise y colaboradores² describen un plan para adiestrar y emplear trabajadores de salud familiar, el cual fue puesto en operación como parte de un centro vecinal de salud por un hospital de Estados Unidos en julio de 1966. El programa explica cómo un residente de la vecindad, con un adiestramiento de seis meses y supervisado por enfermeras de salud pública, puede realizar muchas de las funciones tradicionalmente asignadas a dicha enfermera y a trabajadores sociales.

Fendell³ señala que el adiestramiento apropiado y la utilización de los asistentes en salud de la comunidad, permiten aprovechar al máximo los

¹ Heath, Alice M.: *Pub. Health Rep.*, Vol. 62, No. 7, 1967.

² Wise, H. B.; Torrey, E. F.; McDade, A.; Perry, G., y Bograd, H.: *Am. Jour. Pub. Health*, Vol. 58, No. 10, 1968.

³ Fendell, N.R.E.: *Pub. Health Rep.*, Vol 82, No. 6, 1967.

conocimientos y habilidades del escaso personal profesional, y hacen posible que éste derive una mayor satisfacción en el desempeño de sus labores.

Pudiera concluirse que el experimento de adiestrar asistentes en salud de la comunidad ha sido valioso y constituye una guía útil en los esfuerzos por resolver el agudo problema de la escasez de personal de salud subprofesional. Se considera que con su amplia preparación básica, esta categoría de trabajador de salud podría funcionar, después de la preparación en servicio, en muchos otros campos del trabajo de salud en la comunidad, es decir, en los departamentos de emergencia y de consultorio externo de los hospitales, en los programas de atención maternoinfantil, incluso programas especiales de nutrición, en asistencia social y en trabajo de desarrollo de la comunidad, etc.

RESUMEN

El Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales, en Jamaica, informa sobre un curso experimental de adiestramiento para asistentes en salud de la comunidad ofrecido a candidatas extraídos de una comunidad de nivel socioeconómico bajo a medio. El programa tuvo como propósito general dar a los asistentes un adiestramiento básico mínimo, de manera que pudiesen funcionar como auxiliares bajo supervisión, aliviando al personal profesional de su carga de trabajo rutinario, y permitiéndole utilizar sus conocimientos y habilidades más efectivamente. Los asistentes adiestrados han trabajado, durante el último año, en varios cargos: en programas de atención médica integral, en fisioterapia, como trabajadores de campo, en proyectos de investigación y en planificación familiar.

La evaluación del programa indica que estos trabajadores se han desempeñado satisfactoriamente y que un asistente en salud de la comunidad puede ser un miembro muy útil del equipo de salud en los países en desarrollo.

ANEXO

CONTENIDO DE LA PARTE II DEL CURSO DE ADIESTRAMIENTO PARA ASISTENTES EN SALUD DE LA COMUNIDAD

A. *Teoría*

- | | |
|--|---------|
| 1. Cuidados pre-natales. | 8 horas |
| 2. Principios básicos de la atención y alimentación básica del niño. | 8 horas |

3. Planificación familiar: estadísticas de población; actitudes que influyen en la aceptación de los programas; métodos utilizados; experiencias en clínicas de planificación familiar. 4 horas
4. Relaciones humanas: factores que influyen en el comportamiento; trabajo con individuos y grupos. 12 horas
5. Nutrición: valores alimenticios; constituyentes de una dieta balanceada; el mejor uso de los alimentos disponibles; preparación de comidas simples pero nutritivas; cocina práctica, incluso dietas para inválidos y dietas especiales. 6 horas
6. Crecimiento y desarrollo humanos: crecimiento físico y emocional desde el nacimiento hasta la senectud. 10 horas
7. Anatomía y fisiología básicas: sistemas del cuerpo; estructura y funciones. 10 horas
8. Primeros auxilios: accidentes en el hogar; asistencia a un curso reconocido sobre atención médica en ambulancias. 20 horas
9. Signos y síntomas comunes de enfermedad: detección y referencia a la autoridad apropiada cuando esté indicado. 6 horas
10. Saneamiento ambiental e higiene: disposición de desperdicios, purificación de agua; reconocimiento de los sitios de desove de mosquitos y moscas, control de vectores, visitas a trabajos de cloacas y a plantas de purificación de agua. 10 horas
11. Estructura y funcionamiento de las agencias sociales, gubernamentales y voluntarias. 12 horas

B. Procedimientos prácticos

1. Diseño de patrones para ropas de bebés y niños.
2. Improvisación en el hogar, por ejemplo, hacer cunas.
3. Aseo de pacientes en la cama.
4. Cuidado de las áreas corporales sometidas a presión y atención de las úlceras de decúbito.
5. Curaciones simples.

6. Aplicación de inyecciones de insulina.
7. Detección de albúmina y azúcar en la orina.

C. *Trabajo de campo*: viajes, etc.

A COMMUNITY HEALTH AIDE TRAINING PROGRAM

(Summary)

The Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, reports on a four-month experimental training program for community health aides drawn from a low to middle socio-economic community. The overall aim was to give the aides a basic minimum training so that they could function as auxiliaries under supervision, relieving highly trained personnel to utilize their skills and training more effectively. The aides who were trained have worked during the past year in various positions, namely: in comprehensive health care programs, in physiotherapy, as field workers in research projects, and in family planning. Evaluation of the program indicates that these workers have performed satisfactorily and that a community health aide can be a very useful member of the health team in our developing communities.

PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE ASSISTENTES DE SAÚDE DA COMUNIDADE

(Resumo)

O Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade das Índias Ocidentais, na Jamaica, informa sôbre um curso experimental de treinamento para assistentes de saúde da comunidade oferecido a candidatos oriundos de uma comunidade de nível sócio-econômico baixo e médio. O programa teve como propósito geral dar aos participantes treina-

mento básico mínimo, de maneira que pudessem trabalhar como auxiliares sob supervisão, aliviando o pessoal profissional de sua carga de trabalho rotineiro e permitindo-lhe utilizar mais efetivamente seus conhecimentos e habilidades. Os participantes treinados trabalharam, durante o último ano, em vários cargos: em programas de atenção médica integral, em fisioterapia, como trabalhadores de campo em projetos de investigação e em planejamento familiar.

A avaliação do programa indica que esses trabalhadores desempenharam satisfatoriamente suas funções e que um assistente de saúde da comunidade pode ser membro muito útil da equipe de saúde nos países em desenvolvimento.

PROGRAMMES DE FORMATION D'AUXILIAIRES MÉDICAUX DE LA COMMUNAUTÉ

(Résumé)

La Section de médecine préventive et sociale de la "University of the West Indies", à la Jamique, signale qu'elle a organisé un cours expérimental à l'intention des auxiliaires médicaux de la communauté, offert aux candidats originaires d'une communauté dont le niveau socio-économique est au-dessous de la moyenne. Le programme a pour objet général de donner aux auxiliaires une formation de base minimum de manière qu'ils puissent exercer les fonctions d'auxiliaires sous surveillance, allégeant ainsi la tâche routinière du personnel spécialisé en lui permettant d'utiliser leurs connaissances et aptitudes plus efficacement. Les auxiliaires qui ont reçu la formation nécessaire ont exercé diverses fonctions au cours de la dernière année: dans les programmes de soins médicaux intégraux, en physiothérapie, comme personnel des services extérieurs dans des projets de recherche et dans la planification familiale.

L'évaluation du programme révèle que ces travailleurs ont rempli leurs tâches de façon satisfaisante et qu'un auxiliaire médical de la communauté peut être un membre très utile de l'équipe de santé publique dans les pays en voie de développement.

Reseñas

Libros

The Professional School and World Affairs: Report of the Task Force on Medicine and Public Health. *Committee on the Professional School and World Affairs.* T. Keith Glennan, Chairman. Irvin T. Sanders, Study Director. Education and World Affairs. 522 Fifth Avenue, New York, N. Y. 10036. 1967, 112 págs.

“Education and World Affairs” es una organización privada, sin ánimo de lucro, que tiene como objetivos estudiar, analizar y ayudar a fortalecer las actividades internacionales de las universidades de los Estados Unidos en los campos de la enseñanza, la investigación y los servicios.

Bajo su patrocinio se han venido adelantando, desde 1965, varios estudios sobre las escuelas profesionales y los problemas mundiales, uno de los cuales, el referente a la medicina y a la salud pública, ha sido motivo de la publicación que se comenta. El grupo encargado de este estudio estuvo presidido por el Dr. Mark H. Lepper, vicepresidente ejecutivo de asuntos profesionales y académicos del “St. Luke Presbyterian Hospital”, de Chicago, y formaron parte de él los doctores Ivan L. Bennett, de la Oficina Ejecutiva del Presidente; Leroy E. Burney, de la Universidad Temple; George T. Harrel, Jr., de la Universidad del Estado de Pensilvania; Richard K. C. Lee, de la Universidad de Hawaii; William O. Lotspeich, de la Universidad de Rochester; Kenneth W. Newell, de la Universidad de Tulane, y John M. Dowd, de la Universidad de Illinois.

Estos estudios tratan de llenar el vacío existente entre las actividades internacionales de las escuelas profesionales, por una parte, y la falta de información y de definición en los propósitos, por la otra. Como resultado, buscan estimular a las escuelas profesionales para que aprovechen las oportunidades que existen de prestar sus servicios en escala mundial, con interés, sentido de la realidad y dedicación, en forma que satisfagan la universalidad de la misión universitaria.

En este volumen aparecen separados los estudios relacionados con la medicina y con la salud pública. Ambos en abundante material previamente publicado, de manera que no fue necesario que los miembros de los grupos realizaran investigaciones especiales o visitas a las instituciones. Después de la exposición y análisis del problema, cada estudio trae sus conclusiones y recomendaciones y una bibliografía selecta.

La sección sobre educación médica se inicia con un recuento de las principales innovaciones que ésta ha tenido en los Estados Unidos a partir del informe Flexner. Hace hincapié sobre la gran expansión que

han tenido las escuelas médicas después de la segunda guerra mundial, sobre el renovado interés en los objetivos sociales de la medicina, y sobre las relaciones con la comunidad. A continuación revisa las actividades internacionales de las escuelas de medicina con datos estadísticos y ejemplos pertinentes y trata principalmente sobre la formación de estudiantes extranjeros en los Estados Unidos, sobre las investigaciones y programas de servicio que el profesorado cumple en el exterior, sobre la forma como los problemas de salud mundial están representados en los planes de estudio de las escuelas de los Estados Unidos, y sobre los programas que estas escuelas tienen en otros países. En el último capítulo se analiza la forma cómo, mediante recursos adicionales, las escuelas de medicina pueden o han podido incrementar sus actividades internacionales. Allí se menciona la posibilidad de fortalecer en tal sentido la enseñanza y la investigación, el otorgamiento de becas a profesores y estudiantes para viajar al exterior, el enfoque de amplitud universitaria que pueden tener los centros médicos, y el apoyo que se puede recibir, tanto de organismos profesionales como gubernamentales.

En las conclusiones se resumen algunos de los puntos anteriormente citados, los cuales sirven de base a las recomendaciones. Se anota cómo los estudios post-doctorales que los médicos extranjeros siguen en los Estados Unidos son en general inadecuados para las necesidades de sus propios países, y cómo estos profesionales más bien contribuyen a llenar el crónico déficit de médicos en los Estados Unidos, de manera que más del 16% de los médicos que ejercen en ese país son graduados en universidades extranjeras.

El estudio recomienda que se asigne la más alta prioridad al desarrollo de las instituciones de enseñanza de los países, especialmente de aquellas encargadas de la formación de personal de nivel inferior al de los médicos. También considera necesario incrementar las becas y programas de intercambio, y señala que para que éstos den los resultados deseados, deben ser solicitados por ambas partes y ser de mutua conveniencia, deben comprometer a las instituciones de ambos lados, tener continuidad por períodos no inferiores a 5 ó 10 años y tener una dirección estable y fuerte en una y otra parte.

Se recomienda que las donaciones a escuelas de medicina y de salud pública para explorar las posibilidades de actividades en el exterior vayan seguidas de apoyo a las iniciativas que lo merezcan, y que los programas tengan un contexto universitario; que la división Internacional de la AAMC sirva de enlace entre las instituciones de los Estados Unidos y del exterior, y que profesores y estudiantes participen en programas en otros países para que adquieran un concepto de los problemas mundiales de salud. Finalmente, recomienda apoyo a las organizaciones nacionales y regionales de escuelas de medicina.

La sección sobre escuelas de salud pública sigue un esquema similar. Revisa los objetivos y programas de las escuelas de salud pública de los

Estados Unidos, los programas de formación de los especialistas en estos campos, y la forma como el profesional de los Estados Unidos se prepara para una carrera internacional. También analiza la matrícula y participación de los estudiantes extranjeros en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos, y las actividades internacionales de estas escuelas. Las conclusiones de esta sección no tienen propiamente recomendaciones; más bien describen lo que las escuelas de salud pública están haciendo y pueden hacer en el plano internacional, y especialmente la situación privilegiada en que se encuentran para promover programas internacionales a nivel de toda la universidad.

El estudio que comentamos puede ser motivo de meditación para los educadores médicos de la América Latina, no solamente cuandoquiera que deseen participar en programas en cooperación con escuelas de los Estados Unidos, sino también por los sólidos conceptos educativos y de relación internacional allí expuestos. (Dr. José Félix Patiño.)

Trends in New Medical Schools. *A* Mount Sinai Hospital Monograph. Edited by Hans Popper, M.D., Ph. D. with 33 contributors. Grune & Stratton. New York and London, 1967. viii + 175 págs. 7 cuadros, 4 figuras.

En el prólogo, el Editor, que es Decano de Asuntos Académicos y Profesor y Jefe del Departamento de Patología de la Escuela de Medicina Mount Sinai, describe el contenido y los propósitos de esta obra en los siguientes términos:

“Esta colección de ensayos se refiere a las ideas y a los problemas que surgen con ocasión del desarrollo de una nueva escuela de medicina. Inicialmente se pensó dedicar a la Escuela de Medicina Mount Sinai un número del *Journal of the Mount Sinai Hospital*. Sin embargo, fue evidente que la mayor parte de los problemas de esta escuela podrían tener una aplicación general, no sólo para otras escuelas nuevas, sino también para las instituciones ya establecidas que quisieran reorganizar su estructura educativa. Por lo tanto, se resolvió presentar a una audiencia más amplia los problemas de una nueva escuela de medicina. En este libro han sido compiladas las inteligentes y estimulantes contribuciones obtenidas de eminentes educadores médicos de varias partes del mundo, para el beneficio de quienes se debaten tanto con los problemas de las nuevas escuelas médicas, como con los de la educación médica, en general.” Los diversos artículos han sido agrupados en ocho temas principales.

El primero presenta las relaciones de la escuela de medicina con la comunidad y, después de una brillante exposición sobre la orientación de la educación médica por el Dr. George James, Decano de la nueva escuela, se tratan las situaciones peculiares que el establecimiento de una nueva escuela de medicina crea en la comunidad.

A continuación se estudian las relaciones entre la escuela de medicina y la universidad, y se revisan las relaciones que la educación médica tradicional tiene en los Estados Unidos, con las etapas que la preceden y la siguen: la educación premédica y la educación en el nivel graduado. Allí se describen varios experimentos de integración, de los cuales uno de los más interesantes es el del programa integrado de premédico y de medicina de la Universidad Northwestern, en donde se señala la influencia que este programa, diseñado para estudiantes particularmente brillantes, ha tenido sobre todo el ámbito de la escuela de medicina.

Los problemas de las nuevas escuelas de medicina, inclusive de las que se están formando en los países en desarrollo, son tratadas por los doctores Maloney, de la Universidad Tufts; Ellis, de la Asociación para el Estudio de la Medicina de la Gran Bretaña, y Grzegorzewski, de la Organización Mundial de la Salud. Enfocan estos tres estudios una visión futurista del desarrollo de la medicina, y de las implicaciones que los cambios que previsiblemente se producirán en el mañana traen para la educación médica de hoy.

El capítulo siguiente describe la estructura de las escuelas médicas en varios países, y constituye un interesante ejemplo de pedagogía médica comparada. Contribuyen a esta sección educadores médicos de la Gran Bretaña, Francia, Alemania y los Estados Unidos. Es lástima que este capítulo no incluya la descripción de alguno de los experimentos ingeniosos y a veces novedosos que se realizan en algunos de los países "en desarrollo" con el fin de mantener la calidad científica y reorientar racionalmente la enseñanza médica a pesar de las limitaciones impuestas por circunstancias económicas precarias y por tradiciones culturales impropicias.

A continuación se tratan algunos aspectos físicos de las nuevas escuelas médicas. Merecen citarse el artículo del Dr. George T. Harrell, con amplia experiencia en las Universidades de Florida y del Estado de Pensilvania, y el artículo del Dr. Spilman sobre los laboratorios multidisciplinarios, cada vez más en boga por las grandes posibilidades que ofrecen para la docencia.

Aunque el capítulo que sigue se titula "El estudiante", los temas tratados allí se refieren más bien a los cambios que se están produciendo en los planes de estudios de las escuelas de medicina, en vista de las cambiantes circunstancias de los tiempos actuales. El Dr. Ch. S. Davidson, de la Universidad de Harvard, propone una mayor participación de los estudiantes en la preparación de los planes de estudios y en la formulación de la política de las escuelas. Anota cómo los estudiantes de hoy llegan con una preparación cada vez mejor, aunque variada, a la escuela de medicina, y cómo están cada vez más conscientes de las condiciones sociales que los rodean y que influyen en el estudio y en la práctica de la medicina. Un estudiante de último año de la Universidad Johns Hopkins, S. R. Block, formula, de acuerdo con su reciente experiencia, varias críticas a las diversas

etapas que constituyen la carrera médica. En seguida, un grupo de profesores de la Escuela de Medicina Mount Sinai explica y sustenta el plan de estudios propuesto para esta nueva escuela. Las características fundamentales de este programa son, la enseñanza integrada de las ciencias básicas, la importancia que se le da a la medicina para la comunidad y la provisión de largos períodos electivos para que el estudiante escoja lo que juzgue mejor para su formación.

Complemento de lo anterior es el siguiente capítulo en donde se presentan con algún detalle los particulares problemas de algunas disciplinas específicas. En esta forma han sido tratadas la física, por el Dr. Feitelberg de la Escuela de Medicina Mount Sinai; la biopatología, por el Dr. King de la Universidad de Colorado; la psiquiatría, por el Dr. Kaufman de la Escuela de Medicina Mount Sinai, y la ilustración médica, por el Dr. Netter, dibujante y pintor médico bien conocido de todos.

En el epílogo, el Editor, Dr. Popper, y el Dr. Koffler, Decano Asistente, formulan algunos pronósticos sobre los cambios que previsiblemente tendrá la medicina en el futuro, ponen de presente el reto que estos cambios presentarán a la educación médica y proponen una solución para afrontarlo: la creación de las escuelas de ciencias de la salud que conjuguen los programas de nivel graduado en ciencias biológicas y la carrera médica.

En cuanto al plan de estudios de la medicina, consideran que debe guiarse por tres principios: la unidad de la biología, tanto de las ciencias básicas como de las ciencias clínicas; la necesidad de la integración (física, docente, disciplinaria), y los intentos de inculcar en el estudiante de medicina el espíritu de un estudiante de nivel graduado. (Dr. José Félix Patiño.)

Noticias

SEMINARIOS SOBRE LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA

A partir de la década 1950-1960, la enseñanza de la medicina en la América Latina ha seguido un proceso renovador entre cuyas características se pueden señalar: 1) un creciente interés por integrar técnicas preventivas a la práctica médica; 2) la necesidad de que el médico prevea y trate la enfermedad como un fenómeno que afecta las esferas psíquica y social del individuo, y 3) que el médico pueda conocer y manejar aquellos elementos de la conducta que influyen en la prevalencia, curso y desenlace de la enfermedad. En base a lo anterior se ha considerado recomendable incluir la enseñanza de las ciencias de la conducta (sociología, antropología social y psicología social) en los planes de los estudios médicos.

No obstante la voluntad expresa de los dirigentes de las escuelas de medicina de la América Latina de incorporar la enseñanza de las ciencias de la conducta a la enseñanza de la medicina, la mayor parte de ellas han tropezado con dificultades de magnitud variable; las más comunes han sido:

1) Tendencia a confundir las ciencias de la conducta con las llamadas materias "humanísticas" o de estudios generales; 2) falta de modelos apropiados en la enseñanza de las ciencias de la conducta a los estudiantes de medicina; 3) escasez de personal docente preparado para impartirlas, y 4) escasez de obras en español sobre las ciencias de la conducta aplicadas a la medicina.

Todas estas dificultades han movido a la Organización Panamericana de la Salud a organizar seminarios sobre la enseñanza de las ciencias de la conducta, a fin de: 1) proporcionar información a los profesores de ciencias de la conducta sobre dichas disciplinas; 2) adiestrarlos en la metodología básica de las ciencias sociales y en el uso y desarrollo de modelos adecuados para la enseñanza de las mismas, y 3) proporcionarles material bibliográfico fundamental en español.

Los seminarios se han llevado a cabo en la forma siguiente:

1) Los participantes reciben con antelación la documentación bibliográfica básica y los ejercicios.

2) Se analizan las variables de actitudes y comportamiento de acuerdo con el paradigma de Leavell, teniendo en cuenta los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.

3) Los participantes asisten a la presentación teórica de los temas y luego discuten y comparan sus hallazgos con los de la presentación. Al mismo tiempo se discuten los objetivos y la metodología que debe ser aplicada a la enseñanza de cada uno de los temas.

4) Se llevan a cabo ejercicios sobre la determinación de objetivos educacionales, métodos de enseñanza y de evaluación.

5) Finalmente, en sesión plenaria, se presentan las conclusiones sobre la aplicación de la metodología empleada en la enseñanza de las ciencias de la conducta en las escuelas de medicina.

Los temas sometidos a discusión han sido los siguientes: 1) Paradigmas para la enseñanza médica de ciencias de la conducta en facultades de ciencias de la salud; 2) Conceptos de salud y enfermedad; 3) Conducta en el estado de salud frente a la promoción de salud y prevención de la enfermedad; 4) Conducta durante la transición del estado de salud al de enfermedad; 5) Conducta durante la transición del estado de salud al de enfermedad (cont.); 6) Conducta preventiva en estado de enfermedad; 7) Las profesiones médicas; 8) La organización de la práctica médica, y 9) Convalecencia, incapacidad y muerte.

El más reciente de estos seminarios se llevó a cabo en Venezuela en la Escuela de Medicina José María Vargas, en la ciudad de Caracas, del 2 al 7 de junio de 1969.

La selección de los participantes en dicho Seminario y su organización estuvieron a cargo del Asesor en Educación Médica para la Zona I de la Organización Panamericana de la Salud. Participaron nueve médicos, nueve antropólogos y cuatro sociólogos (profesores de las escuelas de medicina de Venezuela); casi todos procedentes de los departamentos de medicina preventiva y social.

Cada participante recibió por adelantado el material bibliográfico del Seminario (traducciones de artículos relativos a sociología y antropología médicas) y un cuestionario para entrevistar a ocho personas. Los resultados se utilizaron en la realización de los ejercicios previstos en el Seminario.

Se dictaron diez lecciones de una hora y media de duración cada una. Cada subgrupo, compuesto de 12 miembros, nombró un moderador de debates y un relator. En cada grupo de discusión hubo en forma permanente dos asesores de la Organización Panamericana de la Salud.

La discusión se realizó siguiendo la pauta de discusión diseñada para tal efecto. Los temas de discusión fueron: 1) Análisis y conclusiones de los resultados de los ejercicios; 2) Ejercicios sobre diseño de objetivos educacionales; 3) Simulación de entrevistas para adiestramiento en la técnica. El último día se dejó la elección del tema a los grupos. Ambos grupos decidieron discutir la aplicación del Seminario a la enseñanza de las ciencias de la conducta en las escuelas de medicina.

En una sesión plenaria final se discutieron las conclusiones formuladas por los subgrupos.

INDICE DEL VOLUMEN 3

AUTORES

Adams, Mildred	31 A	Ennever, O.	8 A, 324 A
Arnold, Charles B.	40 A	Fritz, Helen B.	317 A
Bridge, Edward M.	72 L	García, Juan César	267 A
Comité de Expertos de la OPS/OMS sobre la Enseñanza de la Bioquímica	89 A	Grzegorzewski, Edward	1 E
Comité de Expertos de la OPS/OMS sobre la Enseñanza de la Farmaco- logía	98 A	Horwitz, Abraham	163 E
Comité de Expertos de la OPS/OMS sobre la Enseñanza de la Fisiología	108 A	Kelner, Merrijoy J.	317 A
Comité de Expertos de la OPS/OMS sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social	132 A	Kemper, Theodore D.	317 A
Comité de Expertos de la OPS/OMS sobre la Enseñanza de la Patología	81 A	Manzanilla, Luis M.	70 L
Comité de Expertos de la OPS/OMS sobre la Enseñanza de la Pediatría	118 A	Marsh, M.	324 A
Cruickshank, R.	8 A	Muñoz Lalinde, Edgar	22 A
		Oficina Sanitaria Panamericana, De- partamento de Desarrollo de Recur- sos Humanos	167 A
		Ordway, Nelson K.	56 A
		Patiño, José Félix	336 L, 338 L
		Ponce, Luis Delfín	22 A
		Standard, K. L.	8 A, 33 A
		Villarreal, Ramón	259 E

A significa artículo completo; E, editorial, y L, reseñas de libros.

INDICE DE MATERIAS

Admisión:

Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

América Latina:

Adiestramiento de personal adscrito a programas latinoamericanos de planificación de la familia, 40

Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

Creación de nuevas escuelas de medicina en Latinoamérica (*Editorial*), 1

Encuesta sobre las escuelas de salud pública en la América Latina (*Editorial*), 163

Escuelas de salud pública en la América Latina, 167

Primer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil (*Noticias*), 77

Primer informe sobre la enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina, 89

Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina, 98

Primer informe sobre la enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina, 108

Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social de las escuelas de medicina de la América Latina, 132

Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina, 81

Primer informe sobre la enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina, 118

Atención médica:

La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Los servicios del hospital docente y los objetivos del aprendizaje de pediatría, 56

Bioquímica:

Primer informe sobre la enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina, 89

Canadá:

Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Coronto, 317

Ciencias de la conducta:

Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, 317

La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Seminarios sobre la enseñanza de las ciencias de la conducta, 341

Conferencias y congresos:

Primer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil (*Noticias*), 77

Consultas externas:

La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Cuerpo docente:

Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

Las escuelas de salud pública en la América Latina, 167

Demografía:

Adiestramiento de personal adscrito a programas latinoamericanos de planificación de la familia, 40

Dinámica de población:

V. Demografía

Editoriales:

- Creación de nuevas escuelas de medicina en Latinoamérica, 1
- Encuesta sobre las escuelas de salud pública en la América Latina, 163
- Nota editorial, 79
- Problemas y tendencias de la educación médica en la América Latina, 259

Educación médica, general:

- Creación de nuevas escuelas de medicina en Latinoamérica (*Editorial*), 1
- Educación médica en Japón (*Reseñas de libros*), 70
- Trends in New Medical Schools (*Reseñas de libros*), 338

Educación médica internacional:

- The Professional School and World Affairs: Report of the Task Force on Medicine and Public Health (*Reseñas de libros*), 336

Educación médica, pregrado:

- Nuevo enfoque en la educación superior (*Reseñas de libros*), 72

Educación superior:

- Nuevo enfoque en la educación superior (*Reseñas de libros*), 72

Enfermería:

- Análisis de funciones en el desarrollo de los planes de estudio, 31

Entrevistas médicas:

- La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Estados Unidos:

- Nuevo enfoque en la educación superior (*Reseñas de libros*), 72

The Professional School and World Affairs: Report of the Task force on Medicine and Public Health (*Reseñas de libros*), 336

Trends in New Medical Schools (*Reseñas de libros*), 338

Estructura, instituciones docentes:

- Características generales de la educación médica en la América Latina, 267
- Las escuelas de salud pública en la América Latina, 167

Estudiantes:

- Características generales de la educación médica en la América Latina, 267
- Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, 317
- Evaluación por los alumnos de una pasantía de medicina de la comunidad en Jamaica, 8
- Las escuelas de salud pública en la América Latina, 167
- Opiniones de los alumnos de sexto año sobre la medicina general, 22

Estudios generales:

- Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

Estudios premédicos:

- Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

Evaluación:

- Análisis de las funciones en el desarrollo de los planes de estudio, 31
- Evaluación por los alumnos de una pasantía de medicina de la comunidad en Jamaica, 8
- Primer informe sobre la enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina, 89

Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina, 98

Primer informe sobre la enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina, 108

Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina, 132

Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina, 81

Primer informe sobre la enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina, 118

Farmacología:

Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina, 98

Financiamiento de instituciones docentes:

Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

Las escuelas de salud pública en la América Latina, 167

Fisiología:

Primer informe sobre la enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina, 108

Ginecología y obstetricia:

Adiestramiento de personal adscrito a programas latinoamericanos de planificación de la familia, 40

Graduados:

Características generales de la educación médica en la América Latina, 267

Hospitales docentes:

La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Los servicios del hospital docente y los objetivos del aprendizaje de pediatría, 56

Indias Occidentales:

Evaluación por los alumnos de una pasantía de medicina de la comunidad en Jamaica, 8

Programa de adiestramiento de asistentes en salud de la comunidad, 331

Japón:

Educación médica en Japón (*Reseñas de libros*), 70

Libros de texto:

Primer informe sobre la enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina, 89

Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina, 98

Primer informe sobre la enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina, 108

Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina, 132

Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina, 81

Primer informe sobre la enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina, 118

Medicina de la comunidad:

V. Medicina preventiva y social

Medicina general:

Opiniones de los alumnos de sexto año sobre la medicina general, 22

Medicina preventiva y social:

Adiestramiento de personal adscrito a programas latinoamericanos de planificación de la familia, 40

Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, 317

La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina, 132

Programas de adiestramiento de asistentes en salud de la comunidad, 331

Seminarios sobre la enseñanza de las ciencias de la conducta, 341

Medicina social:

V. Medicina preventiva y social

Metodología de la enseñanza:

Curso de ciencias de la conducta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, 317

Primer informe sobre la enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina, 89

Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina, 98

Primer informe sobre la enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina, 108

Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas de medicina de la América Latina, 132

Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina, 81

Primer informe sobre la enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina, 118

Objetivos educacionales:

Primer informe sobre la enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de la América Latina, 89

Primer informe sobre la enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de la América Latina, 98

Primer informe sobre la enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de la América Latina, 108

Primer informe sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina, 132

Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina, 81

Primer informe sobre la enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina, 118

Organización Panamericana de la Salud:

Estado actual del programa de textos de la Organización Panamericana de la Salud (*Noticias*), 156

Nota editorial, 79

Patología:

Primer informe sobre la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina, 81

Pediatría:

Los servicios del hospital docente y los objetivos del aprendizaje de pediatría, 56

Primer informe sobre la enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina, 118

Personal auxiliar:

Adiestramiento de personal adscrito a programas latinoamericanos de planificación de la familia, 40

Análisis de funciones en el desarrollo de los planes de estudio, 31

Programas de adiestramiento de asistentes en la salud de la comunidad, 331

Planes de estudio:

Análisis de funciones en el desarrollo de los planes de estudio, 31

Planificación familiar:

Adiestramiento de personal adscrito a programas latinoamericanos de planificación de la familia, 40

Planta física, instituciones docentes:

Las escuelas de salud pública de la América Latina, 167

Psiquiatría infantil:

Primer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil (*Noticias*), 77

Relación médico-paciente:

La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas, 217

Reseñas de libros:

Medical Education in Japan, 70
The Making of a College. Plans for a New Departure in Higher Education, 72
The Professional School and World Affairs: Report of the Task Force on Medicine and Public Health, 336
Trends in New Medical Schools, 338

Salud pública, cursos:

Las escuelas de salud pública en la América Latina, 167

Seminarios:

V. Conferencias y congresos

Venezuela:

Opiniones de los alumnos de sexto año sobre la medicina general, 22

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE

FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

Los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizados en 1955 y 1956 bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, recomendaron la creación de una organización que reuniera las escuelas de medicina del Hemisferio. Esta recomendación recibió formal aprobación en las dos primeras Conferencias de Escuelas Médicas Latinoamericanas convocadas por la Unión de Universidades de América Latina. La primera, celebrada en Ciudad de México en 1957, recomendó “la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas”; y la segunda, en Montevideo, en 1960, propuso “estimular a través de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de todos los países de América, la creación de una Federación Panamericana de Escuelas de Medicina”.

Invitados por la Asociación Americana de Escuelas Médicas, representantes de escuelas de medicina de países latinoamericanos se reunieron en Montreal (noviembre de 1961), durante la 72a. Reunión Anual de dicha Asociación y decidieron establecer un Comité Organizador para elaborar el proyecto de la Federación. Este Comité se reunió en Cali, Colombia, en abril de 1962, y preparó el plan de organización de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, aprobado en sesión plenaria de la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, realizada en Viña del Mar, Chile, el 29 de noviembre de 1962.

Se estableció entonces un Comité Administrativo Interino encargado de poner en funcionamiento la Federación y tomar medidas para la formación de los organismos directivos correspondientes. Finalmente, el 15 de agosto de 1964, al iniciarse la Cuarta Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, en Poços de Caldas, Brasil, se llevó a cabo la instalación del Consejo de la Federación, se eligió la Mesa Directiva y se formó el Comité Administrativo con carácter permanente. Su actual Presidente es el Dr. Rubens Maciel, del Brasil, y su Director Ejecutivo, el Dr. José Félix Patiño, de Colombia.

La Federación “es un organismo de carácter exclusivamente educacional y científico que se propone contribuir, en forma organizada y progresiva, al perfeccionamiento de la educación médica en las Américas”. Desde sus comienzos ha contado con la valiosa cooperación de las Fundaciones Milbank Memorial, Kellogg y Rockefeller, y ha actuado en perfecto entendimiento con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En sesión plenaria celebrada el 7 de octubre de 1965, el Consejo Directivo de la OPS, en su XVI Reunión, “resolvió reconocer la Federación como organismo no gubernamental representativo de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Américas”.

La Dirección Ejecutiva de la Federación funciona en Bogotá, Colombia (Carrera 7ª No. 29-34).

