

Volumen 10, Número 2
1976

Educación médica y salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Educación médica y salud es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de
Educación médica y salud las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES
(ESCUELAS) DE MEDICINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA
DE AMERICA LATINA

El precio de la suscripción anual es EUA\$8.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; *Salud Panamericana*, revista trimestral ilustrada (español e

inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales, Publicaciones Científicas y Otras Publicaciones*).

Educación médica y salud

Volumen 10, Número 2
1976

103 Nota editorial—Héctor R. Acuña

Artículos

109 Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe—Informe Final

140 Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica—José Roberto Ferreira

152 La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina—Michel Foucault

171 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Salud Maternoinfantil

Reseñas

186 La OPS y el desarrollo de los recursos humanos, 1974

Noticias

213 Día Mundial de la Salud

213 Reunión sobre control de la aftosa y otras zoonosis

216 Cincuentenario del *Weekly Epidemiological Record* de la OMS

217 Nuevo enfoque de la capacitación de personal de salud

218 El éxodo de profesionales

Libros

220 Publicaciones de la OPS y de la OMS

224 Otras Publicaciones

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

Nota editorial¹

DR. HECTOR R. ACUÑA
Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana

Esta reunión que hoy comienza tiene múltiples significados, todos ellos de gran importancia. Es el resultado de discusiones que se iniciaron en abril de 1975 en nuestra Sede de Washington, D.C., durante la cita que se dieron la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina con el fin de exponer sus respectivos planes de trabajo en el campo de la educación médica y de examinar las posibles acciones futuras. Fue en aquella ocasión en la que ante la preocupación que expresamos por la proliferación de facultades y escuelas de medicina en América Latina, se acordó llevar a cabo la reunión que hoy nos congrega, en la que se habrá de tratar de definir los requisitos mínimos que deben establecerse para la creación de una escuela. Esta reunión estrecha asimismo las relaciones entre la OPS y la Federación e inicia, por otra parte, una nueva etapa para la Federación con el traslado de su sede a esta ciudad de Caracas y la toma de posesión de su nueva Dirección Ejecutiva. Fundamentalmente, ofrece una posibilidad de diálogo fructífero entre distinguidos exponentes de la educación médica de América Latina, la OPS y la FEPAFEM.

América Latina, como mundo nuevo que es, difiere en su proceso evolutivo de todos los demás. Es un Continente en desarrollo, rodeado de un mundo desarrollado que trata de exportar sus imágenes, sus ideas, sus formas de vida. América Latina se debate entre la búsqueda de un camino nuevo para su propio desarrollo o el seguimiento de caminos ya trazados. Indudablemente, lo más fácil es seguir caminos ya recorridos, salvando así los tramos dificultosos y los senderos sin salida; sin embargo, siempre nos preguntamos si esas rutas que sirvieron a otros países en otros tiempos no nos llevarán a metas no previstas, a soluciones poco prácticas y, aún más, a situaciones de dependencia tal que al final del recorrido terminaríamos en la misma situación del punto de partida, situaciones viejas con adornos o ropajes nuevos, dependencia absoluta dentro de mejores niveles de vida.

Esto que sucede en los terrenos político, social y económico, se refleja en los sectores o subsistemas de educación y de salud. Ante las aparentes soluciones

¹Discurso leído por el Dr. José Roberto Ferreira, Jefe de la División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS/OMS, en la Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. (Caracas, enero de 1976).

para los problemas de educación y salud aportadas por los países desarrollados, América Latina en unos casos trata de incorporar estas soluciones y en otros busca nuevas formas. La fuerza de sus pueblos, de sus intelectuales, y especialmente de su juventud, empuja muchas veces a la América Latina a soluciones no tradicionales. En el momento que se presentan, dichas soluciones no parecen como tales, sino como problemas mayores al comparárselas con las soluciones ortodoxas. Solo el devenir histórico nos hará ver la verdadera trascendencia de esos cambios. La democratización de la cultura, la ampliación de la educación, los problemas crecientes de salud que requieren la extensión del sistema de atención para la prestación de servicios hasta lograr una cobertura total, la incorporación a la fuerza de trabajo de grandes masas de jóvenes en América Latina requieren también de una expansión de las oportunidades de trabajo productivo. Aquí tenemos un primer reto. No se trata de pequeños números sino de grandes cantidades, de masas. Con nuestra apatía solo lograríamos que la separación entre América Latina y los países desarrollados fuese mayor e inalcanzable.

Cuando hablamos de masas se antepone la palabra calidad, que al parecer son conceptos antagónicos. No creemos que lo sean si definimos previamente nuestro concepto de calidad y sobre todo lo que significa calidad para la comunidad. En el campo de la salud, propusimos durante la 28ª Asamblea de la OMS (1975) recomendar a los Gobiernos la revisión de la idea de "primero calidad y después extensión". He aquí otro reto, la búsqueda de un nuevo desarrollo, en el cual la expansión no se oponga a la calidad.

Nuestras actividades deberían dirigirse a la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todas las personas, utilizando todos los recursos a nuestro alcance. Solo cuando esto se logre, trataríamos de proveer servicios de la más alta calidad posible, nunca comprometiendo el objetivo final de la cobertura total.

Al plantear soluciones propias, lo hacemos porque estamos convencidos que el subdesarrollo no está solo en la pobreza de los pueblos, sino que reside fundamentalmente en la alienación de estos pueblos, de sus gentes, de sus dirigentes, en su incapacidad de innovar y de crear y en la perpetua imitación. Esta crisis se agrava ahora cuando nuestros países perciben la sensación de frustración que existe en los países desarrollados, ante un desarrollo que poco sirve al hombre como persona humana. Cuando señalamos un desarrollo diferente lo hacemos con la total conciencia de que el desarrollo es endógeno, nace del interior de los pueblos, cuando estos definen con libertad su futuro y nunca como el fruto de soluciones importadas.

Al penetrar en los problemas de la formación médica en América Latina, vemos que de 100 escuelas de medicina en 1967, se cuenta hoy con 170; que de 90,000 alumnos en 1967 existían 160,000 en sus aulas en 1972. En solo dos países, Brasil y México se crearon en la última década 65 nuevas facultades. En 1972 Argentina, Brasil y México tenían el 50% de los estudiantes de medicina del Continente (115,000 alumnos) y el 72% de los de América Latina. No sabemos

realmente cuáles y cuántos factores influyeron en este crecimiento inesperado y enorme —juventudes que presionan intensamente, soluciones demagógicas. Una vez más, este nuevo mundo, con sus violentos cambios, crea nuevas fisonomías, nuevos panoramas, nuevas imágenes que no estamos acostumbrados a ver y que por lo tanto nos parecen caóticas, difíciles de entender, y que rompen nuestras estructuras mentales y sociales. La imagen de miles y miles de jóvenes acudiendo a las escuelas de medicina tratando de encontrar el conocimiento deseado; tanto ellos como las escuelas con arquetipos del pasado; los estudiantes en busca de escuelas y profesores; las escuelas queriendo “enseñar” y sin capacidad física instalada, ni profesores suficientes para “enseñar”.

Desde los años 50 estas escuelas han reconocido, en diversas reuniones sobre enseñanza de la medicina, la necesidad de formar al médico generalista o indiferenciado que requieren los países. Pero muy poco o casi nada se ha logrado hasta ahora al respecto. Los alumnos buscan la formación diferenciada que rápidamente les permita incorporarse a la vida profesional; las escuelas dicen tener currículos destinados a la formación general, pero su organización, sus departamentos, sus hospitales universitarios son ejemplos de la más absoluta diferenciación. Como señalara el Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social² reunido en nuestra Sede en 1974: “Las proposiciones generales que han orientado la formación de programas de enseñanza de medicina preventiva no han considerado con una perspectiva adecuada la organización de la atención médica y su mercado de trabajo, ni tampoco las determinantes históricas de esta estructura en sociedades concretas. Parten de una visión incompleta respecto de la atención médica, de la salud pública y de otras prácticas específicas en la estructura social y por tanto resultan de eficiencia limitada”. De esta manera se producen las propuestas de “formar al médico que el país necesita” a través de nuevos contenidos o métodos de enseñanza que no resultan útiles ante objetivos definidos idealmente. Es por eso que dicho Comité consideró que el nuevo objeto de la medicina social debería ser la atención a la salud, su análisis y su crítica por su punto de vista hegemónico. La atención médica como medicina individual es hegemónica y ejerce su dominio sobre los demás servicios de medicina colectiva, como la salud pública o la medicina comunitaria, y esta atención en la mayoría de los países es especializada. No se trata pues de implantar simples modificaciones, o esquemas paralelos de asistencia, sino de crear conciencia, mediante la investigación y la experiencia, que existen otros mecanismos de control extrauniversitarios que pueden paralizar cualquier cambio.

La función crítica de la Universidad frente a la sociedad está presente en casi todas las escuelas de medicina, pero ¿cuánto de autocrítica existe? ¿cuánto de lo que se critica se pone en práctica en los claustros? La salud como derecho se pregona, se habla de la comunidad como foco principal de interés de las escuelas, pero con cierta facilidad de distorsiona el concepto de comunidad. Se

²Véase *Educ méd salud* 9 (2), 214, 1975.

habla del "olvido del área rural" y las escuelas son las primeras en olvidar en sus planes de estudio la problemática de salud del campo. Queremos enviar al recién graduado al campo, después de muchos años de aprendizaje en condiciones que solo las grandes ciudades pueden brindar. Queremos que el recién graduado trabaje con sus manos y hacemos todo lo posible para valorizar casi exclusivamente lo intelectual. Seleccionamos para ingresar a nuestras aulas a los intelectuales de la secundaria, los intelectualizamos aún más en las escuelas, y luego queremos que valoricen y aprecien el trabajo manual o por lo menos el trabajo práctico, el de todos los días, eso que con cierto menosprecio llamamos "rutina". Y así otra vez nos olvidamos del pueblo. Lo que este pueblo realmente necesita en una mayor proporción es "rutina". Sus enfermedades más comunes son rutina, los problemas que más lo afectan desde el punto de vista de salud son rutinarios, pero son de ellos y por tanto debemos considerarlos importantes, especiales, humanos.

Con esto no estamos diciendo que otros aspectos, como la investigación y la solución de problemas mayores, no son importantes. No estamos propiciando el colonialismo intelectual, que consideramos quizás peor que el colonialismo económico, sino que estamos propiciando que se señale la verdadera proporción de cada uno de estos aspectos; que aceptemos, valoricemos y tratemos de infundir en nuestros estudiantes la importancia de la "rutina", con la misma pasión con que defendemos la investigación, la excelencia, la calidad. ¿Qué podemos hacer con excelente calidad si esta no llega al pueblo? ¿Qué significa la investigación, el nuevo conocimiento, si no sirven a la comunidad?

X Ante la plétora estudiantil, ante la aparente baja calidad de la enseñanza, ante la creación indiscriminada de nuevas escuelas, la preocupación institucional se hace presente. Se habla de la crisis de la institución universitaria y en especial de la institución médica, acusando a los factores antes mencionados como causantes de esta crisis. Para nosotros estos son factores desencadenantes de la crisis institucional pero no el factor etiológico. La verdadera causa de esta crisis institucional está en la inadaptación de dichas instituciones a un mundo que está bajo un proceso de rápidos cambios. Queremos enfrentar instituciones muchas veces anquilosadas, programas de enseñanza rígidos que añoran el pasado, a situaciones nuevas, pujantes, que estimulan la creatividad y rechazan la inactividad. X

Ante estas situaciones se han realizado muchas reuniones para tratar de encontrar soluciones al respecto. La nuestra que hoy se inicia aparentemente sería una reunión más de aquellas, con el objeto principal de señalar los requisitos mínimos para la creación de una escuela de medicina en América Latina. Y podría terminar así si nos aferramos a los requisitos que fueron señalados en el pasado y en países desarrollados, tales como determinado número de alumnos en función del número de profesores, de la capacidad instalada, de los recursos financieros, etc., o sea que siempre la oferta sería menor que la demanda con el resultado que rechazaríamos un gran número de jóvenes en aras de una cuestionable calidad de la formación. Ninguno de los caminos

trazados en el pasado nos dará la solución. Cuando nos enfrentamos con escuelas que admiten de 5,000 a 14,000 alumnos por año y tratamos de encontrar una solución en la experiencia de los países desarrollados, únicamente veremos la imposibilidad de formar médicos según sus patrones o estándares con tan gran número de alumnos. Pero no se trata de formar médicos según esos patrones sino de acuerdo con las necesidades de nuestros pueblos, de las comunidades, que no pueden seguir esperando soluciones paliativas y requieren respuestas masivas para sus grandes necesidades.

- X Cuántas nuevas posibilidades se abrirían si al lado de los organismos que prestan servicios de salud se colocaran centros de estudio, bibliotecas, laboratorios, y se hiciera investigación funcional y vinculada al trabajo y a la vida de la comunidad. La nueva amalgama social y educacional proporcionaría, como resultado del esfuerzo cooperativo entre estudiantes y maestros, un sistema de aprendizaje más eficaz para la mayoría que cualquier otro conocido. La integración de la docencia y la asistencia, la educación y el trabajo, a la vez que daría lugar a una mayor capacidad instalada de servicio, proporcionaría a los estudiantes un mejor conocimiento de sí mismos y de sus comunidades, permitiéndoles una mejor participación en la vida de esas comunidades. No solamente aprenderían a ser, sino que fundamentalmente aprenderían el camino para llegar a ser. Le daría a la formación ~~médica~~ *en salud* las verdaderas características de un proceso de transformación. X

Indudablemente que todo lo anterior se contempla dentro de un proceso donde la búsqueda de la justicia social sea la meta y en el cual el desarrollo se entiende como desarrollo de la persona humana y no de medios para alcanzarlo. Desarrollo orientado a la satisfacción de necesidades de la comunidad y al mismo tiempo desarrollo para asegurar la "humanización del hombre", estimulando su capacidad de creación, sus posibilidades de expresión y la libertad de decidir su destino. Estamos invitándolos a pensar en otros requisitos que no son los tradicionales. Con esto no queremos decir que todo lo que se ha hecho hasta ahora no es adecuado o útil. Las actuales escuelas latinoamericanas de medicina están inscritas en el desarrollo histórico de sus pueblos y por tanto han aportado su cuota en la transformación de estos. Lo que ahora buscamos es una nueva aproximación, más fructífera, más rápida, más creativa.

Al patrocinar la presente reunión en conjunto con la FEPAFEM estamos, en realidad, dando cumplimiento a una de las funciones más importantes que nos otorga nuestra Constitución—la función de colaborar con los Países Miembros en la definición de normas y procedimientos adecuados a su propio desarrollo.

Las normas que establezca este grupo representativo de la inteligencia científica de América es posible que demanden algún tiempo para que sean adoptadas ampliamente por las escuelas. Consideramos que deban ser presentadas como una guía, como una meta para la superación permanente de estas instituciones y con este sentido pretendemos elevarlas a la consideración posterior de los Cuerpos Directivos de la OPS.

Hoy empiezan ustedes una tarea que no puede terminar en el transcurso de

esta reunión y esperamos que mantengan una continua preocupación por el problema, ante la cual la OPS está dispuesta a continuar colaborando como lo hace ahora o en la forma que ustedes crean conveniente.

PRIMERA REUNION SOBRE

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

INFORME FINAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NORMAS Y REQUISITOS MINIMOS A NIVEL NACIONAL

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

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

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

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

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

NORMAS Y REQUISITOS MINIMOS A NIVEL INTERNACIONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴*Ibid.*

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

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACION DEL MEDICO

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

Factores externos de las instituciones formadoras de médicos

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

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

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

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

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

Factores internos de las instituciones formadoras de médicos

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

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

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

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

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

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

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

ENSEÑANZA INTEGRADA VS. ENSEÑANZA POR DISCIPLINAS

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

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

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

ENSEÑANZA UNIPROFESIONAL VS. ENSEÑANZA MULTIPROFESIONAL

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

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

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

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

ENSEÑANZA PREDOMINANTEMENTE HOSPITALARIA VS. ENSEÑANZA PREDOMINANTEMENTE EXTRAHOSPITALARIA

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

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

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

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

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

LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALTERNATIVAS FRENTE A LA DEMANDA ESTUDIANTIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RECOMENDACIONES

1. La formación de médicos y las políticas de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. La formación de médicos y el número de alumnos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMENTARIOS

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO

Participantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observadores

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

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

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

Secretariado

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

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica

DR. JOSE ROBERTO FERREIRA¹

INTRODUCCION

Durante la primera mitad de este siglo, el progreso de la medicina en el área biológica, junto con la práctica desarrollada en los establecimientos de enseñanza más destacados, dio lugar a una fijación casi universal en el hospital como el lugar ideal para el aprendizaje práctico. En aquellas instituciones educacionales de mayores recursos y prestigio, se consolidó la utilización del llamado “hospital universitario”.

En el decenio de 1950, lo ideal para una facultad de medicina era poder desarrollar sus programas en un hospital universitario grande y bien equipado—un centro de referencia, nacional o regional, especializado en las enfermedades más complicadas y raras, para lo cual contaba con los medios más avanzados de diagnóstico y tratamiento, e inevitablemente más complejos y costosos.

Sin embargo, el hospital sigue siendo una unidad que forma parte integrante del sistema de salud, con funciones específicas de diagnóstico y tratamiento de pacientes, y cualquier otra calificación que se le quiera dar necesariamente estará incluida en el contexto del binomio salud-enfermedad, en términos del tipo o nivel de asistencia, el grado de especialización o el alcance de los servicios.

En principio, no creemos que deba existir un hospital específicamente docente, pues la experiencia ha demostrado que como tal, la institución se aparta de los parámetros que deben orientar su función social a través del ejercicio de la medicina, y paradójicamente deja de servir adecuadamente los propósitos mismos de la enseñanza.

El vínculo casi total entre el sistema educacional y el hospital ha dado origen a un cuerpo clínico superespecializado, divorciado de las

¹Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS.

necesidades reales de salud de la comunidad, y ha creado un círculo vicioso en el cual el sistema educacional se encuentra principalmente dirigido a satisfacer las exigencias del propio funcionamiento de esa compleja institución.

EL HOSPITAL EN EL CONTEXTO DE LA EDUCACION Y LA SALUD

Dicho lo anterior a modo de introducción, pasaremos al tema específico, tratando de buscar en los principios que orientan la formación del médico las bases de la verdadera integración de la capacitación y el servicio.

Un análisis, aunque breve, de la educación médica actual indica claramente que el objetivo de formar el profesional de acuerdo con una concepción global de la medicina—es decir, en el sentido bio-psico-social—y dedicado a la solución de problemas de la salud de la comunidad no se alcanza precisamente porque el centro de su actividad práctica está representado por el hospital. A este respecto, debemos admitir que existe una situación paradójica en la que están en pugna los objetivos de la formación del médico y los de la carrera docente. Por un lado se propone la formación de médicos indiferenciados y por el otro se califica al docente por su grado de especialización.

No queremos decir con esto que un profesor no se debe especializar o que las investigaciones clínicas no tienen cabida; lo que deseamos es señalar una contradicción injustificable que se viene perpetuando por la utilización casi exclusiva del hospital especializado para la formación básica en medicina. En este caso la definición clara de los niveles de actuación es más importante que la dependencia de una orientación centralizada. En esta línea de ideas, el hospital especializado que proporciona asistencia terciaria sería el centro de referencia lógico, pues contaría con recursos más avanzados y con profesionales más especializados, dedicados a la investigación clínica y a toda la formación de posgrado. Pero no siempre lo lógico es aceptable, y algunos profesores se resisten a renunciar a sus prerrogativas en relación con la formación universitaria, aunque esto implique la utilización de un contexto de trabajo inadecuado para el logro del objetivo que ellos mismos han definido.

En principio, cabe reconocer que la atención médica cuenta con un repertorio de funciones en permanente expansión. Con los avances de la ciencia aumenta también la serie de procedimientos diagnósticos y

terapéuticos cada vez más refinados, complejos y costosos. Aun teniendo en cuenta las ventajas de esos progresos, hay que tener presente que el proceso es acumulativo y no sustitutivo. En este caso la ciencia y la tecnología no sustituyen los viejos métodos por otros nuevos, más efectivos y menos costosos, como ocurre en la industria. Estos nuevos métodos son en realidad adiciones y su finalidad es abarcar esferas previamente inalcanzadas. Un resultado es la presión directa para aumentar los gastos a fin de promover nuevos tipos de servicios.

En este proceso continuo de expansión, algunos países económicamente más avanzados llegan a destinar el 8% del producto nacional bruto a los servicios de salud, y la parte hospitalaria absorbe de un 50% a un 70% de ese porcentaje para atender cerca del 10% de la demanda. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, el costo de la atención hospitalaria se ha triplicado en los últimos ocho años. En todo su desarrollo se discute la eficacia del sistema desde el punto de vista de la calidad, y se citan como ejemplos los altos índices de letalidad de determinados procedimientos quirúrgicos; ciertas variaciones incomprensibles del tratamiento de enfermedades idénticas, y hasta los beneficios cuestionables de ciertas innovaciones, como las unidades de enfermedades coronarias.

Por último, cuando se trata de definir la posición del hospital en función de la magnitud de los problemas de salud, nos enfrentamos con un ejemplo (figura 1) como el de Kerr L. White (1973), ampliamente divulgado, que muestra que en una población típica de 1,000 personas, en un intervalo de un año, 720 reciben algún tipo de asistencia ambulatoria, 100 son admitidos en algún hospital, y apenas 10 son remitidos a un hospital especializado.

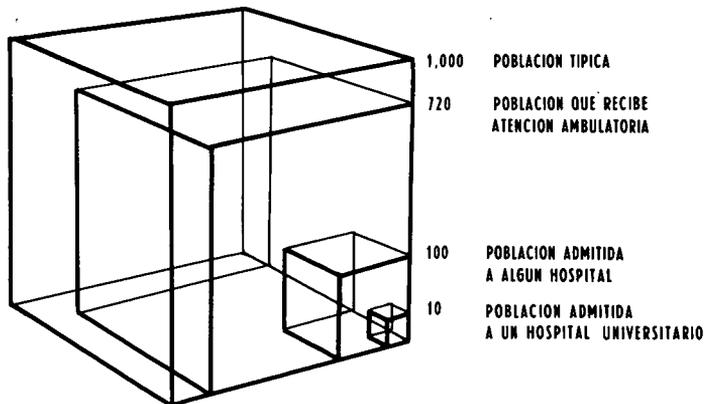


FIGURA 1

El análisis precedente parece indicar que tanto el sistema de servicios de salud como el de educación médica marchan hacia una etapa importante de transición. Objetivo común de ambos es el logro de un nuevo equilibrio entre el modelo biocientífico de atención médica, centrado en el hospital especializado, y la atención primaria de la salud, centrada en la comunidad, posiciones que aunque parezcan antagónicas son en realidad complementarias.

INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL

El estado actual de desarrollo de la medicina es, sin duda, un reflejo de modelos importados de los Estados Unidos de América y de Europa. Ciertos aspectos importantes de estos mismos modelos están siendo cuestionados en los propios países de origen. Analizarlos a tiempo para evitar la posible repetición de los mismos errores puede constituir un paso decisivo en la consolidación del progreso de la medicina en la América Latina. Al referirnos a la atención primaria, no nos hemos basado en los esquemas de China, Irán o Paquistán, sino en documentos como el informe sobre educación médica de la Comisión Carnegie (1970), la Cuarta Conferencia Mundial de Formación Médica (1972), o el estudio sobre la formación de profesionales de la salud en el contexto del sistema de salud, preparado por la Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (1974), y en varios otros documentos o leyes específicas de países como Alemania (1970 a 1973), Canadá (1970), Australia (1973), Inglaterra y Finlandia (1972) y Suecia (1974). También se pueden tomar como antecedentes de esta exposición modelos de integración en varias escuelas norteamericanas, en la Universidad de Negev, Israel, o el proyecto A-36 de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En dichos países, y por supuesto en mayor grado en la América Latina, se acentúa el contraste entre la alta calidad de los servicios médicos especializados que se ofrecen en los grandes centros urbanos y la continua incapacidad de ampliar el alcance de las actividades de salud para abarcar a toda la población, aún en términos de la atención más elemental.

La reacción ante este problema está llevando a la reorientación de los servicios de salud, asignando mayor prioridad a la prevención de enfermedades y al fomento de la salud, a la mayor participación de la comunidad en las actividades de salud, y a una mayor intervención en los aspectos medicosociales, tratando de facilitar el acceso a los servicios, mejorar la calidad, controlar los costos y abarcar a toda la población.

Esta atención primaria de salud exige dos requisitos esenciales: la regionalización de los servicios y el trabajo de equipo, condiciones que garantizan a las unidades más periféricas la vinculación a todo un sistema de referencia y a un enfoque integral de los problemas comunitarios.

Cuando se trata de correlacionar todo este sistema con el proceso educacional, se observa que mientras que el cuidado de la salud se proporciona a domicilio, en centros de salud, en centros ambulatorios, y en clínicas y hospitales generales y especializados, la formación del futuro médico depende esencialmente de la Universidad, de las facultades y los departamentos, que en el ciclo clínico se convierten en clínicas o enfermerías de demostración, poco representativas de la realidad de los servicios de salud. Nos referimos a la realidad de esos servicios desde el punto de vista de los problemas de programación y ejecución de actividades junto a los grupos de la población, como por ejemplo la coordinación de actividades de control con respecto a grupos muy expuestos frente a problemas prioritarios. Así lo confirma una observación hecha por E. M. Kennedy (1973) refiriéndose a los Estados Unidos de América: "La medicina que se practica en los centros universitarios no es la que se practica en el campo. Cumplimos una excelente tarea formando al futuro médico para atender a algunos individuos, pero no lo educamos para atender a toda la población".

Si el estudiante debe ser preparado para actuar en todo el espectro de la atención de la salud, necesariamente tendrá que participar en experiencias de aprendizaje en todo ese espectro.

En los documentos a que hemos hecho referencia, procedentes de varios países desarrollados, se propone, en particular, de manera bastante constante, "la participación de los estudiantes en la atención de la salud a nivel de la familia y de la comunidad, y el trabajo junto a los clínicos generales acostumbrados a actuar a ese nivel". Esto es lo que se llama "integración docente-asistencial", es decir, la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria, y un trabajo más o menos prolongado en relación directa con el hospital de la comunidad, complementado por temporadas breves en hospitales especializados o unidades de referencia.

En la práctica se establece el vínculo entre el alumno y los individuos que tiene a su cuidado, y cuando alguno de estos se enferma, la naturaleza misma de la dolencia, según el nivel de asistencia requerido, orientará el acceso del alumno a los distintos grados de complejidad de la actividad clínica. Lógicamente, esto no puede ocurrir en forma

totalmente aislada y entraña una coordinación que solo puede existir en un sistema de salud regionalizado.

A este respecto, nos permitimos invertir el esquema de valores basado en que la mayoría de los estudiantes trabajando en un hospital especializado complementan su formación con temporadas en otras unidades de salud. También proponemos un enfoque institucional e integral que difiere fundamentalmente del enfoque ya casi clásico de los departamentos de medicina preventiva y social, los cuales, al asumir la responsabilidad de impartir una visión integral de la salud, automáticamente eximieron a los demás departamentos de toda responsabilidad en esa esfera.

Resumiendo este concepto de la integración del aprendizaje y el servicio, se pueden esquematizar tres etapas evolutivas en la dependencia del sistema de relaciones vigente, como aparece en la figura 2.

La primera etapa (A) se caracterizó por una formación esencialmente circunscrita a la Universidad en la que la utilización de los hospitales públicos—por lo general “casas de salud”—era eventual y limitada. Esos hospitales eran a su vez poco desarrollados en lo que se refiere a estructura y recursos técnicos, y su utilización para la formación era generalmente de carácter demostrativo y estaba subordinada a una fragmentación de los servicios que correspondía al propio sistema de cátedras.

En la etapa subsiguiente (B) aparece el “hospital universitario”, el cual se convierte en una anomalía tanto para el sistema de salud como para el docente. Por su función prioritaria de prestar asistencia médica a la población, el hospital no atiende un ideal específico de la Universidad, y por estar al margen de un sistema de regionalización de los servicios de salud, no se ajusta a las normas de este y no llega a constituir una unidad

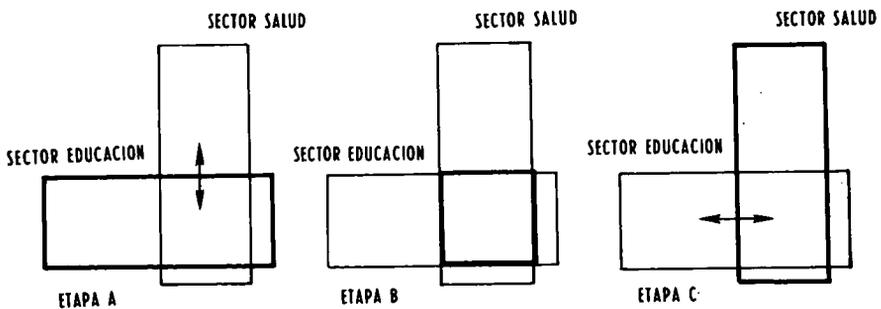


FIGURA 2

de referencia por la falta de mecanismos de coordinación adecuados. El problema se agrava cuando se analiza la financiación de su mantenimiento; los recursos nunca son suficientes y las instituciones de financiación tratan de evadir toda responsabilidad. No obstante, estos hospitales han cumplido una importante tarea en el mejoramiento del nivel de la atención médica, al introducir la investigación clínica y perfeccionar la formación de especialistas.

La última etapa de esta evolución (C) se presenta como una tímida realidad en algunos centros o con la proyección ambiciosa de Negev, pero encierra un gran sentido prospectivo, por ser lógica y tal vez por constituir a largo plazo la única solución para el problema. Entraña la amplia utilización de los servicios de salud para la capacitación de estudiantes en todos los niveles de la atención, con mecanismos de referencia claros y definidos, y la eventual incorporación del propio hospital especializado, justificada ahora por la identidad de propósitos.

El mismo esquema simbólico utilizado para representar el sector salud y el sector educación pasa a tener mayor significado para la orientación de la integración docente-asistencial cuando se analiza su contenido. El sistema de salud asume necesariamente el control de las actividades de salud, y los procesos que tienen lugar en este nivel contienen en sí mismos los esquemas de acción que orientan el componente empírico-inductivo de la capacitación. A su vez, el sistema educacional, a través de sus disciplinas específicas, aporta un componente teórico-deductivo, con lo que se completa el ciclo de razonamiento científico.

REDEFINICION DE LA MISION DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO

El hospital ha sido la institución de servicio público que ha sufrido mayor transformación en lo que va de este siglo. El cúmulo de adelantos científicos y tecnológicos condicionó la multiplicación cualitativa y cuantitativa de los recursos hospitalarios especializados y la necesidad de economías de escala los transformó en los gigantescos y complejos establecimientos que existen actualmente.

Indiscutiblemente, este hospital seguirá desempeñando un papel prominente en el sistema de servicios de salud. Pero este papel es limitado. El hospital está esencialmente centrado en las enfermedades y orientado a su diagnóstico y tratamiento, pero su acción es intermitente, pues se le usa solo cuando lo requiere la propia naturaleza de la enfermedad.

Entre sus funciones principales cabe mencionar las siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas complicadas.
- Servicio de consulta para pacientes enviados por el sistema de atención primaria.
- Tratamiento hospitalario para pacientes que requieren un cuidado especializado, como cirugía mayor o terapia intensiva.

Al circunscribir las funciones del hospital especializado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas graves, se excluyen otros aspectos que tradicionalmente estaban asociados o vinculados a él, tales como las operaciones de práctica general que se pueden realizar en un hospital comunitario, instalaciones para internado de enfermos crónicos o de pacientes que se pueden atender a domicilio.

Hay otros aspectos que aunque dependen de una gran variedad de criterios también se pueden excluir del hospital especializado en bien de un mejor aprovechamiento de esta institución. Tal sería el caso de la pediatría, que como asistencia de carácter general estaría incluida en el sistema de atención primaria, en tanto que la cirugía pediátrica y el tratamiento de determinadas enfermedades y afecciones se realizaría en hospitales más desarrollados.

Todo este criterio selectivo se basa en la necesidad urgente de aumentar el rendimiento institucional, limitando el costo operativo del sistema. Por analogía—aunque basada en criterios distintos—esta selección limita también la utilización de los hospitales especializados para la capacitación práctica de los estudiantes de medicina.

La permanencia del alumno de pregrado en ese hospital será siempre una medida excepcional, como lo son también las labores que cumple ese hospital en el contexto de las actividades de salud. Sin embargo, puede ser útil la participación de los estudiantes en sesiones clínicas en las que se analicen casos mejor estudiados y la realización de residencias especializadas durante el internado para conocer los recursos más avanzados que el futuro médico necesitará para remitir a sus pacientes.

Por otro lado, consideramos que carece de todo fundamento la práctica tradicional de establecer criterios de utilización de los recursos hospitalarios mínimos sobre la base de la relación entre el número de camas y el de alumnos. La única forma de definir el tamaño adecuado de un hospital es determinar la demanda concreta de servicios de salud. Solo así podremos ser coherentes con el principio de que en los hospitales donde se lleva a cabo la capacitación médica, así como en unidades orientadas exclusivamente a la prestación de servicios, todas las actividades deben ser programadas y efectuadas invariablemente

teniendo en cuenta la consideración prioritaria de los legítimos intereses del paciente.

En este análisis de la misión del hospital especializado es preciso señalar el conjunto más importante de actividades de carácter académico que compete a esta institución. Esta serie de actividades incluye el desarrollo de residencias especializadas, la realización de investigaciones clínicas, la formación de personal docente, y las actividades de apoyo técnico a los demás hospitales comunitarios y a toda la red de atención primaria, que también participa en la docencia universitaria y que periódicamente puede necesitar orientación del hospital de base de la región.

En el contexto internacional, esta proposición está sujeta a una gran variedad de soluciones que incluyen diferentes niveles funcionales, distintos mecanismos de control y diferentes patrones de referencia.

Reconocemos las dificultades que pueden obstaculizar su aplicación, pero tenemos la seguridad de que el tiempo demostrará que no se trata de un esquema utópico. En la medida en que se amplíe su aplicación adecuadamente documentada en lo que respecta a su factibilidad y eficiencia, cederá la eventual resistencia a este proceso de transformación y será más evidente la importancia de mejorar la organización de los servicios a fin de ofrecer una solución a los problemas de salud de la población, en términos de continuidad y alcance total. A nuestro juicio, esta es la verdadera misión de una institución de educación médica.

RESUMEN

En este trabajo se expone un concepto innovador de la función que debe desempeñar el hospital hoy día, de acuerdo con el estado actual de la educación médica y las necesidades de los servicios de salud de los países.

Después de señalar que en los principios que orientan la formación del médico se encuentran las bases de la verdadera integración de la capacitación y el servicio, destaca el autor que mientras el cuidado de la salud se proporciona a domicilio, en centros de salud, en centros ambulatorios y en clínicas y hospitales generales y especializados, la formación del futuro médico depende fundamentalmente de la Universidad, de las facultades y los departamentos, que en el ciclo clínico se convierten en clínicas de demostración, poco representativas de la realidad de los servicios de salud en todos sus niveles.

La integración docente-asistencial como base para la capacitación de un profesional mejor preparado para enfrentarse al medio en que habrá de desenvolverse durante el ejercicio de su carrera es el fundamento del nuevo enfoque de la medicina. Es decir, "la participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles de atención en una región de salud, con predominio de las actividades de atención primaria, y un trabajo más o menos prolongado en relación directa con el hospital de la comunidad, complementado por temporadas breves en hospitales especializados o unidades de referencia".

BIBLIOGRAFIA

- American Medical Association. Council on Medical Services. *Community Health Delivery Programs*. Chicago, 1973.
- Brasil. Ministerio de Educación y Cultura. *O ensino médico no Brasil*. Doc. No. 1 da Comissão de Ensino Médico do Direção de Assuntos Universitários (DAU), julho, 1972.
- Brasil. Ministerio de Educación y Cultura. *Ensino e serviço na formação do médico*. Doc. No. 2 da Comissão de Ensino Médico do DAU, 1974.
- Bridgman, R. F. y M. F. Roemer. *La legislación y la administración hospitalaria*. Organización Mundial de la Salud. *Cuadernos de Salud Pública*, No. 50. Ginebra, 1974.
- Bryant, J. *Health and the Developing World*. Ithaca, Cornell University Press, 1969.
- Canadá. Ontario Council of Health. *Future Arrangements for Health Education*. Monograph No. 1. Toronto, 1971.
- Drucker, P. F. *The Age of Discontinuity*. Nueva York, Harper and Row, 1969.
- Evans, J. R. Delivery of health care in Ontario in change by evolution. En *Canadian Education Seminar for Health Administrators*. Ottawa, 1971.
- Kennedy, E. M. The challenge of health professions in the seventies. *J Med Educ* 48:3-7, 1972.
- Kerr, Clark *et al.* *Higher Education and the Nation's Health*. Nueva York, The Carnegie Commission on Higher Education, 1970.
- Laguna, J. *et al.* Plan de estudios experimental de medicina general (Plan A-36). *Educ med salud* 8:205-223, 1974.
- Lobo, L. C. y H. E. Jouval. Ensino médico em ambulatorios. *Rev Hosp Clí Fac Med São Paulo* 29:343-347, 1974.
- McKeown, T. *A Concept of a Balanced Teaching Hospital—A Symposium at Birmingham*. Oxford University Press, 1965.
- Navarro, V. Redefining the health problem and implications for planning personal health services. *HSMHA Rep* 86, 1971.
- Organización para Cooperación y Desarrollo Económico. Centre for Educational Research and Innovation. *Study of Education of the Health Professions in the Context of Health Care Systems*. OECD-CERI, Paris, 1974.
- Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Washington, D.C., *Documento Oficial de la OPS* 118, 1973.
- Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina. Informe de la Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS. *Educ med salud* 9 (2), 211-223, 1975.

- Prywes, M. Merging Medical Education and Medical Care. Documento mimeografiado. 1972.
- Sheps, C. G. *et al.* Medical schools and hospitals. Association of American Medical Colleges. Chicago, 1965.
- The World Medical Association. *Proceedings, Fourth World Conference on Medical Education*. Nueva York, 1972.
- Vidal, Carlos. Medicina comunitaria: Nuevo enfoque de la medicina. *Educ med salud* 9 (1):11-46, 1975.
- White, Kerr L. Life and death and medicine. *Scientific American* 229:23-33, 1973.

THE HOSPITAL'S ROLE IN THE LIGHT OF NEW TRENDS IN MEDICAL EDUCATION (*Summary*)

This article sets forth an innovative concept of the hospital's role today in keeping with both contemporary medical education and various national health service needs.

After pointing out that the groundwork for a proper integration of training and service goals lies in the principles of medical preparation, the author emphasizes that although health care is provided in the home, in health centers, in outpatient clinics, and in general and specialized hospitals, the future physician's education is primarily the responsibility of universities, medical schools, and departments, which during the clinical phase of training become demonstration clinics atypical of the conditions at the many levels of health services.

The combining of teaching and service—essential for the training of a better prepared professional, ready to handle any problem that might arise in the course of his career—is the keystone of this new approach. In other words, the author stresses “early student involvement in all levels of medical care within a particular health region, especially primary care, and a relatively lengthy period of work in direct relationship with the community hospital, supplemented by short periods in specialized hospitals or reference units.”

MISSÃO DO HOSPITAL À LUZ DAS NOVAS TENDÊNCIAS DO ENSINO MÉDICO (*Resumo*)

Expõe-se neste trabalho um conceito inovador da função que o hospital deve desempenhar hoje em dia, de acordo com o estado atual do ensino médico e as necessidades dos serviços de saúde dos países.

Depois de assinalar que as bases da verdadeira integração da capacitação e do serviço estão nos princípios que orientam a formação do médico, destaca o autor que, enquanto o cuidado da saúde é proporcionado a domicílio, em centros de saúde, em ambulatórios e em clínicas e hospitais gerais e especializados, a formação do futuro médico depende fundamentalmente da universidade, das faculdades e dos departamentos, que, no ciclo clínico, se convertem em

clínicas de demonstração pouco representativas da realidade dos serviços de saúde em todos os seus níveis.

A integração docente-assistencial como base para a capacitação de profissionais melhor preparados para enfrentar o meio em que irão desenvolver-se durante o exercício de sua profissão é o fundamento do novo enfoque da medicina, que vem a ser a participação precoce do aluno em todos os níveis de atenção em uma região de saúde, com predominância das atividades de atenção primária, e um trabalho mais ou menos prolongado em relação direta com o hospital da comunidade, complementado por breves temporadas em hospitais especializados ou unidades de referência.

LA MISSION DE L'HÔPITAL A LA LUMIERE DES NOUVELLES TENDENCES DE L'EDUCATION MEDICALE (*Résumé*)

Le présent article décrit un concept innovateur du rôle que doit jouer de nos jours l'hôpital en fonction de l'état actuel de l'éducation médicale et des besoins des services de santé des pays.

Après avoir signalé que parmi les principes qui orientent la formation du médecin figurent les bases de la véritable intégration de la formation et du service, l'auteur souligne que tant que les soins de la santé sont dispensés à domicile, dans des centres de santé, dans des centres ambulatoires ainsi que dans des cliniques et des hôpitaux généraux et spécialisés, la formation du futur médecin dépend essentiellement de l'Université, des facultés et des départements qui dans le cycle clinique se transforment en cliniques de démonstration peu représentatives de la réalité des services de santé à tous les niveaux.

L'intégration de l'enseignement et des soins, base de la formation d'un meilleur professionnel pour lui permettre d'affronter le milieu dans lequel il devra se développer pendant toute sa carrière, est l'assise même de la nouvelle médecine. En d'autres termes, c'est "la participation précoce de l'étudiant à tous les niveaux de la prestation des soins dans une région, et en particulier aux activités de soins primaires, et un travail plus ou moins long d'un rapport direct avec l'hôpital de la collectivité, complété par de brefs séjours dans des hôpitaux spécialisés ou des unités de référence".

La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina¹

DR. MICHEL FOUCAULT²

Como punto de partida de esta conferencia quiero referirme a un asunto que empieza a ser discutido en todo el mundo: la crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Mencionaré al respecto el libro de Ivan Illich *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*³ el cual, dada la gran resonancia que ha tenido y continuará teniendo en forma creciente en los próximos meses, señala a la opinión pública mundial el problema del funcionamiento actual de las instituciones del saber y del poder médicos.

Pero para analizar este fenómeno partiré de una fecha bastante anterior, los años de 1940-1945, más exactamente el de 1942, en que se elaboró el famoso Plan Beveridge, que en Inglaterra y en otros muchos países sirvió de modelo a la organización de salud después de la segunda guerra mundial.

La fecha de este Plan tiene un valor simbólico. En 1942—en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas—se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino también la vida en buen estado de salud.

Además de este valor simbólico, la fecha reviste importancia por varias razones:

1. El Plan Beveridge indica que el Estado se hace cargo de la salud. Se podría afirmar que esta no era una innovación, pues desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado, si no fundamental por lo menos

¹ Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

² Profesor del Colegio de Francia, París.

³ Londres, Calder and Boyars, 1975.

importante, era la de garantizar la salud física de los ciudadanos. Sin embargo, creo que hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la de defensa y ataques militares. Hasta entonces, la medicina estatal consistió en una función orientada principalmente hacia fines nacionalistas—cuando no raciales. Con el Plan Beveridge la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud.

2. No se trata solo de una inversión en el derecho sino de lo que podría denominarse una moral del cuerpo. En el siglo XIX aparece en todos los países del mundo una copiosa literatura sobre la salud, sobre la obligación de los individuos de garantizar su salud, la de su familia, etc. El concepto de limpieza, de higiene como limpieza, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito para gozar de buena salud, o sea, para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción. La limpieza es la obligación de garantizar una buena salud al individuo y a los que le rodean. A partir de la segunda mitad del siglo XX surge otro concepto. Ya no se habla de la obligación de la limpieza y la higiene para gozar de buena salud sino del derecho a estar enfermo cuando se desee y necesite. El derecho a interrumpir el trabajo empieza a tomar cuerpo y es más importante que la antigua obligación de la limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con su cuerpo.

3. Con el Plan Beveridge la salud entra en el campo de la macroeconomía. Los déficit debidos a la salud, a la interrupción del trabajo y a la necesidad de cubrir esos riesgos dejan de ser simplemente fenómenos que podrían ser resueltos con las cajas de pensiones o con los seguros más o menos privados. A partir de entonces, la salud—o su ausencia—el conjunto de las condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos, se convierte en un desembolso por su cuantía, a nivel de las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que fuese el sistema de financiamiento. La salud empieza a entrar en los cálculos de la macroeconomía. Por intermedio de la salud, de las enfermedades y de la manera en que se cubrirán las necesidades de la salud se trata de proceder a cierta redistribución económica. Una de

las funciones de la política presupuestaria de la mayor parte de los países desde los comienzos del presente siglo era la de asegurar, mediante el sistema de impuestos, una cierta igualación, si no de los bienes por lo menos de los ingresos. Esta redistribución ya no dependería del presupuesto sino del sistema de regulación y de la cobertura económica de la salud y las enfermedades. Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse se pretendió corregir en parte la desigualdad en los ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener sus bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumento de la socialización de los individuos.

4. La salud es objeto de una verdadera lucha política. A partir del fin de la guerra y de la elección triunfante de los trabajadores en Inglaterra en 1945, no hay partido político ni campaña política, en cualquier país más desarrollado, que no plantee el problema de la salud y la manera en que el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo. Las elecciones británicas de 1945, al igual que las relativas a las cajas de pensiones de Francia en 1947, con la victoria mayoritaria de los representantes de la Confederación General de Trabajadores, señalan la importancia de la lucha política por la salud.

Tomando como punto de referencia simbólica el Plan Beveridge, se observa en el decenio de 1940-1950 la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo. Los historiadores acostumbran a relatar con gran cuidado y meticulosidad lo que los hombres dicen y piensan, el desenvolvimiento histórico de sus representaciones y teorías, la historia del espíritu humano. Sin embargo, es curioso que siempre hayan ignorado el capítulo fundamental, que sería la historia del cuerpo humano. A mi juicio, para la historia del cuerpo humano en el mundo occidental moderno deberían seleccionarse estos años de 1940-1950 como fechas de referencia que marcan el nacimiento de este nuevo derecho, esta nueva moral, esta nueva política y esta nueva economía del cuerpo. Desde entonces, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo.

En tono humorístico podríamos hacer una comparación histórica. Cuando el Imperio Romano se cristalizó en la época de Constantino, el Estado por primera vez en la historia del mundo mediterráneo se atribuyó la tarea de cuidar las almas. El Estado cristiano no solo debía cumplir las funciones tradicionales del Imperio sino permitir que las almas lograran su salvación e incluso forzarlas a ello. Así, el alma se

convirtió en uno de los objetivos de la intervención del Estado. Todas las grandes teocracias, desde Constantino hasta las teocracias mitigadas del siglo XVIII en Europa, fueron regímenes políticos en los que la salvación del alma constituía uno de los objetivos principales.

Podría afirmarse que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud, etc. Es precisamente el nacimiento de esta somatocracia, que desde un principio vivió en crisis, lo que trato de analizar.

En el momento en que la medicina asumía sus funciones modernas, mediante la estatización que la caracteriza, la tecnología médica experimentaba uno de sus raros pero enormes progresos. El descubrimiento de los antibióticos, es decir, la posibilidad de luchar por primera vez de manera eficaz contra las enfermedades infecciosas, es contemporáneo al nacimiento de los grandes sistemas de seguro social. Fue un progreso tecnológico vertiginoso, en el momento en que se producía una gran mutación política, económica, social y jurídica de la medicina.

A partir de este momento se establece la crisis, con la manifestación simultánea de dos fenómenos: el avance tecnológico importante que significó progreso capital en la lucha contra las enfermedades y el nuevo funcionamiento económico y político de la medicina, sin conducir al mejor bienestar sanitario que cabía esperar, sino a un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina y de la salud pública. Este es uno de los primeros aspectos de la crisis que pretendo analizar, haciendo referencia a algunos de sus efectos para mostrar que ese desenvolvimiento reciente de la medicina y su estatización y socialización—de lo que el Plan Beveridge da una visión general—es de origen anterior.

En realidad no hay que pensar que la medicina permaneció hasta nuestros tiempos como actividad de tipo individual, contractual, entre el enfermo y su médico, y que solo recientemente esta actividad individualista de la medicina se enfrentó con tareas sociales. Por lo contrario, procuraré demostrar que la medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una actividad social. En cierto sentido la “medicina social” no existe porque toda la medicina ya es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina “no social”, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el cual se defendió y justificó cierta

forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.

De esta manera, si en verdad la medicina es social, por lo menos desde que cobró su gran impulso en el siglo XVIII, la crisis actual no es realmente actual, sino que sus raíces históricas deben buscarse en la práctica social de la medicina.

Por consiguiente no plantearé el problema en los términos en que lo enuncian Illich o algunos de sus discípulos: medicina o antimedicina, ¿debemos continuar o no la medicina? El problema no debe ser el de si se requiere una medicina individual o social, sino el del modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar el "despegue" de la medicina. Este "despegue" sanitario del mundo desarrollado fue acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales. Y son estas formas propias del "despegue" las que conducen hoy a una crisis. La cuestión estriba en saber: 1) ¿cuál fue ese modelo de desarrollo? 2) ¿en qué medida se puede corregir? y 3) ¿en qué medida puede ser utilizado actualmente en sociedades o poblaciones que no experimentaron el modelo de desarrollo económico y político de las sociedades europeas y americana? En resumen, ¿cuál es ese modelo de desarrollo? ¿puede ser corregido y aplicado en otros lugares?

Pasaré a exponer algunos de los aspectos de esta crisis actual.

CIENTIFICIDAD Y EFICACIA DE LA MEDICINA

En primer lugar, me referiré a la separación o la distorsión entre la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos, o entre la científicidad y la eficacia de la medicina.

No hubo que esperar a Illich ni a los antimédicos para saber que una de las propiedades y una de las capacidades de la medicina es la de matar. La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia. Lo importante es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaron inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina mataba por ignorancia del médico o porque la propia medicina era ignorante; no era una verdadera ciencia sino solo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados. La nocividad de la medicina se juzgaba en proporción a su no científicidad.

Pero lo que surge desde comienzos del siglo XX, es el hecho de que la

medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia.

Illich y los que en él se inspiran revelaron una serie de datos sobre el tema, pero no estoy seguro de que todos estén bien elaborados. Hay que dejar de lado diversos resultados espectaculares para uso del periodismo. Por eso no me extenderé respecto a la considerable disminución de la mortalidad relacionada con la huelga de médicos en Israel; ni mencionaré hechos bien registrados pero cuya elaboración estadística no permite definir ni descubrir de lo que se trata. Es el caso de la investigación realizada por los Institutos Nacionales de Salud (EUA) según la cual en 1970 fueron hospitalizadas 1,500,000 personas por causa de la absorción de medicamentos. Estos datos estadísticos son pavorosos pero no aportan pruebas fehacientes puesto que no indican la manera en que se administraron estos medicamentos, quién los consumió, a consecuencia de qué acción médica y en qué contexto médico, etc. Tampoco analizaré la famosa investigación de Robert Talley quien demostró que en 1967 murieron 30,000 norteamericanos en hospitales debido a intoxicaciones por medicamentos. Todo eso así tomado en conjunto no tiene un gran significado ni estará fundamentado en un análisis válido. Es preciso conocer otros factores. Por ejemplo, se deberá saber la manera en que se administraron esos medicamentos, si fue a consecuencia de un error del médico, del personal hospitalario o del propio enfermo, etc. No me extenderé tampoco respecto a las estadísticas sobre operaciones quirúrgicas, particularmente ciertos estudios sobre histerectomías en California que señalan que en 5,500 casos, el 14% de las intervenciones habían sido inútiles, que una cuarta parte de las pacientes eran mujeres jóvenes, y que solo en el 40% de los casos se pudo determinar la necesidad de esta operación.

Todos estos hechos, a los que el material recogido por Illich dio gran notoriedad, se deben a la habilidad o ignorancia de los médicos, sin poner en tela de juicio la propia medicina en su cientificidad.

En cambio lo que resulta mucho más interesante y plantea el verdadero problema es lo que podría denominarse no la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de esas sustancias, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia

arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión.

Sabido es, por ejemplo, que el tratamiento antiinfeccioso, la lucha llevada a cabo con el mayor éxito contra los agentes infecciosos, condujo a una disminución general del umbral de sensibilidad del organismo a los agentes agresores. Ello significa que en la medida en que el organismo se sabe defender mejor, se protege, naturalmente, pero por otro lado se deja al descubierto y expuesto si se impide el contacto con los estímulos que desarrollan las defensas.

De manera más general se puede afirmar que por el propio efecto de los medicamentos—efectos positivo y terapéutico—se produjo una perturbación, para no decir una destrucción, del ecosistema no solo del individuo sino de la propia especie humana. La cobertura bacilar y vírica, que constituye un riesgo pero al mismo tiempo una protección para el organismo, con la que funcionó hasta entonces, sufre una alteración por la intervención terapéutica y queda sujeta a ataques contra los que el organismo estaba protegido.

En definitiva, no se sabe a lo que conducirán las manipulaciones genéticas efectuadas en el potencial genético de las células vivas, en los bacilos o en los virus. Se tornó posible técnicamente elaborar agentes agresores del organismo humano para los que no hay medios de defensa ni destrucción. Se pudo forjar un arma biológica absoluta contra el hombre y la especie humana sin que simultáneamente se desarrollaran los medios de defensa contra esta arma absoluta. Esto hizo que los laboratorios estadounidenses pidieran que se prohibieran las manipulaciones genéticas que actualmente pueden realizarse.

Así pues, entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico. El riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas.

A este respecto abundan los ejemplos en la historia de la medicina moderna que comienza en el siglo XVIII. En ese siglo la medicina adquirió, por primera vez, suficiente fuerza para lograr que ciertos enfermos salieran del hospital. Hasta la mitad del siglo XVIII nadie salía del hospital. Se ingresaba en estas instituciones para morir. La técnica médica del siglo XVIII no permitía al individuo hospitalizado abandonar la institución en vida. El hospital representaba un claustro para morir, era un verdadero "mortuorio".

Otro ejemplo de un considerable progreso médico acompañado de un gran déficit a nivel de la morbilidad fue el descubrimiento de los

anestésicos y de la técnica de anestesia general en los años 1844-1847. A partir del momento en que se puede adormecer a una persona se puede practicar una operación quirúrgica, y los cirujanos de la época se entregaron a esta labor con gran entusiasmo. Pero en ese momento no se disponía de instrumentos asépticos. La asepsia comienza a introducirse en la práctica médica en 1870, y después de la guerra de ese mismo año y del relativo éxito obtenido por los médicos alemanes, se convierte en una práctica corriente en todos los países del mundo.

A partir del momento en que se logra adormecer a las personas desaparece la barrera del sufrimiento—la protección conferida al organismo por el umbral de tolerancia al dolor—y se puede proceder a cualquier operación. Ahora bien, en ausencia de asepsia, no cabe duda de que toda operación no solo constituye un riesgo sino, casi con toda seguridad, irá acompañada de la muerte. Por ejemplo, durante la guerra de 1870, un célebre cirujano francés, Guerin, practicó amputaciones a varios heridos pero solo consiguió salvar a uno de los operados; los restantes fallecieron. Este es un ejemplo típico de la manera en que siempre ha funcionado la medicina a base de sus propios fracasos e inconveniencias y de que no existe un gran progreso médico que no haya pagado el precio de las diversas consecuencias negativas directamente vinculadas al progreso de que se trate.

Este fenómeno característico de la historia de la medicina moderna adquiere actualmente una nueva dimensión en la medida en que, hasta los últimos decenios, el riesgo médico concernía únicamente al individuo que podría morir en el momento en que iba a ser curado. A lo sumo se podría alterar su descendencia directa, es decir, el dominio de la posible acción negativa se limitaba a una familia o una descendencia. En la actualidad, con las técnicas de que dispone la medicina, la posibilidad de modificar el armamento genético de las células no solo afecta al individuo o a su descendencia sino a toda la especie humana; todo el fenómeno de la vida entra en el campo de acción de la intervención médica. No se sabe aún si el hombre es capaz de fabricar un ser vivo de tal naturaleza que toda la historia de la vida, el futuro de la vida, se modifique.

Surge pues, una nueva dimensión de posibilidades médicas, a la que denominaré la cuestión de la biohistoria. El médico y el biólogo ya no trabajan a nivel del individuo y de su descendencia sino que empiezan a hacerlo a nivel de la propia vida y de sus acaecimientos fundamentales. Estamos en la biohistoria y este es un elemento muy importante.

Se sabía desde Darwin que la vida evolucionaba, que la evolución de las especies vivas estaba determinada, hasta cierto punto, por accidentes que podrían ser de índole histórica. Darwin sabía, por ejemplo, que el

aislamiento en Inglaterra, práctica puramente económica y jurídica, había modificado la fauna y la flora inglesas. Pero eran las leyes generales de la vida que en esa época se vinculaban a ese acontecimiento histórico.

En nuestros días se descubre algo nuevo: la historia del hombre y la vida tienen implicaciones profundas. La historia del hombre no continúa simplemente la vida, ni la reproduce, sino que la reanuda, hasta cierto punto, y puede ejercer varios efectos totalmente fundamentales sobre sus procesos. Este es uno de los grandes riesgos de la medicina actual y una de las razones del tipo de malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población general, en lo que se refiere a los efectos de la acción médica.

Una serie de fenómenos, como el rechazo radical y bucólico de la medicina en favor de una reconciliación no técnica con la naturaleza, temas como el milenarismo y el temor a un apocalipsis de la especie, representan de manera difusa en la conciencia de las personas, el eco, la respuesta a esta inquietud técnica que los biólogos y los médicos empiezan a demostrar en cuanto a los efectos de su propia práctica y del propio saber. El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no solo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual.

MEDICALIZACION INDEFINIDA

La segunda característica es lo que voy a denominar el fenómeno de la "medicalización" indefinida. Con frecuencia se afirma que en el siglo XX la medicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad, definido por un dominio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda. Así es como se define el dominio propio de la medicina.

No cabe duda de que si este es su dominio propio, la medicina actual lo ha rebasado de manera considerable por varias razones. En primer lugar, la medicina responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, lo que solo acontece en casos más bien limitados. Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad. A este respecto pueden citarse varios ejemplos. En la actualidad no se contrata a nadie sin el dictamen del médico que

examina autoritariamente al individuo. Existe una política sistemática y obligatoria de "screening", de localización de enfermedades en la población, que no responde a ninguna demanda del enfermo. Asimismo, en algunos países, la persona acusada de haber cometido un delito, es decir, una infracción considerada de suficiente gravedad como para ser juzgada por los tribunales, debe someterse obligatoriamente al examen de un perito psiquiatra, lo que en Francia es obligatorio para todo individuo puesto a disposición de las autoridades judiciales, aunque sea un tribunal correccional. Estos son simplemente algunos ejemplos de un tipo de intervención médica bastante familiar que no proviene de la demanda del enfermo.

En segundo lugar, tampoco el dominio de objetos de la intervención médica se refiere a las enfermedades sino a otra cosa. Mencionaré dos ejemplos. Desde comienzos del siglo XX, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o anomalías sexuales se relacionan con la intervención médica, sin que un médico diga, a menos que sea muy ingenuo, que una anomalía sexual es una enfermedad. La intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la "medicalización" de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad.

De un modo más general se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades.

En realidad, la medicina de intervención autoritaria en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolutamente característico. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo.

Si bien es cierto que los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debería ser dirigido por un sistema de leyes codificadas, puede afirmarse que en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Lo que rige a la sociedad no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad.

Esta es una de las características de la medicina actual, aunque se puede demostrar fácilmente que se trata de un viejo fenómeno, de una manera propia de desarrollo del "despegue" médico. Desde el siglo XVIII la medicina siempre se ocupó de lo que no se refería a ella, es decir, de

otros aspectos distintos de los enfermos y las enfermedades, y precisamente así logró ese desbloqueo epistemológico de finales del siglo XVIII.

Hasta los años 1720-1750, las actividades de los médicos se concentraban en la demanda de los enfermos y sus enfermedades. Así fue desde la Edad Media, y puede afirmarse que los resultados científicos y terapéuticos fueron nulos. Hasta el siglo XVIII la medicina no se liberó del estancamiento científico y terapéutico en que se encontraba desde la época medioeval, cuando empezó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades y dejó de ser esencialmente clínica para empezar a ser social.

Los cuatro grandes procesos que caracterizan a la medicina en el siglo XVIII son los siguientes:

1. Aparición de una autoridad médica, que no es simplemente la autoridad del saber, una persona erudita que sabe referirse a los buenos autores. La autoridad médica es una autoridad social que puede tomar decisiones a nivel de una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento. Es la manifestación de lo que los alemanes denominaban "Staatsmedizin", medicina del Estado.

2. Aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades: el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, etc. En el siglo XVIII todo ello se convierte en objeto de la medicina.

3. Introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital. Antes del siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte.

4. Introducción de mecanismos de administración médica; registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etc.

Con base en el hospital y en todos esos controles sociales, la medicina pudo cobrar impulso, y la medicina clínica adquirió dimensiones totalmente nuevas. A medida que la medicina se convirtió en una práctica social en lugar de individual, se abrieron las posibilidades a la anatomía patológica, a la gran medicina hospitalaria y a los progresos que simbolizan los nombres de Bichat, Laennec, Bayle, etc.

Por consiguiente, la medicina se dedica a otros campos que no son las enfermedades, y con arreglo a un sistema de relaciones no regido por la demanda del paciente; es un viejo fenómeno que forma parte de las características fundamentales de la medicina moderna.

Pero lo que caracteriza al período presente en esta curva general es que la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros

aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior.

En el siglo XIX la medicina había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, pero todavía existían cosas que seguían siendo no médicas y que no parecían "medicalizables". La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., no controladas ni codificadas por la medicina. La Revolución Francesa, por ejemplo, concibió una serie de proyectos de moral del cuerpo, de higiene del cuerpo, que no deberían estar en modo alguno bajo control de los médicos; se concebía una especie de régimen político feliz, en que la gestión del cuerpo humano, la higiene, la alimentación o el control de la sexualidad corresponderían a una conciencia colectiva y espontánea. Este ideal de una regulación no médica del cuerpo y de la conducta humana continuó durante el siglo XIX y lo encontramos por ejemplo en Raspail.

En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recorrer a un dominio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso.

Quisiera mencionar un ejemplo a este respecto: Illich y sus seguidores señalan que la medicina terapéutica, que interviene para responder a una sintomatología y bloquear los síntomas aparentes de las enfermedades, es una mala medicina. A ello contraponen un arte desmedicalizado de la salud, la higiene, la alimentación, el ritmo de vida, las condiciones de trabajo, la vivienda, etc. Ahora bien ¿qué es actualmente la higiene sino una serie de reglas establecidas y codificadas por un saber biológico y médico, cuando no es la propia autoridad médica en su sentido estricto la portadora o el centro de elaboración? La antimedicina solo puede contraponer a la medicina hechos o proyectos revestidos de cierta forma de medicina.

Voy a citar otro ejemplo en el campo de la psiquiatría. Puede afirmarse que la primera forma de antipsiquiatría fue el psicoanálisis, que a fines del siglo XIX constituyó un proyecto de desmedicalización de varios fenómenos que la gran sintomatología psiquiátrica del propio siglo había clasificado como enfermedades. Esta antipsiquiatría es el psicoanálisis, no solamente de la histeria y la neurosis que Freud trató de retirar de los psiquiatras, sino una medicalización importante, pues la propia conducta cotidiana está actualmente sujeta a la actividad psicoanalítica, y aunque ahora se opone al psicoanálisis una antipsiquiatría o un antipsicoanálisis, se trata todavía de una actividad y

un discurso de tipo médico más o menos elaborado con una perspectiva médica o a base de un saber médico. No se logra salir de la medicalización, y todos los esfuerzos en este sentido se remiten a un saber médico.

Por último quisiera citar otro ejemplo en el campo de la criminalidad y la pericia psiquiátrica en materia de delitos. La cuestión planteada en los códigos penales del siglo XIX consistía en determinar si un individuo era un enfermo mental o un delincuente. Según el código francés de 1810 no se puede ser al mismo tiempo delincuente y loco. El que es loco no es delincuente, y el acto cometido es un síntoma, no un delito, y por lo tanto no cabe la condena.

Ahora bien, en la actualidad el individuo considerado como delincuente, y que como tal va a ser condenado, se somete a examen como si fuera demente y, en definitiva siempre se le condena en cierto modo como loco. Así lo demuestra el hecho de que, por lo menos en Francia, no se pregunta al perito psiquiatra llamado por el tribunal para que dictamine si el sujeto fue responsable del delito. La pregunta se limita a averiguar si el individuo es peligroso o no.

Y ¿cuál es este concepto de peligro? Uno de dos, o el psiquiatra responde que el sujeto no es peligroso, es decir, que no está enfermo ni muestra ningún signo patológico y que al no ser peligroso no hay razón para que se le condene (su no patologización significa llevar aparejada la supresión de la condena), o bien el médico afirma que el individuo es peligroso pues tuvo una infancia frustrada, su superego es débil, no tiene noción de la realidad, muestra una constitución paranoica, etc. En este caso el individuo ha sido "patologizado" y se le puede castigar, y se le castigará en la medida en que se identificó como enfermo. Así pues, la vieja dicotomía que, en los términos del código, calificaba al sujeto de delincuente o de enfermo, quedó totalmente eliminada. Ahora solo hay dos posibilidades, la de un poco enfermo, siendo realmente delincuente, o un poco delincuente siendo un verdadero enfermo. El delincuente no se libra de la patología. Recientemente en Francia un ex recluso escribió un libro para hacer comprender que si robó no fue porque su madre lo destetó antes de tiempo ni porque su superego es débil ni tampoco porque sufre de paranoia, sino porque le dio por robar y ser ladrón.

La preponderancia conferida a la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad. La medicina ya no tiene campo exterior. Fichte hablaba de "Estado comercial cerrado" para describir la situación de la Prusia de 1810. Se podría afirmar en relación con la sociedad moderna que vivimos en "Estados médicos abiertos" en los que la dimensión de la medicalización ya no tiene limite: ciertas resistencias

populares a la medicalización se deben precisamente a esta investidura de predominio perpetuo y constante.

ECONOMIA POLITICA DE LA MEDICINA

Por último quisiera exponer otra característica de la medicina moderna, a saber, lo que podría denominarse la economía política de la medicina.

Tampoco se trata de un fenómeno reciente, pues desde el siglo XVIII la medicina y la salud fueron presentadas como problema económico. Por exigencias económicas la medicina surgió a fines del siglo XVIII. No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo XVII y que dio lugar a un acopio nacional de datos no era realmente una epidemia sino una epizootia. Se trataba de una mortandad catastrófica en una serie de rebaños del sur de Francia lo que contribuyó al origen de la Real Sociedad de Medicina. La Academia de la Medicina en Francia nació de una epizootia, no de una epidemia, lo que demuestra que los problemas económicos fueron los que motivaron el comienzo de la organización de esta medicina.

Puede afirmarse también que la gran neurología de Duchenne de Boulogne, de Charcot, etc., nació con los accidentes ferroviarios y accidentes del trabajo ocurridos alrededor de 1860, en el momento en que se planteaba el problema de los seguros, la incapacidad para el trabajo, la responsabilidad civil de los empleadores o los transportadores, etc. La base económica de la medicina moderna estuvo presente en su historia.

Pero lo que resulta peculiar en la situación actual es que la medicina se vinculó a los grandes problemas económicos a través de un aspecto distinto del tradicional. En otro momento lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna.

En la actualidad la medicina encuentra la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros—los enfermos posibles y reales—adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado.

El cuerpo humano se introdujo dos veces en el mercado: la primera por el asalariado, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo, y la segunda por intermedio de la salud. Por consiguiente el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico en cuanto es susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, a la alegría o al sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc.

Desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado, por intermedio del consumo de salud, aparecen varios fenómenos que causan disfunciones en el sistema de salud y de la medicina contemporánea.

Contrariamente a lo que cabía esperar, la introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y mercado no elevó de una manera correlativa y proporcional el nivel de salud. La introducción de la salud en un sistema económico que podía ser calculado y medido indicó que el nivel de salud no operaba en la actualidad como el nivel de vida. En cuanto el nivel de vida se define por la capacidad de consumo de los individuos, el crecimiento del consumo humano, que aumenta igualmente el nivel de salud, no mejora en la misma proporción en que aumenta el consumo médico. Los denominados economistas de la salud estudiaron varios hechos de esta naturaleza. Por ejemplo, Charles Levinson, en un estudio sobre la producción de la salud que data de 1964, indicó que al aumentar en un 1% el consumo de los servicios médicos descendió en un 0.1% el nivel de mortalidad, desviación que puede considerarse como normal pero que solo ocurre en un medio puro y ficticio. En el momento en que el consumo médico se coloca en el medio real, se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares, son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad. Por ejemplo, el aumento de los ingresos puede ejercer un efecto negativo sobre la mortalidad, y es dos veces mayor que el consumo de medicamentos. Es decir, si los ingresos solo aumentan en la misma proporción que el consumo de servicios médicos, el beneficio que representa el aumento del consumo médico quedará anulado e invertido por el pequeño incremento de los ingresos. De manera análoga, la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por consiguiente, para una vida prolongada, es preferible un nivel de educación que el consumo médico.

Así pues, si el consumo médico se coloca en el conjunto de variables que pueden actuar sobre la tasa de mortalidad se observará que este factor es el más débil de todos. Las estadísticas de 1970 indican que, a pesar de un aumento constante del consumo médico, la tasa de mortalidad, que es uno de los indicadores más importantes de salud, no

disminuyó, y resulta todavía mayor para los hombres que para las mujeres.

Por consiguiente, el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa, lo que revela una paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo del lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad. Otra paradoja de esta introducción de la salud en la economía política es el hecho de que las transferencias sociales que se esperaban de los sistemas del seguro social no desempeñan la función deseada. En realidad, la desigualdad de consumo de los servicios médicos es casi tan importante como antes. Los más adinerados continúan utilizando los servicios médicos mucho más que los pobres, como ocurre hoy en Francia, lo que da lugar a que los consumidores más débiles, o sea, los más pobres, paguen con sus contribuciones el superconsumo de los más ricos. Por añadidura, las investigaciones científicas y la mayor parte del equipo hospitalario más valioso y caro se financian con la cuota del seguro social, mientras que los sectores en manos de la medicina privada son los más rentables porque técnicamente resultan menos complicados. Lo que en Francia se denomina albergue médico, es decir, una hospitalización breve por motivos leves, como una pequeña operación, pertenece al sector privado y de esa manera lo sostiene el financiamiento colectivo y social de las enfermedades.

Así vemos que la igualación del consumo médico que se esperaba del seguro social se adulteró en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX. Hoy, el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad.

Se plantea a los médicos el siguiente problema: ¿cuál es el destino del financiamiento social de la medicina, el lucro derivado de la salud? Aparentemente este financiamiento va a pasar a los médicos, pero en realidad no sucede así. La remuneración que reciben los médicos, por importante que sea en ciertos países, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad y la salud. Los que realmente obtienen el mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas. En efecto, la industria farmacéutica está sostenida por el financiamiento colectivo de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades. Si esta situación todavía no está bien presente en la conciencia de los consumidores de salud, es decir los asegurados sociales, los médicos la

conocen perfectamente. Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simple distribuidores de medicamentos y medicación.

Vivimos una situación en que ciertos hechos fueron llevados a un paroxismo. Y estos hechos, en el fondo, son los mismos de todo el desarrollo médico del sistema a partir del siglo XVIII cuando surgió una economía política de la salud, los procesos de medicalización generalizada, los mecanismos de la biohistoria. La denominada crisis actual de la medicina no es más que una serie de fenómenos suplementarios exacerbados que modifican algunos aspectos de la curva pero que no la crearon.

La situación actual no se debe considerar en función de medicina o antimedicina, de interrupción o no interrupción de los costos, de retorno o no a una especie de higiene natural, al bucolismo paramédico. Estas alternativas carecen de sentido. En cambio sí tiene sentido, y por eso ciertos estudios históricos pueden resultar de cierta utilidad, el tratar de comprender en qué consistió el "despegue" sanitario y médico de las sociedades de tipo europeo a partir del siglo XVIII. Importa saber cuál fue el modelo utilizado y en qué medida se puede modificar, y por último, en el caso de las sociedades que no conocieron ese modelo de desarrollo de la medicina, que por su situación colonial o semicolonial solo tuvieron una relación remota o secundaria con esas estructuras médicas y ahora piden una medicalización, a la que tienen derecho porque las enfermedades infecciosas afectan a millones de personas y no sería válido emplear argumento, en nombre de un bucolismo antimédico, de que cuando estos países no sufran de estas infecciones experimentarán enfermedades degenerativas como en Europa. Es preciso averiguar si el modelo de desarrollo médico de Europa a partir de los siglos XVIII y XIX se debe reconstituir o modificar y en qué medida debe hacerse para su aplicación eficaz en esas sociedades sin que produzcan consecuencias negativas.

Por eso creo que la revisión de la historia de la medicina que podamos realizar tiene cierta utilidad: se trata de conocer mejor no tanto la crisis actual de la medicina, lo que constituye un concepto falso, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber en qué medida se puede modificar.

Es el mismo problema que se plantea a los economistas modernos que se vieron obligados a estudiar el "despegue" económico de Europa a partir de los siglos XVII y XVIII para ver si ese modelo de desarrollo se podía adaptar a sociedades todavía no industrializadas.

Se requiere la modestia y el orgullo de los economistas y afirmar que la medicina no debe ser rechazada ni adoptada como tal; que la medicina forma parte de un sistema histórico; que no es una ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder, y que es necesario determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo.

RESUMEN

En esta conferencia, el Profesor Michel Foucault hace un profundo análisis de los problemas que afectan en el momento actual a las instituciones del saber médico y al ejercicio de la medicina. Se refiere a la tesis expuesta por Ivan Illich en su libro *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*, así como al Plan Beveridge de 1942, pero va más atrás en su búsqueda por la historia para descubrir el origen de la crisis que atraviesa la medicina en todo el mundo. Por eso se remonta hasta el siglo XVIII en donde encuentra las raíces de la práctica social de la medicina.

Pone de manifiesto igualmente las fases por las que desde entonces ha pasado la actividad médica y llega hasta nuestros días para referirse a lo que denomina la economía política de la medicina.

Por último, llega a la conclusión de que lo que debe de conocerse mejor no es tanto la crisis actual de la medicina, que considera un concepto falso, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber entonces en qué medida se puede modificar.

THE CRISIS OF MEDICINE OR THE CRISIS OF ANTIMEDICINE (*Summary*)

In this lecture, Professor Michel Foucault makes an in-depth study of the problems currently afflicting medical institutions and the medical practice. He deals with the thesis set forth by Ivan Illich in his book *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*, as well as the 1942 Beveridge Plan, but goes even further back in history to discover the origin of the medical crisis common throughout the world—back to the XVIII century roots of the social practice of medicine.

He also describes the phases through which medical activity has passed from then until now and deals with what he calls the political economy of medicine.

Finally, he reaches the conclusion that what matters is not so much the present crisis of medicine, which he considers to be a false concept, but the discipline's historical model dating from the XVIII century and serving to determine to what extent it can be modified.

A CRISE DA MEDICINA OU A CRISE DA ANTIMEDICINA (*Resumo*)

Nessa conferência, o Prof. Michel Foucault faz uma profunda análise dos problemas que afetam atualmente as instituições de ciências médicas e o exercício da medicina. Refere-se o conferencista à tese exposta por Ivan Illich, em seu livro *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*, bem como ao Plano Beveridge, de 1942, mas retrocede ainda mais em sua busca histórica da descoberta da origem da crise por que passa a medicina em todo o mundo. Por essa razão, remonta ao século XVIII, onde encontra as raízes da prática social da medicina.

Destaca igualmente as fases por que passou a atividade médica desde então, e chega até os nossos dias para se referir ao que chama de economia política da medicina.

Finalmente, chega à conclusão que se deve conhecer melhor não tanto a crise atual da medicina, que considera um conceito falso, como o modelo de funcionamento histórico dessa disciplina a partir do século XVIII, para então saber-se até que ponto esse modelo é possível de modificações.

CRISE DE LA MÉDECINE OU CRISE DE L'ANTI-MÉDECINE (*Résumé*)

Lors de cette conférence, le Professeur Michel Foucault analyse en profondeur les problèmes qui affectent actuellement les institutions d'enseignement de la médecine et la profession médicale. Il se réfère à la thèse énoncée par Ivan Illich dans son livre intitulé: *Némésis médicale: L'Expropriation de la Santé* ainsi qu'au Plan Beveridge de 1942, mais il va encore plus loin dans ses recherches dans l'histoire pour découvrir l'origine de la crise qui affecte actuellement la médecine au niveau de notre planète. Pour cela, il remonte jusqu'au XVIII siècle d'où date les débuts de la pratique sociale de la médecine.

Il met également en évidence les diverses phases par lesquelles est passée la profession médicale de cette époque jusqu'à nos jours, pour parler de ce que l'on appelle l'économie politique de la médecine.

En dernier lieu, il parvient à la conclusion qu'il vaut mieux connaître plus à fond non pas tant la crise actuelle de la médecine qu'il considère comme un concept erroné, mais plutôt quel fut le modèle de fonctionnement de cette discipline à travers l'histoire depuis le XVIII siècle, afin de mieux trouver le moyen de le modifier.

Enseñanza de la salud maternoinfantil¹

INTRODUCCION

La Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Salud Maternoinfantil se celebró en Washington, D.C., del 15 al 23 de mayo de 1975.

La sesión inaugural fue presidida por el Dr. Charles L. Williams, Jr., Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana, en representación del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP. El Dr. Williams destacó la trascendencia de la reunión, señalando el desafío que significa para los educadores médicos la formación y capacitación de los recursos humanos en salud maternoinfantil de acuerdo a las necesidades y características de los programas correspondientes en Latinoamérica, los que tienen una destacada prioridad debido a la gravedad de los problemas de salud de la madre y el niño.

En 1968 y en 1971 la Organización Panamericana de la Salud auspició la realización de dos eventos similares, uno sobre la enseñanza de la

¹El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Dr. Eduardo Jurado García, Hospital Infantil, Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, México; Dr. Alger León M., Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, México; Dr. Antonio Marcio Junqueira Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Brasília, Brasil; Dr. Fernando Carlos Matera, Hospital de Niños, Buenos Aires, Argentina; Dr. Antonio Meza Cuadra (Presidente), Departamento Académico de Pediatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; Dr. Germán Ochoa, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Dr. Guillermo Rodríguez, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile, y Dr. João Yunes (Relator), Ministerio da Saúde, Brasília, D.F., Brasil. Como asesores del Comité actuaron: Dr. Rodrigo Crespo, University-Affiliated Program for Child Development, Georgetown University Hospital, Washington, D.C.; Dr. Marcos Cusminsky (Relator), Hospital Zonal Dr. Noel H. Searra, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina; Dr. Christian Fish, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Quebec, Canadá; Dr. Fernando Hurtado, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Bogotá, Colombia; Dr. Eliseo Prado, Hospital Docente Pedro Borrás Astorga, Vedado, La Habana, Cuba, y Dr. Carlos Serrano, Departamento de Salud de la Familia y Dinámica de la Población. Del Departamento de Recursos Humanos de la OPS/OMS estuvieron presentes: Dr. José Roberto Ferreira (Jefe), Dr. Juan César García, Dra. Lucila Jallade, Dr. Miguel Márquez, Dr. Juan V. Pilet, Dr. José R. Teruel, y Dr. Carlos Vidal. Del Departamento de Salud de la Familia y Dinámica de la Población asistieron el Dr. Jorge Osuna y el Dr. Jorge Rosselot.

pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina y el otro sobre la enseñanza de la obstetricia y ginecología en las propias escuelas.² En ambas reuniones, que tenían entre sus objetivos la recomendación de libros de texto para la enseñanza de la pediatría y de la ginecología y obstetricia, se discutieron los aspectos conceptuales más importantes en relación con la educación médica en general y la enseñanza de dichas disciplinas en particular.

En la presente reunión, y dentro del mismo marco de referencia, la Organización estimó pertinente reunir un grupo de representantes de las especialidades mencionadas con el objeto de tratar de contribuir a la integración de la enseñanza y de la práctica de la salud de la madre y del niño, procesos que están estrechamente vinculados.

El Comité eligió como Presidente al Dr. Antonio Meza Cuadra y como Relatores a los Dres. João Yunes y Marcos Cusminsky.

CONCEPTO, CARACTERISTICAS Y PROBLEMATICA DE LA SALUD MATERNOINFANTIL EN AMERICA LATINA

El Comité consideró que un concepto amplio de la salud maternoinfantil, que la identifique como actividad prioritaria de los servicios de salud, podría postularse como el cuidado integral y continuo durante los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo humanos, incluyendo la ejecución de actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de la madre y del niño, y orientadas a los individuos, las familias y la comunidad.

Se especificó al respecto que el cumplimiento de la función reproductiva en el ser humano puede ser descrito como un proceso con características biológicas, psicológicas y socioculturales que se inicia con la concepción y que, a través de las distintas etapas del desarrollo, culmina con la incorporación de nuevos individuos a la sociedad. El fenómeno reproductivo no puede, por lo tanto, ser explicado en su totalidad bajo los conceptos demográficos y biológicos únicamente y traducido en indicadores referentes a fecundidad o natalidad.

El Comité estableció, entre otras, las siguientes consideraciones sobre los factores incluidos en el proceso mencionado.

Los componentes biológicos se describen usualmente bajo las distintas etapas de gametogénesis, fecundación, implantación, crecimiento

²Los informes de ambas reuniones fueron publicados por la OPS en la *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación médica*, No. 5 (1969) y No. 16 (1972), respectivamente.

intrauterino, parto, lactancia, crecimiento y desarrollo global durante todas las etapas de la vida infantil, hasta el período de la adolescencia.

Los componentes psicológicos se refieren a las relaciones intrafamiliares, la maduración emocional, el desarrollo intelectual y el proceso de sociabilización del niño en el seno de la familia y de la comunidad.

El fenómeno reproductivo, en sus dimensiones socioculturales, representa el proceso por el cual se conserva, renueva y multiplica el recurso humano que contribuye a generar las organizaciones de tipo social, económico y político que caracterizan la sociedad en su conjunto.

La familia, bajo cualquiera de sus formas, constituye la unidad biosocial primaria donde se cumple el proceso de la reproducción y del desarrollo humano, de acuerdo con el conjunto de percepciones, valores, creencias, normas y políticas que determinan el comportamiento individual. En el cumplimiento de dicha función, la familia debe recibir beneficios de carácter emocional, social y económico, y asimismo, adquirir determinadas responsabilidades relacionadas precisamente con la protección del niño y de la madre, por cuanto son ellos quienes en forma directa son afectados por los riesgos reproductivos y los propios del desarrollo.

Luego de identificar la severidad de los daños que afectan la salud maternoinfantil en América Latina, el Comité examinó las razones que explican dicha situación.

Hubo consenso en señalar que las características del desarrollo económico y social existentes condicionan de manera fundamental el bajo nivel de salud de la madre y el niño en América Latina. Esta afirmación surge del convencimiento de que la salud es la resultante no solo de los niveles de atención médica, sino del acceso de toda la población a la satisfacción de otras necesidades básicas, tales como el derecho a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la vivienda, al vestido y a la recreación. En consecuencia, mientras siga vigente un ordenamiento social que margine de dichos derechos a sectores mayoritarios de la sociedad, los esfuerzos en el campo de la educación y atención médicas serán intrascendentes.

Por dichas consideraciones, hubo acuerdo en destacar que se requiere dedicar esfuerzos prioritarios a la formación de recursos humanos y a la atención en el campo maternoinfantil, y quedó claramente establecida la necesidad de trabajar en la construcción de una sociedad justa, sin privilegios ni marginaciones, como el objetivo fundamental en el intento de mejorar la salud de los países.

El Comité consideró pertinente sintetizar las principales características que revelan el bajo nivel de salud en el área maternoinfantil. Con el fin

de ejemplificar objetivamente la realidad, se seleccionaron algunos indicadores que expresan lo desfavorable de la situación. En efecto, la cobertura de atención a las gestantes no alcanza al 30%; en cerca de la mitad de los países la atención institucional del parto es inferior al 50% y en siete de ellos no llega al 30%; la asistencia de puérperas es muy baja, y se estima que, en general, no alcanza al 5%.

En cuanto a la atención infantil, se estima que la cobertura de lactantes apenas alcanza al 40% y los servicios correspondientes están muy concentrados. Situación similar existe en relación con los preescolares y escolares.

Los recursos humanos y materiales para proporcionar atención maternoinfantil son insuficientes y están mal distribuidos. El déficit de establecimientos de salud, de camas y de trabajadores de salud se agrava por la distribución distorsionada de los mismos. La mayoría de los recursos se concentran en las grandes ciudades, dejando totalmente desprovistas, o con una atención mínima, a las zonas rurales, donde viven y desarrollan sus actividades más de 100 millones de habitantes (42% de la población latinoamericana), que obviamente tienen problemas de salud mucho más graves que los de las zonas urbanas; es decir, que el sector más expuesto es el menos protegido.

El Comité enfatizó que, en general, la organización de salud de que disponen los países latinoamericanos se caracteriza por una pluralidad de sistemas que, teniendo coberturas distintas, contribuyen a perpetuar la estratificación social de la población y condicionan una duplicación de esfuerzos y una utilización poco racional de los limitados recursos existentes, a la vez que constituyen causa y efecto de la ausencia de una política única en el sector salud. Hubo acuerdo en señalar la necesidad de que exista una política tendiente a la integración de los servicios médicos de cada país en un solo organismo, no solo para superar las deficiencias señaladas, sino como un mecanismo que permitirá una mejor coordinación y el desarrollo de programas conjuntos entre la organización de salud y las entidades formadoras del recurso humano en salud.

Como consecuencia de los factores señalados—las características economicosociales de la comunidad latinoamericana, la insuficiente e inadecuada distribución de los recursos materiales y humanos destinados a la protección maternoinfantil y la falta, en la mayoría de los casos, de una eficiente e integrada organización sanitaria—las tasas de morbimortalidad materna, infantil y de la niñez son elevadas. Las principales causas de mortalidad en la infancia son debidas a problemas evitables, tales como desnutrición, enfermedades infectocontagiosas o

dependientes del saneamiento ambiental básico y susceptibles a las inmunizaciones.

Consciente de estos hechos, así como de las características demográficas de los países de América Latina y el Caribe, que revelan que el 63.3% de la población está integrada por el grupo maternoinfantil (42% son menores de 15 años y 21.3%, mujeres en edad fértil), el cual es el más vulnerable por estar expuesto a mayores riesgos de enfermar y morir, a la vez que de importancia esencial en el desarrollo de los países, el Comité, unánimemente, consideró que la problemática de la salud maternoinfantil merece un trato preferencial y que, en consecuencia, es indispensable dedicar gran parte de los recursos y de los esfuerzos a proteger integralmente a ese grupo de la población.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EDUCACION MEDICA Y SALUD MATERNOINFANTIL

Al considerar este punto no se pretendió reeditar comentarios o recomendaciones formulados en otras reuniones sino, por el contrario, complementar los aspectos discutidos anteriormente.

En consecuencia, trató de definirse el marco estructural y el marco conceptual de un plan de estudios en el campo maternoinfantil.

En efecto, el marco estructural fue definido como la secuencia según la cual se ordenan y relacionan entre sí las distintas actividades de enseñanza-aprendizaje que constituyen el currículo en el área maternoinfantil. Este punto fue desarrollado dentro del contexto global de la problemática analizada y las principales recomendaciones sobre el particular se encuentran esbozadas en el siguiente punto.

El marco conceptual del plan de estudios se definió como el conjunto de conceptos básicos de acuerdo con los cuales se espera que actúen los nuevos profesionales producto del sistema de educación médica. Se consideraron las características que los egresados deberían reunir, así como las limitaciones existentes para que su incorporación y rendimiento en los programas de salud maternoinfantil no sean distorsionados.

El aspecto fundamental debatido fue el cuestionamiento de la aceptación de que existe un modelo de enseñanza que puede permitir preparar el médico que necesita América Latina, independientemente de la sociedad en que desarrollará sus actividades. Se señaló que si bien el programa y el currículo son muy importantes en la formación del médico, el proceso formativo puede ser totalmente desvirtuado dentro de

un sistema social que anteponga los intereses individuales a los de la colectividad. La actividad médica está ligada a la transformación histórica del proceso de producción económica; es decir, la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social. En síntesis, de poco vale un modelo de enseñanza y una formación que respondan a las necesidades de América Latina si los egresados, al incorporarse al trabajo productivo, no encuentran correlación armónica entre su formación y la organización social. Si no existe esa correlación, los egresados, en su mayoría, tendrán que incorporarse a un sistema que los deformará muy rápidamente.

El Comité aclaró que las afirmaciones precedentes no pueden ni deben justificar la idea de que hay que esperar que cambie la sociedad para que la Universidad comience a formar los médicos y los otros profesionales y técnicos que cada país necesita. Por el contrario, se señaló la necesidad de que se trabaje intensamente para lograrlo, sin perder de vista que la Universidad debe ser el agente, el transformador y el soporte del cambio social, convencidos de que hay que construir una organización social que permita al personal adecuadamente formado desarrollar las actividades para las que fue preparado.

En lo relativo a la enseñanza médica, se consideró que el aspecto más importante, y alrededor del cual giran los demás, es la formulación de los planes tendientes a la adecuación de la enseñanza, la asistencia, la investigación y la proyección social a las necesidades impuestas por las características de América Latina. Es decir, el desarrollo de un programa académico que integre la docencia con la asistencia, la educación con el trabajo, y que garantice la formación de un profesional médico capacitado para acometer sus tareas dentro del marco de las acciones institucionales y no institucionales de la salud, tan pronto como egrese de la Universidad y apto, asimismo, para autosostener su aprendizaje durante toda su vida profesional.

Para acometer una empresa de tal envergadura resulta indispensable tener como marco de referencia los diferentes aspectos de la realidad latinoamericana en general y del nivel de salud en particular. Ante esa perspectiva, será posible entonces que la Universidad, en su respectivo nivel, preste una contribución efectiva y racional a la solución de los problemas de salud, formando el recurso humano que esté en condiciones de resolverlos adecuadamente.

Ahora bien, las peculiaridades de América Latina condicionan un tipo de morbilidad y mortalidad muy distinto al de los países desarrollados. Esta diferencia necesariamente debe reflejarse en la orientación de la enseñanza, en su contenido y en la duración de los

estudios, es decir, en la elaboración del programa de enseñanza médica y, naturalmente, en sus programas de servicio, investigación y proyección social.

La educación médica en América Latina, además de impartir conocimientos y condicionar actitudes, habilidades, destrezas, debe poner mayor énfasis en cómo hacer uso del conocimiento en las circunstancias existentes y en cómo contribuir a cambiar las condiciones que dificultan su aplicación. Este último problema es difícil de solucionar, pero existe y debe ser encarado.

En síntesis, el Comité consideró que la formación de los recursos humanos para la salud en general y para la atención maternoinfantil en particular debe tender a producir un trabajador de la salud estrechamente vinculado a los problemas políticos y sociales, y que tenga un concepto integral del hombre como unidad bio-psico-social; un concepto ecológico del fenómeno salud-enfermedad y un criterio integral preventivo-curativo; un pensamiento científico que aúne la teoría con la práctica e integre el trabajo con la educación; una actitud positiva para las acciones ejecutadas por un equipo; una vocación de servicio a la comunidad, y que esté comprometido con los cambios sociales que lleven al mejoramiento de la salud.

AREAS FUNDAMENTALES EN LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA SALUD MATERNOINFANTIL

De acuerdo con los aspectos analizados, el Comité consideró que el marco estructural de la enseñanza-aprendizaje de la salud materno-infantil debe partir del conocimiento de las características y de la problemática que afectan a la madre y al niño. Es decir, que las áreas fundamentales de esta enseñanza-aprendizaje deben incorporar un contenido que responda a sus necesidades, que permita el conocimiento para su interpretación integral, y que refleje el modo de encarar dicha problemática, ofreciendo alternativas viables para enfrentarlos adecuadamente y contribuir a su solución.

El Comité consideró que era muy importante a este respecto referirse a los aspectos generales de las áreas fundamentales de la enseñanza en salud maternoinfantil, más que a los contenidos específicos de dichas disciplinas que han sido tratados en reuniones similares³.

³Véanse los informes citados, así como *Enseñanza de enfermería maternoinfantil en las escuelas de enfermería de América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 260, 1973.

Al identificar las áreas fundamentales, el Comité consideró que los aspectos prioritarios son los siguientes:

1. El conocimiento y análisis del diagnóstico de la situación de la salud maternoinfantil en cada país en particular y en la América Latina en general.
2. El conocimiento de la historia natural del proceso de reproducción humana, que comprende la evolución del ciclo vital de la mujer en sus etapas de niñez, adolescencia, madurez sexual, climaterio y posmenopausia, con énfasis en la concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia.
3. El conocimiento integral del crecimiento y desarrollo del niño desde la fecundación hasta el fin de la adolescencia.
4. El conocimiento que permita planificar, ejecutar y evaluar programas de salud maternoinfantil y la capacidad para administrar establecimientos que proporcionen cuidado de la salud.

Todas estas áreas fundamentales de la enseñanza maternoinfantil deben ser desarrolladas con criterio epidemiológico y enfoque tridimensional, incorporando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que directa o indirectamente repercuten en todas y cada una de las etapas del desarrollo humano y que afectan principalmente a la madre y al niño como sujetos altamente vulnerables.

El Comité analizó el surgimiento de nuevos problemas que, como consecuencia del alto riesgo, integralmente entendido, en la gestación y en el período perinatal, están condicionando la aparición de niños con secuelas que podrían ser evitadas o que justificarían la necesidad de su detección precoz para mejorar su pronóstico. Se consideró que si bien este aspecto es importante, debe ser enfrentado dentro de una jerarquización de prioridades que fundamentalmente dé énfasis a los problemas que causan el mayor daño a la población infantil.

El Comité hizo hincapié en que las áreas fundamentales de la enseñanza de la salud maternoinfantil, en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, no deben ser desarrolladas como fenómenos que afectan a la madre y al niño en forma aislada, sino, por el contrario, como fenómenos inscritos en el núcleo familiar y en el contexto global de la sociedad a la que este pertenece. Asimismo, debe asignarse prioridad especial a la obtención de una atención con cobertura universal e igualitaria de la población, lo que no excluye la eventual asistencia especializada, en circunstancias muy calificadas, que son requeridas por los mayores riesgos biológicos y sociales, sea de los individuos mismos o de los diversos estratos de la sociedad a que ellos pertenecen.

ORGANIZACION DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN EL AREA DE LA SALUD MATERNOINFANTIL

El Comité, al analizar en profundidad este punto, partió de un concepto que consideró válido para la formación de recursos humanos en cualquiera disciplina pero, lógicamente, adecuándolo al aspecto de la salud maternoinfantil. Ese concepto se basa en el convencimiento de que para la adecuada formación de los recursos humanos hay que planificar integralmente los objetivos, los recursos, el contenido y la metodología de la enseñanza, teniendo en cuenta la realidad de la comunidad a la que se va a servir y las condiciones desfavorables que dicho recurso contribuirá a modificar.

Se estimó que dicha afirmación justifica plenamente el desarrollar investigaciones tendientes a conocer la realidad y la problemática de la salud maternoinfantil en América Latina. Todos los miembros del Comité estuvieron de acuerdo en que hay necesidad de profundizar en ese conocimiento, reconociendo, desde otro punto de vista, que la información disponible muestra cómo los recursos humanos para la atención maternoinfantil, en general, no están siendo formados de acuerdo con las necesidades de ese grupo de población, y que es perentorio realizar las modificaciones conducentes a desarrollar dicha tarea formativa de acuerdo a la realidad ya descrita someramente. En consecuencia, el desarrollo de programas de investigación para conocer en forma más precisa la situación de la salud maternoinfantil, no debe implicar el no llevar a cabo cambios indispensables y urgentes en los currículos de estudios, sino servir para su reajuste y perfeccionamiento permanentes.

El Comité consideró que el plan integral de formación de los recursos humanos, cuya planificación se basa en el conocimiento de la realidad, debe orientar al proceso educativo, teniendo en cuenta las características de la organización y estructura de salud en la que deberán desarrollar sus actividades los futuros egresados. Se puso énfasis en destacar que tanto el proceso educativo como el tipo de atención médica están influenciados por la organización económica, política y sociocultural de los países.

El Comité consideró asimismo la necesidad de planificar adecuadamente el desarrollo de los recursos humanos en salud con otros sectores del desarrollo social, en particular con el de la educación en general. Se admitió que esta tarea es compleja, ya que, en principio, el proceso implica el promover un proceso coordinado de sistemas, estructuras, disciplinas y personas que anteriormente y con frecuencia han

desarrollado esquemas de trabajo no solo independientes sino también competitivos.

Al identificar los principales obstáculos de la enseñanza de la salud maternoinfantil, se señalaron los que se mencionan a continuación, sin que el orden de su enumeración implique, necesariamente, una jerarquización de su importancia:

1. Ausencia de una definición clara de los objetivos.
2. Discordancia entre la educación y la atención médicas, y entre estas y los problemas y las necesidades de la comunidad.
3. Conocimiento limitado por parte de los docentes de la realidad de la salud maternoinfantil y de los planes y programas existentes en dicho campo, lo que conduce a la interferencia entre los procesos de docencia y de asistencia.
4. Enseñanza eminentemente intramural y fundamentalmente intrahospitalaria. (El Comité enfatizó a este respecto que el proceso docente, y en particular su proyección hacia el aprendizaje práctico, debe utilizar preferentemente los servicios y establecimientos que constituyen la estructura habitual en que se desarrollan las acciones de salud de beneficio para la comunidad dentro de los criterios de integración docente-asistencial. Ello no excluye la utilización de recursos especiales en casos que así lo justifiquen, y la adopción de nuevas tecnologías cuya aplicación eventual concuerde con la realidad local o nacional de cada país.)
5. Limitada coordinación entre los departamentos de ciencias sociales y los de ginecología y obstetricia, pediatría, enfermería-obstetricia, medicina preventiva y ciencias básicas biomédicas.
6. Inexistencia o distorsión de los programas de medicina de la comunidad y participación nula o limitada de la colectividad en las actividades docentes y asistenciales.
7. Problemas inherentes a la estructura económica y a la organización social de los países, que condicionan desiguales oportunidades de educación y atención médicas y que muchas veces marginan a sectores mayoritarios de la población.

El Comité dio un gran énfasis a la discusión respecto a la enseñanza-aprendizaje de la medicina comunitaria, a la integración docente-asistencial y a la participación popular.

Tradicionalmente la formación de los recursos humanos ha sido entendida como una tarea formativa cuyo fin último era o sigue siendo la educación. La excelencia académica, la profundización de conocimientos de aspectos propios de otras realidades, el cientificismo, la importación de tecnología foránea de limitada aplicabilidad, etc., constituyen algunas de las características negativas que ha tenido la formación de los recursos humanos para la salud. El objeto fundamental

de la formación de recursos humanos debe ser el proporcionar servicios a toda la comunidad y el proceso formativo es un medio para alcanzarlo, lo que explica evidentemente el camino a seguir para obtener la identificación entre educación, servicio y necesidades de la comunidad.

La convicción de que la enseñanza de la salud materno infantil debe hacerse *en y con* la comunidad, conduce como consecuencia lógica al planteo de cómo debe hacerse y qué factores dificultan su desarrollo.

En la década del 50, las Naciones Unidas asociaron el concepto de la participación de la población al tema "organización de la comunidad", con el objeto de que "pueblo y gobierno" unidos trataran de encontrar la solución a sus problemas. El Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Chile, 1972) señala al respecto: "La participación de la comunidad ha sido una respuesta acertada al nuevo enfoque de la atención de la salud y la enfermedad, por cuanto la motivación, educación y organización de las comunidades les está permitiendo participar en los programas para beneficio de su propia salud".⁴

El Comité señaló que, si bien el concepto es válido, en general la participación comunitaria constituye una tarea difícil. Una de las razones de ello, a juicio del Comité, es que se postula la participación organizada de grupos sociales en circunstancias en que en la mayoría de los países no se materializan las condiciones que permiten obtener dicho prerrequisito, debido a diversos factores, tales como los sistemas políticos y administrativos vigentes. Obviamente el papel que pueda asumir la comunidad no puede estar desvinculado de las modificaciones de orden social que permitan su participación sistematizada en las decisiones que le competan.

Todo ello se relaciona necesariamente con la posibilidad de que la docencia pueda tener una efectiva proyección comunitaria. Las entidades formadoras de recursos humanos han iniciado la búsqueda de una metódica de enseñanza en y con la comunidad, sin definir muchas veces y con precisión sus objetivos y no contando tampoco con un pleno conocimiento de las técnicas indispensables que se requieren. En dichas circunstancias, el estudiante no participa motivadamente en el proceso y tampoco lo hace la misma comunidad ajena a las finalidades propias de la enseñanza.

Otro aspecto limitante de la participación popular ha sido la actitud de observar los problemas de la comunidad desde fuera y, en consecuencia, considerarla como objeto y no como sujeto de las acciones a desarrollar. Esta actitud se ha traducido en el reclamo de una

⁴Plan Decenal de Salud para las Américas. Documento Oficial de la OPS 118, 1973.

colaboración de y con la comunidad, más que en una participación real, consciente y autónoma de la comunidad organizada.

Se consideró que para lograr la participación popular en un programa de salud materno-infantil es indispensable que la comunidad tome parte activa en la elaboración, ejecución y evaluación del programa, teniendo como uno de sus objetivos fundamentales la apropiación del conocimiento médico por la comunidad.

El desarrollo de estos programas debe favorecer la formación de una actitud participacionista y crítica de la comunidad hacia los servicios, a fin de obtener que ella sea sujeto activo en su cumplimiento y no el objeto pasivo que recibe los beneficios de un grupo que decide las acciones, sin una participación efectiva.

Parece obvio que luego de analizar los objetivos y la metodología de lo que se quiere enseñar, con base en el análisis de la realidad, se trate de conocer, a través de diversos procedimientos, el éxito o el fracaso de dicha empresa. Lamentablemente, no ha sido en este contexto en el que generalmente se ha concebido la evaluación, la cual, tradicionalmente, ha estado asociada a exámenes y calificación de los estudiantes.

El Comité consideró que el aspecto fundamental de la evaluación debe estar orientado a la verificación del logro de los objetivos y que en consecuencia, ello implica la evaluación del programa, del docente, del estudiante, de la institución formadora y de su impacto en la comunidad.

Se admitió que todo proceso de evaluación es difícil. En consecuencia, si bien se reconoció el valor de los diversos métodos existentes, adecuados a cada realidad, y dentro del marco definido, se destacó, como un aspecto de vital importancia, la necesidad de buscar procedimientos que permitan obtener la evaluación por parte de la comunidad. Al abordar este aspecto, el Comité consideró que era indispensable que la comunidad participe en el diseño y ejecución del programa, para que pueda participar eficazmente en el proceso de evaluación.

ENSEÑANZA CONTINUA EN SALUD MATERNOINFANTIL

El Comité definió la enseñanza continua como una actividad destinada a facilitar al recurso humano formado el mantenimiento y la ampliación de su capacitación, con la definida tendencia de contribuir a perfeccionar su competencia, sea cual fuere el sector en que se lleva a cabo el ejercicio profesional.

Se señaló que uno de los prerequisites para el éxito de los programas de educación continua lo constituye el que pueda haberse logrado ya en

la etapa formativa una actitud que permita al egresado el autosostener su aprendizaje permanente.

En términos generales, se consideraron válidos los aspectos doctrinarios destacados por el Comité de Expertos de la OMS en Enseñanza Continua para Médicos,⁵ haciendo hincapié en la necesidad de estimular la motivación de las personas a quienes están dirigidas estas actividades.

Se recalcó la importancia de que la educación continua en el campo de la salud materno infantil abarque a todos los niveles de los trabajadores de salud, sean estos técnicos, personal auxiliar o líderes voluntarios. Se insistió asimismo en que el proceso debía proyectarse a otros sectores vinculados a la protección materno infantil, tales como el magisterio, las instituciones sociales y, en general, las entidades que participan en los planes de desarrollo global, para quienes es de singular importancia la incorporación de una fuerza laboral que goce de óptimas condiciones de salud.

El Comité destacó la necesidad de establecer una programación de la educación continua basada tanto en la identificación de las necesidades prioritarias como en el imperativo de coordinar las actividades pertinentes de las universidades y de los servicios de salud, promoviendo finalmente, y como un aspecto de la mayor importancia, la integración del estudio y del trabajo.

OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES SOBRE LIBROS DE TEXTO, FUENTES DE CONSULTA Y OTRAS ACCIONES PARA LA PREPARACION Y PERFECCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD MATERNOINFANTIL

El Comité destacó que un libro de texto latinoamericano sobre salud materno infantil debe ser la expresión de objetivos educacionales específicamente definidos y concordantes con la realidad nacional o regional. Asimismo, dicho recurso docente debe ser considerado como un material de referencia que puede constituir parte de un conjunto amplio de medios e instrumentos de enseñanza.

En tal sentido, y luego de haberse analizado con detenimiento la bibliografía disponible, se llegó a la conclusión de que no existe un texto que satisfaga plenamente las premisas enunciadas anteriormente.

Se señaló que persisten las deficiencias ya señaladas en los informes

⁵*Enseñanza continua para médicos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. *Ser. Inf. Téc.* 534, 1973.

acerca de los textos de pediatría, de ginecología y de medicina preventiva;⁶ es decir, no existe una coordinación temática adecuada en lo referente a las disciplinas que constituyen el área de la salud maternoinfantil. Ello es reflejo de la situación similar existente respecto a la falta de una integración de los aspectos asistenciales y docentes en el tema en referencia. No obstante, y mientras se concretan los esfuerzos tendientes a superar la situación existente, el Comité estimó que debieran permanecer vigentes las recomendaciones referidas a las publicaciones⁶ que abordan aspectos parciales o generales de las distintas disciplinas que en su conjunto configuran la fisonomía temática de la salud maternoinfantil. El Comité consideró que existen algunas obras que cubren parcialmente materias fundamentales en la enseñanza de la salud maternoinfantil, entre las que se señalaron las siguientes:

- Wallace, Helen M., et al. *Maternal and Child Health Practice: Problems, Resources, and Methods of Delivery*. Springfield, Ill., C.C. Thomas, 1973.
- Morley, David. *Pediatrics Priorities in the Developing World*. Londres, Butterworths Co., 1973.
- Passmore, R. y J. S. Robson. *Tratado de enseñanza integrada de la medicina*. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1971.
- Mande, Raymond, N. P. Masse y M. Manciaux. *Pediatric Sociale*. París, Flammarion Medicine-Sciences, 1972.
- Puffer, Ruth R. y Carlos V. Serrano. *Características de la mortalidad en la niñez-Informe de la Investigación Interamericana de la Mortalidad en la Niñez*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 262, 1973.

Además de las recomendaciones mencionadas, el Comité recomendó que la OPS, en base a su propio acervo bibliográfico y a los aportes pertinentes que a la mayor brevedad aportaran sus miembros, debiera elaborar una nómina provisional amplia referente a manuales de consulta que, al igual que los anteriormente mencionados, constituyan útiles instrumentos docentes.

El Comité también destacó la necesidad de utilizar otros medios pedagógicos para contribuir a la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos en salud maternoinfantil; entre ellos los siguientes.

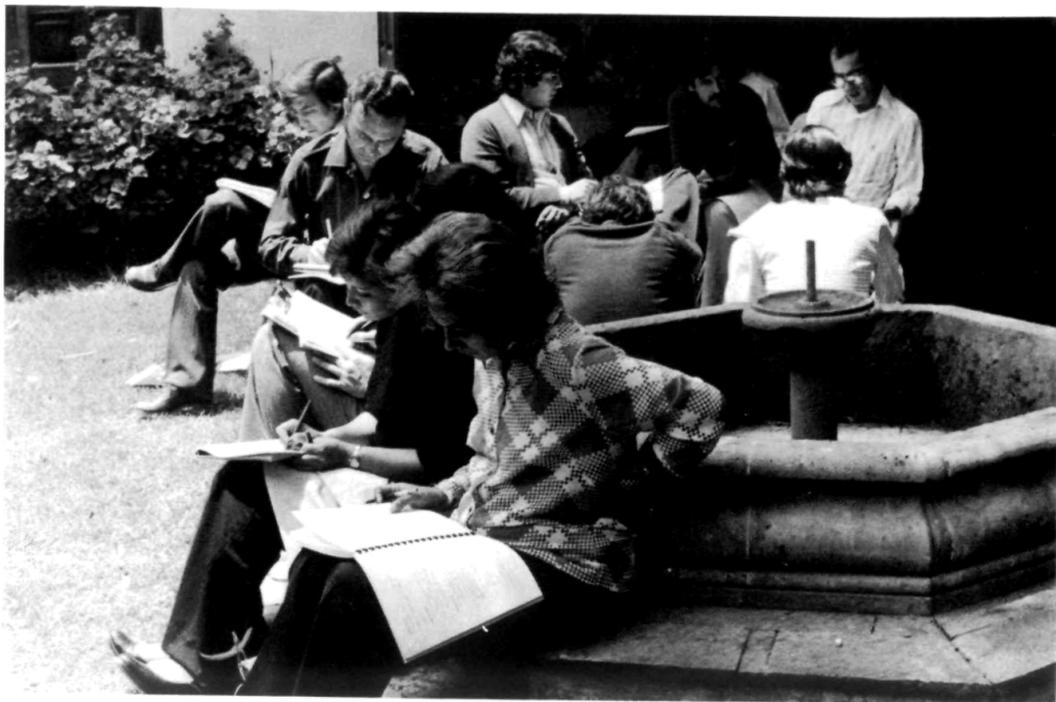
1. Utilización de la metodología, técnicas y resultados de las investigaciones ya realizadas sobre salud maternoinfantil, que podrían constituir la base de ejercicios que favorezcan el proceso de autoaprendizaje.
2. Desarrollo y utilización de recursos audiovisuales, monografías y otros

⁶Véanse *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica*, No. 5 (1969) y No. 16 (1972); *Publicación Científica de la OPS* 260 (1973), y *Educación médica y salud* 9 (2), 211, 1975.

materiales de enseñanza, incluido el aprovechamiento más eficiente y ágil de información bibliográfica periódica, tales como revistas y boletines científicos, y en particular de las numerosas publicaciones de la OMS y la OPS. Se destacó al respecto, la conveniencia de que la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS (BIREME) y otros organismos especializados fueran utilizados como medios valiosos para la divulgación de las publicaciones en referencia.

3. Elaboración, intercambio y análisis de las normas de atención elaboradas a nivel de diversos países de la Región, como una metódica destinada a facilitar el proceso de enseñanza continua en los programas correspondientes.
4. Programación de investigaciones colaborativas de índole regional o subregional sobre salud maternoinfantil, con el objeto de estimular el proceso creativo en dicha materia y de contribuir al intercambio docente.
5. Desarrollo de seminarios viajeros en los países de América Latina, para expandir el conocimiento de los avances que en el campo asistencial (en instituciones de salud y de enseñanza y en entidades dependientes de las facultades de ciencias de salud) se están logrando en la Región.
6. Elaboración y divulgación de material informativo y educativo, especialmente dirigido a las familias y a la comunidad, utilizando técnicas de comunicación *ad hoc*.

Por último, el Comité consideró que ante el consenso de que no se dispone en la actualidad de un texto integral sobre salud maternoinfantil que responda a las necesidades que reclama la enseñanza y la práctica profesional de dicha disciplina, se recomiende a la OPS la urgente necesidad de proceder a su elaboración. Para cumplir dicho propósito debiera, en una etapa inicial, constituirse un grupo de trabajo que elabore los fundamentos doctrinarios en que debe basarse un texto de salud maternoinfantil aplicable a Latinoamérica, teniendo presente las consideraciones expuestas en el presente informe, y considerando el procedimiento que asegure la más adecuada coordinación editorial, merced a la participación en dicha labor de las personas o grupos científicos de mayor experiencia técnica, docente y pedagógica en los países de la Región.



El desarrollo de recursos humanos ocupa alta prioridad entre las actividades de colaboración de la Organización con los Gobiernos, dada la importancia que tiene para los países el contar con personal adecuado para sus programas de salud.

La OPS y el desarrollo de recursos humanos, 1974 ¹

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud (1972) se puso de manifiesto que uno de los problemas de mayor preocupación en América Latina era la insuficiente cobertura de los servicios de salud. Puesto que los recursos humanos constituyen el elemento clave que permitirá ampliar esa cobertura, en la cual está implícita el derecho a los servicios de salud, los países deberán dirigir una parte importante de sus

acciones tanto a los aspectos cuantitativos como cualitativos de la formación de personal. En esta tarea, la Organización participó en la programación de salud de los países, tratando de elaborar y experimentar con nuevas alternativas de formación y utilización de personal de salud dentro de un contexto de mayor racionalización.

La búsqueda de nuevas alternativas no persigue una

¹ Tomado del Informe Anual del Director, 1974. *Documento Oficial de la OPS 136* (1975), 98-124.

innovación como tal, sino el logro—según lo expresado en el Plan Decenal de Salud para las Américas—de un cambio sustancial en las estructuras tradicionales que fueron útiles en el pasado pero que hoy día han dejado de serlo.

Planificación de recursos humanos

Siguiendo las recomendaciones del Plan Decenal de Salud, el enfoque de la planificación de recursos humanos en salud toma en consideración factores relacionados con la planificación económica, de salud y educacional. Sin embargo, los planes no se limitan a la elaboración de "fórmulas" rígidas, ya que esto estaría en contradicción con la recomendación del Plan Decenal de "desarrollar, a nivel de cada comunidad y con la participación activa de la misma, instituciones y mecanismos destinados a elevar su propio nivel de salud". La participación creadora de los habitantes en la solución de sus propios problemas, apoyada por suficiente personal de salud, adiestrado en la administración de acciones de salud, que serían elaboradas junto con la propia población, constituye la base de los programas de la Organización en este campo. En 1974 continuaron las actividades esbozadas durante la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud (Ottawa, 1973).

Durante el año se brindó asistencia en la organización de oficinas nacionales de recursos humanos. Muchas de estas, que tienen bajo su responsabilidad la planificación de recursos humanos, funcionan ya en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Honduras, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Específicamente, se colaboró con Brasil en la elaboración de un programa de planificación y formación de recursos humanos a través de una red de unidades estatales que iniciará sus funciones en 1975. Asimismo, se prestó asistencia técnica a las oficinas de recursos humanos de Chile y Paraguay, y en este último país se ofreció apoyo para la realización de un censo nacional de recursos humanos. En Buenos Aires tuvo lugar un taller de planificación de recursos humanos, con la participa-

ción de representantes de los sectores de educación y salud de cinco países.

La Organización preparó un documento técnico sobre "Estrategias de recursos humanos en salud rural" y reunió material sobre el uso de las telecomunicaciones en la formación y supervisión del personal rural.

Desarrollo educacional

Como primer paso en un nuevo enfoque hacia el desarrollo de la educación en salud debe introducirse el concepto de la integración trabajo-enseñanza. De esta integración deberá surgir un nuevo conocimiento que permita la implantación de estrategias metodológicas educacionales, o sea la proposición de diferentes alternativas educacionales que tengan como elemento común la participación activa de la población. De ahí que se incluya bajo el título de desarrollo educacional a una serie de actividades educacionales que no se dirigen a un determinado nivel de formación o a un tipo específico de personal de salud.

Como resultado de la experiencia adquirida en los diversos programas en este campo, la Organización elaboró un "Programa latinoamericano de desarrollo educacional para la salud" que contempla la creación en los países de núcleos de investigación y desarrollo en educación y salud. Este programa, que prevé la integración de estas actividades dispersas hasta ahora, se iniciará en 1975.

Integración trabajo—enseñanza

Teniendo en cuenta que el aprendizaje resulta de la participación en la práctica profesional, la Organización considera que la integración de la enseñanza con el trabajo es uno de los objetivos fundamentales del desarrollo educacional. Se considera también que esta integración debe asegurar la participación de la comunidad en la solución de los problemas de salud y que de esa forma se logrará el propósito final, que es elevar el nivel de salud de la población.

Siguiendo estas pautas y a solicitud de los Gobiernos, la OPS/OMS colaboró en actividades de integración

del trabajo con la enseñanza y, para tal fin, brindó asesoría sobre objetivos, planes y estrategias relacionados con ese aspecto a Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Perú y la República Dominicana. En Perú, se siguió colaborando en el programa de regionalización docente-asistencial, uno de cuyos objetivos es la utilización de la capacidad instalada regional a fin de mejorar la formación del nuevo personal de salud a nivel profesional, medio y auxiliar.

A través del proyecto de formación de personal auxiliar en el Caribe, durante el año se colaboró a dos niveles: regional, en el que se definieron los objetivos y las estrategias del proyecto y se coordinaron los esfuerzos de diversos organismos interesados en el mismo, y local, en el que se prestó asesoría a varias instituciones sobre desarrollo curricular. El proyecto tiene como objetivo la creación de centros de capacitación localizados de acuerdo a las necesidades de esa región.

En cuanto al personal medio, la Organización continuó colaborando en la estructuración y ejecución de programas nacionales y subregionales que permitan conocer las necesidades cualitativas y cuantitativas, reformular los planes de estudio y crear nuevos centros de capacitación. Esta clase de programas se realiza en Costa Rica, Cuba, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela.

La importancia asignada por algunas instituciones docentes a los programas de "medicina comunitaria"

condujo a la Organización a estudiar los programas que ya existen en América Latina, y posteriormente a convocar un grupo para hacer un análisis al respecto (Río de Janeiro, diciembre). El grupo elaboró un documento que servirá de orientación a los interesados en este tipo de programas.

Tecnología educacional

La OPS/OMS siguió colaborando e impulsando programas de tecnología educacional dentro del contexto de desarrollo educacional interdisciplinario y multiprofesional. Los dos Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) continuaron sus actividades según se indica a continuación.

México. Mediante talleres, se ofrecieron programas en actualización didáctica, evaluación, autoenseñanza, métodos audiovisuales y simulación escrita, planes de estudio y administración, a los cuales asistieron más de 1,700 profesionales de las diversas disciplinas en salud.

Asimismo se colaboró en la preparación de módulos de instrucción en medicina y veterinaria y se realizó la recolección y clasificación de datos previos a la organización de la carrera en maestría en planificación y administración en educación en salud. Se dio apoyo



Equipo audiovisual del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) en la ciudad de México, que se utiliza en la preparación de material docente para las diferentes escuelas de ciencias de la salud.

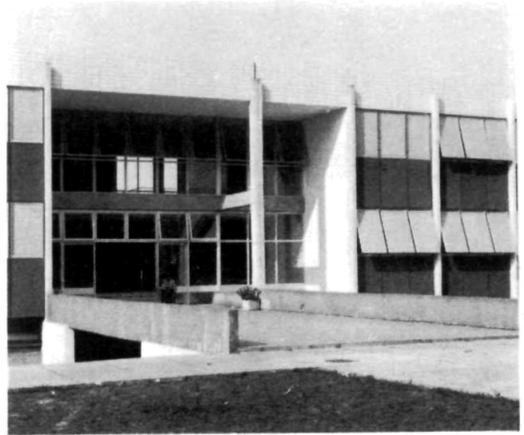
directo a las facultades de ciencias de la salud en forma flexible, e incluyó desde asesoría para cursos específicos hasta la formulación de planes globales de reforma institucional basados en esquemas integrados. También se participó en el desarrollo de talleres y seminarios multiprofesionales.

La iniciación de las actividades dentales en el programa para el desarrollo de la tecnología educacional en el Centro constituyó un importante acontecimiento. Este programa, llevado a cabo conjuntamente con la Asociación Mexicana de Facultades de Odontología, está investigando nuevos métodos didácticos y preparando instructores de las facultades del país en tecnología educacional y métodos administrativos.

Río de Janeiro. Este Centro, localizado en la Universidad Federal de Río de Janeiro, ha organizado cursos que incluyen: las diferentes etapas del razonamiento clínico; la presentación de modelos lógicos para solucionar problemas; el proceso de obtención, análisis, valoración, computación de datos y recursos tecnológicos que puedan auxiliar al médico, y el uso de técnicas de simulación para el análisis del trabajo médico. El objetivo de estos cursos fue proporcionar a los docentes conocimientos actualizados sobre técnicas y conceptos didácticos que puedan repercutir favorablemente en el proceso de formación de los recursos humanos en salud. El Centro también elaboró cursos de pedagogía médica, didáctica aplicada a la enseñanza superior, sistemas de adiestramiento y evaluación, y toma de decisiones en grupos pequeños.

Por otra parte, se trabajó en el desarrollo de cursos sobre ciencias de la salud, con atención especial en la autoinstrucción, en la preparación de materiales audiovisuales y en la simulación de fenómenos biológicos utilizando modelos computarizados. Durante el año se terminaron dos nuevos "paquetes" instruccionales: sobre fisiología del sistema cardiovascular y fisiología del sistema endocrino.

En cuanto a la introducción y utilización de las nuevas teorías y tecnologías educacionales modernas en las escuelas de enfermería, se encontraba en desarrollo el programa regional de tecnología educacional en enfermería. En 1974 se seleccionaron tres países (Brasil, Colombia y Venezuela), en los cuales se hicieron los trámites necesarios para establecer cuatro unidades de este tipo en 1975. Cinco enfermeras (de Brasil, Colombia, El Salvador y Perú) que fueron adiestradas en el CLATES iniciaron la preparación de un paquete instruccional sobre enfermedades transmisibles.



Fachada del edificio que ocupa el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud, en la Universidad Federal de Río de Janeiro.

Materiales para aprendizaje

Los programas incluidos bajo este título tienen como objetivo proporcionar a los estudiantes materiales de enseñanza a bajo costo.

LIBROS DE TEXTO. Los Programas de Libros de Texto de Medicina y Enfermería fueron creados por la Organización en su afán por mejorar la calidad de la formación de recursos humanos para los servicios de salud de América Latina. Comprenden el estudio y análisis de sistemas educativos, el desarrollo de nuevos métodos y materiales didácticos, y la provisión de libros de texto de alta calidad, a bajo precio, a los estudiantes de medicina y enfermería.

Durante las reuniones periódicas de especialistas en cada materia de todo el Hemisferio se examinan y analizan los métodos de enseñanza y se recomiendan libros de texto apropiados. A base de esas deliberaciones, la OPS/OMS selecciona los textos, que se adquieren en grandes cantidades y luego se ofrecen en venta a los estudiantes mediante un sistema administrativo sencillo en el que cooperan las escuelas participantes.



En 1974, más de 250 escuelas de 17 países habían firmado acuerdos para participar en los dos programas, y estaban por iniciarse las actividades en otro más. Se estaban ofreciendo 16 textos, traducidos al español y dos al portugués, de medicina, más cuatro de enfermería, de los cuales se distribuyeron en total durante el año, en los dos programas, más de 75,000 ejemplares. Desde que comenzaron estas actividades se han proporcionado cerca de 200,000 libros a estudiantes latinoamericanos.

EQUIPO BÁSICO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO. La finalidad de este programa, llevado a cabo con la colaboración de las facultades de medicina y en algunos casos los Ministerios de Salud, es hacer accesible a los estudiantes de medicina el equipo básico de diagnóstico clínico indispensable para su adiestramiento y trabajo a nivel del hospital, centro o puesto de salud urbano o rural.

Con eso en mente, la Organización ha distribuido estetoscopios y tensiómetros a los estudiantes del área clínica, y estetoscopios, tensiómetros y oto-oftalmoscopios a los que se encuentran en el internado o en el año rural o social obligatorio.

El programa comenzó a mediados de 1973 en cinco facultades en un país y a fines de 1974 participaban en él 25 facultades de 10 países. Durante el año se iniciaron los trámites para extenderlo a cuatro países más.

Enseñanza de ciencias sociales, epidemiología y medicina preventiva

La Organización mostró un creciente interés en colaborar con los países en el establecimiento de polí-

ticas adecuadas sobre la planificación y formación de personal de salud y la utilización de las ciencias sociales para esclarecer la articulación de la educación y la práctica médica con los diferentes componentes de la estructura social. Para tal fin se organizaron seminarios en Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Paraguay y Perú, y se asesoró a seis universidades en la introducción de las ciencias sociales en los planes de estudio de las profesiones de la salud.

Durante la Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina (Washington, D.C., septiembre), se delinearon enfoques y recomendaciones específicas tendientes a integrar la enseñanza de esas materias con las áreas clínicas. En Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay se cooperó con las facultades de medicina en el desarrollo de la enseñanza de la medicina preventiva. Se concedió atención especial a la epidemiología, y se realizaron varios seminarios para docentes en Argentina, Brasil, Ecuador, México y Uruguay.

Servicios de biblioteca y documentación

Ante la gran proliferación de publicaciones de ciencias de la salud, los países de las Américas han reconocido la necesidad de abordar de una manera racional la cuestión de los sistemas de información a fin de atender las necesidades de los interesados al menor costo y con la mayor eficacia posibles.

A este respecto, la Organización ha prestado asesoramiento en la planificación, organización y ejecución de sistemas de información o ha proporcionado los medios necesarios para ello.

Durante el año se celebró en Barquisimeto, Venezuela, un seminario sobre información y documentación científica, a consecuencia del cual el Gobierno concluyó un acuerdo con la OPS/OMS para la creación de un sistema nacional de información y documentación científica biomédica.

En Haití se colaboró en actividades encaminadas a mejorar la Biblioteca de Medicina. Además de proporcionar medios audiovisuales y organizar la Biblioteca, se ofreció adiestramiento al personal de la biblioteca y a los lectores.

En México, D.F., se organizó un seminario sobre bibliotecas de escuelas de ciencias de la salud, con el fin de analizar la función de la biblioteca como centro

al que puede recurrirse en el proceso de enseñanza-aprendizaje; examinar el estado de la biblioteconomía médica en América Latina en general y en México; definir el papel que ha de desempeñar el bibliotecario como educador y administrador, y analizar las políticas institucionales con respecto a las bibliotecas.

En Chile la Organización fomentó la cooperación entre el sistema nacional de documentación en ciencias de la salud y la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, en São Paulo, Brasil. En Ecuador continuaron las actividades para la creación de un centro bibliotecario y de documentación para las ciencias de la salud, que se vincularía a centros internacionales ya existentes de la misma especialidad.

En la Sede de Washington, la OPS/OMS continuó su programa de acopio de datos sobre instituciones docentes de ciencias de la salud. Asimismo, publicó la revista trimestral *Educación médica y salud*, con el fin de divulgar información en América Latina sobre los progresos más recientes en este campo. Los cuatro números que aparecieron durante el año se concentraron en la información y documentación sobre ciencias de la salud, la tecnología educacional en la formación de personal de salud, la VIII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, y ciencias sociales y medicina. También se preparó el *Directorio de facultades y escuelas latinoamericanas de odontología, medicina, enfermería, enfermería-obstetricia, salud pública, medicina veterinaria, nutrición, dietética y bioquímica*.

Cursos, talleres y seminarios

Además de la asistencia directa prestada a las escuelas de ciencias de la salud, la Organización patrocinó una serie de cursos, talleres y seminarios sobre desarrollo educacional en varios países, según se detalla en el cuadro 35.

Estudios avanzados

Para transformar la formación del personal de salud de nivel superior se requiere la integración del aprendizaje con la práctica profesional. La investigación, entendida como una forma de práctica profesional, debería ser la base de esta formación. A este principio básico deberán agregarse otros, como el autoaprendi-

zaje y el contacto del alumno con diferentes situaciones, que permitan el análisis comparativo de los problemas de salud.

Investigación

Con objeto de lograr una reforma integral y multidisciplinaria en la enseñanza de las ciencias de la salud, y el consecuente desarrollo de unidades de enseñanza-aprendizaje basadas en este enfoque y adaptadas a las necesidades locales, es preciso investigar los factores que intervienen en el campo de la salud y de la educación. Asimismo, la investigación en este contexto debe ser considerada como un instrumento de la formación a nivel superior.

Con este planteamiento, la Organización auspició una serie de estudios que pueden agruparse en tres categorías: a) sobre las instituciones y el proceso educacional en ciencias de la salud; b) las destinadas a contribuir a la creación de unidades integradas de enseñanza-aprendizaje, y c) las que permitan una planificación de los recursos humanos para la salud.

Todos estos estudios resultaron de un estrecho intercambio de opiniones y experiencias entre núcleos de docentes de los países y la Organización. De este modo estas investigaciones satisfacen tanto los intereses locales como los regionales.

En 1974 la Organización auspició 16 *investigaciones sobre las instituciones y el proceso educacional en ciencias de la salud*. Varias de ellas toman a un país como unidad de análisis, dentro de una perspectiva histórica, como las relativas a la educación médica en Argentina, Costa Rica, Ecuador y México. Otro grupo está constituido por estudios de carácter regional, como los relacionados con la distribución del estudiante de medicina en las Américas; el estudiante extranjero en las escuelas de medicina; la decisión de estudiar enfermería; la enseñanza y la práctica del técnico medio de salud en Centroamérica, y en los países del Pacto Andino, y la enseñanza y la práctica farmacéutica. Un tercer grupo se refiere a investigaciones evaluativas. Puesto que la evaluación es el complemento metodológico de la acción social planeada, la Organización colaboró en evaluaciones de los seminarios de pediatría y ginecología en Ecuador; de la autoevaluación formativa; de cursos de demografía de posgrado en medicina social; de la Escuela de Salud Pública de México, y de los cursos de pediatría social.

III. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

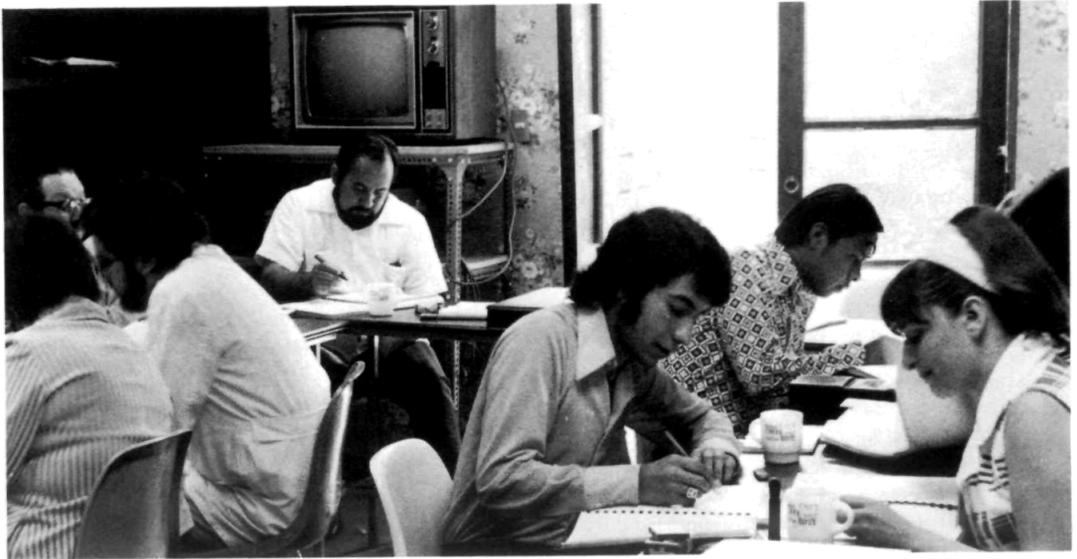
CUADRO 35. CURSOS, TALLERES Y SEMINARIOS SOBRE DESARROLLO EDUCACIONAL, 1974.

Area	Tipo de actividad	Número de participantes	Lugar
Integración trabajo-docencia			
Educación continua.....	Seminario (1)	30	Chile (1)
Enseñanza de cirugía en base a integración docente-asistencial.....	Seminario (1)	30	Ecuador (1)
Medicina integral (docencia-servicio).....	Talleres (14)	427	Argentina (1), Honduras (7), México (1), Nicaragua (1), República Dominicana (1), Venezuela (3)
Experiencias docentes con la comunidad.....	Taller (1)	20	Argentina (1)
Tecnología educacional			
Actualización didáctica.....	Talleres (82) Seminarios (5)	1,800	CLATES-México (82) CLATES-Río (5)
Tecnología educacional (ayudas audiovisuales, autoenseñanza, simulación escrita).....	Talleres (17) Seminarios (4)	315	CLATES-México (82) CLATES-Río (5)
Evaluación por criterios.....	Talleres (22) Cursos (3)	509	CLATES-México (22) CLATES-Río (3)
Sistema de adiestramiento.....	Cursos (2)	30	CLATES-Río (2)
Dinámica del grupo.....	Curso (1)	12	CLATES-Río (1)
Fundamentos del proceso aprendizaje-enseñanza.....	Seminarios (9)	378	Argentina (2), Cuba (1), Chile (5), República Dominicana (1)
Diseño y estrategia curricular.....	Seminarios (3)	325	Costa Rica (1), México (1), República Dominicana (1)
Enseñanza de las ciencias sociales, epidemiología y medicina preventiva			
Enseñanza de medicina preventiva.....	Seminarios (2)	91	México (1), Perú (1)
Epidemiología para docentes clínicos.....	Seminarios (6)	234	Argentina (1), México (2), Panamá (1), Paraguay (1), Uruguay (1)
Enseñanza de ciencias sociales.....	Seminarios (4)	139	Costa Rica (1), Cuba (1), México (1), Paraguay (1)
Metodología de la investigación científica aplicada a ciencias sociales.....	Seminarios (2)	80	Cuba (1), Perú (1)
Servicios de bibliotecas y documentación			
Información biomédica y desarrollo de bibliotecas.....	Seminarios (3)	128	Ecuador (1), México (1), Paraguay (1)
Total.....		4,548	

A fines de 1974 se estaban realizando 17 *investigaciones dirigidas a crear unidades integradas de enseñanza-aprendizaje*. El propósito de tres de éstas era integrar, bajo el tema común de medicamentos, los aspectos farmacológicos, epidemiológicos y de ciencias sociales. Cuatro giraban alrededor del tema puericultura, integrando pediatría, epidemiología y ciencias sociales. En salud materno-infantil se auspiciaron cinco estudios en los que se integraron pediatría,

obstetricia, demografía y epidemiología. Bajo el título de salud pública en las ciudades, se inició el diseño de cinco proyectos de investigación que comprenden aspectos de geografía humana, administración, epidemiología y sociología. Un común denominador de estas 17 investigaciones es el análisis de problemas de salud con un enfoque multidisciplinario, a fin de establecer unidades de enseñanza integrada.

Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia de



Taller sobre preparación de material de instrucción y formulación de módulos docentes, celebrado en México, D.F.

Ottawa, se inició una serie de *investigaciones sobre la planificación de recursos humanos*. Dos de estos proyectos se relacionan con la cobertura de los servicios de salud: distribución geográfica de los médicos en México y recursos humanos en salud rural. Las tres investigaciones restantes tratan sobre aspectos metodológicos, recursos y costos de la educación médica en México; gastos y costo de la educación médica en Perú, y modelo de recursos humanos para la atención maternoinfantil. Este último proyecto desarrolla un modelo matemático aplicable a las condiciones latinoamericanas, que sirva a los países para analizar su situación nacional y encontrar sus propias soluciones. El modelo fue presentado en una reunión sobre salud maternoinfantil celebrada en Berkeley, California, en septiembre.

Docencia

La formación de personal de salud de nivel superior ha preocupado constantemente a la OPS/OMS,

sobre todo en los campos más directamente relacionados con la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Sobre esta base, la Organización ha venido estimulando a estos programas proporcionando apoyo directo a las escuelas por medio de asistencia técnica para la formulación de planes de estudio, adiestramiento de docentes, y realización de seminarios y cursos especiales.

En 1974 se colaboró en *cursos de posgrado en salud pública y medicina social* en diversos países, como se indica a continuación.

En Argentina se ofrecieron cuatro cursos de grado: dos sobre administración de salud y dos para diplomados en salud pública, y se llevaron a cabo dos seminarios: sobre normas de atención médica en salud maternoinfantil y para investigadores clínicos.

En Brasil se prestó asesoría al Instituto Presidente Castello Branco (Escuela Nacional de Salud Pública) en la organización de cursos de especialización y actualización para profesionales y técnicos avanzados del sector salud, y a la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo en la formación de especialistas en educación en salud comunitaria y salud escolar.

En Medellín, Colombia, se prestó asistencia en la programación de cursos de estadísticas de salud, arquitectura de hospitales, administración, epidemiología y salud materno-infantil.

El Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile recibió apoyo en la reestructuración de sus programas docentes y en la capacitación de sus profesores. Se llevó a cabo un curso sobre metodología de la investigación en atención médica y un seminario sobre epidemiología clínica.

En México se colaboró en la preparación de programas de enseñanza de posgrado en salud pública, administración de hospitales e higiene y seguridad industrial, y al nivel técnico, en saneamiento y estadísticas. Se realizaron asimismo varios cursos especiales dirigidos a la docencia, cubriendo aspectos de administración y epidemiología.

En la Escuela de Salud Pública del Perú se participó en 14 cursos sobre estadísticas, epidemiología, administración y salud pública internacional, a los que asistieron profesionales de distintas disciplinas.

La Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela recibió apoyo en la preparación de planes docentes a nivel de posgrado y técnico. También se colaboró en la evaluación de cursos de educación continua en administración de hospitales y en la realización de cursos sobre epidemiología e higiene de los alimentos.

El intercambio de experiencias y la oportunidad de discutir temas de interés común entre las instituciones de enseñanza en salud pública, se ha logrado a través de las conferencias de escuelas de salud pública. En febrero se realizó la VIII Conferencia en Lima, donde se evaluó el papel de las escuelas de salud pública a la luz de los requerimientos de salud de los países del Continente y de acuerdo con los recursos humanos, tecnológicos e institucionales disponibles.

Merece destacarse la colaboración prestada a los cursos de posgrado en medicina social de las Universidades de Guanabara (Brasil), Nacional Autónoma de México y Andrés Bello en Venezuela, que representan enfoques innovadores en el campo educacional y en medicina social.

Entre las actividades de apoyo a los programas de posgrado de las facultades de medicina se encuentran: la estructuración de estudios avanzados en salud y la sociedad, en la Universidad de Costa Rica; la organización de estudios de gineco-obstetricia, pediatría, medicina general, patología y radiología en Ecuador, y el asesoramiento en educación de posgrado y continua

en medicina interna, obstetricia, pediatría, oftalmología y ortopedia en Guatemala.

En cuanto a la *formación posbásica y de posgrado en enfermería*, se colaboró con Colombia, Chile, Panamá y Venezuela en programas para formar docentes y especialistas en distintas áreas clínicas. Se inició un programa regional para evaluar los cursos de posgrado, con miras a establecer una red para la preparación avanzada de enfermeras latinoamericanas. Se evaluó el programa de graduados de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

A nivel de posgrado, la Organización contribuyó a la *preparación de profesores e investigadores en nutrición*, proporcionando asistencia técnica y financiera a los programas de adiestramiento, tales como el de doctorado en nutrición en Puerto Rico y el de capacitación de profesores en Chile. También otorgó becas a médicos, nutricionistas y dietistas para estudios de posgrado en nutrición.

Mención especial merece el curso de *posgrado en ingeniería sanitaria* en la Escuela de Ingeniería de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y la asistencia técnica prestada a la Universidad de Costa Rica para revisar el programa de enseñanza de ingeniería sanitaria en la Facultad de Ingeniería. En las Bahamas se organizó un curso especial para personal de salud ambiental. La Universidad Central de Venezuela reanudó la actividad internacional de su programa de posgrado de ingeniería ambiental. La Universidad de Nuevo León, México, inició un curso de posgrado en ingeniería ambiental y continuó con su curso de posgrado sobre ingeniería de salud pública.

Estudios profesionales y de personal auxiliar

Si bien la mayor parte de la formación de pregrado y auxiliar se realiza en forma uniprofesional, existe una tendencia definida hacia la integración multiprofesional. En este sentido se cooperó con las escuelas de ciencias de la salud de Bolivia y la República Dominicana en sus intentos de establecer programas multiprofesionales.

Educación en odontología

La Universidad de Illinois, en Chicago, ofreció el segundo curso de enseñanza de la pedodoncia, al que asistieron 16 becarios de la OPS/OMS. En el Departamento de Estomatología de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, se llevaron a cabo cursos sobre odontología aplicada y sobre los aspectos clínicos de la pedodoncia.

Se realizaron actividades encaminadas a reforzar la asistencia técnica anterior en materia de educación odontológica y a establecer nuevos proyectos relacionados con la formación de estudiantes de odontología en aspectos didácticos y prácticos.

La Universidad de San Carlos de Guatemala recibió asistencia con respecto al currículo de odontología, y la Universidad de Panamá en la preparación de un proyecto que incluye la prestación de servicios a la comunidad por los estudiantes de odontología. También se ofreció asesoramiento a las escuelas de odontología de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Nicaragua para la reorganización y el establecimiento de programas docentes. La colaboración que la Organización presta a las tres escuelas de odontología y al Centro de Materiales Dentales de Venezuela se intensificó con el nombramiento de un asesor odontológico a tiempo completo.

En el curso de adiestramiento de auxiliares dentales de Jamaica se graduaron otras 20 auxiliares de enfermería odontológica. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo aprobó un proyecto para la creación de una escuela similar en Trinidad y Tabago. Igualmente se prestó asesoramiento al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y a la Universidad Central de Venezuela en relación con un curso para personal auxiliar.

En un curso de epidemiología dental, organizado en la Universidad de Zacatecas, México, en colaboración con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otras instituciones de salud del país, fueron adiestrados 15 odontólogos mexicanos y seis becarios de otros países. En la República Dominicana se ofreció un curso de estadística aplicada a la odontología.

Continuó desarrollándose el Centro de Referencia de Patología Oral de Santiago, Chile, al que se le estaba facilitando equipo y suministros básicos. Se estableció un programa local para materiales de referencia, y se acordó el plan general para el adiestramiento de personal local en el Centro.

En Brasil, con la colaboración de las Universidades



Centro rural de salud en Venezuela, donde se proporciona a la comunidad atención odontológica simplificada por medio de auxiliares dentales, bajo la supervisión de personal profesional.

de Campinas y de Piracicaba (São Paulo), se preparó una propuesta para establecer un centro de capacitación de odontólogos en epidemiología dental y de promoción de las investigaciones epidemiológicas en las Américas.

En la Escuela de Odontología de la Universidad de Puerto Rico se llevó a cabo un seminario sobre aplicación de técnicas educativas modernas en odontología y el empleo del aprendizaje independiente, con participantes de Brasil, Chile, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, Reino Unido, Trinidad y Tabago y Venezuela.

Educación en enfermería

Con el fin de incrementar y acelerar la producción de personal de enfermería para alcanzar las metas de los planes nacionales de salud, se concentraron las actividades en la intensificación y diversificación de los cursos para auxiliares; el aumento de los programas de nivel intermedio o técnico; la revisión de las funciones de las enfermeras, y la adecuación de los planes de estudio de las escuelas de enfermería.

Los datos disponibles muestran un constante aumento de personal en los últimos años. En 1970 el promedio de egresados por escuela era de 17, y en 1974 era de 39.4 en las de nivel superior, 29.2 en las de nivel medio, y 35.2 en los programas de bachille-

rato diversificado. El total de personal de enfermería preparado en 223 programas de adiestramiento durante el año ascendió a 6,433 (cuadro 36).

A nivel técnico, el número de cursos integrados a la enseñanza secundaria (bachillerato diversificado) se cuadruplicó desde 1970. En 1974 había 51 programas en cinco países. Se colaboró con Brasil, México, República Dominicana y Venezuela en la elaboración, revisión y evaluación de sus programas. Los programas que preparan técnicos o enfermeras a nivel intermedio ascienden a 226.

En relación con la formación de enfermeras, en 1974 se llevaron a cabo numerosas actividades en los

países—incluyendo estudios, seminarios y talleres y reformulación de currículos—con objeto de redefinir las funciones a este nivel y adecuar los planes de estudio a las nuevas funciones o tendencias en cuanto al papel que deben desempeñar las enfermeras.

En Brasil y Ecuador las escuelas superiores de enfermería ofrecieron oportunidades para que sus estudiantes se especializaran en aspectos específicos, y Colombia y Honduras estaban desarrollando programas similares. En Cali se inició un programa para preparar enfermeras como especialistas clínicas a fin de asumir mayores responsabilidades en la prestación de atención de la salud.

CUADRO 36. ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA (Cursos cortos, seminarios y talleres), 1974.

Materia de estudio	No. de cursos	Tipo y no. de participantes					Total	País
		Enfermeras	Obstetrices	Auxiliares	Parteras empíricas	Otras		
Enseñanza en enfermería								
Programación en educación.....	8	327	—	—	—	—	327	Bolivia, Costa Rica, Ecuador, México, República Dominicana
Planificación de currículos.....	10	290	—	—	—	—	290	Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Surinam
Tecnología educacional.....	5	66	—	—	—	—	66	Brasil, Granada, Honduras, Islas Virgenes
Enseñanza clínica.....	10	126	—	—	—	—	126	Barbados, Belice, Colombia, Haití, Honduras, Islas Caicos, México, Venezuela
Investigación en enfermería.....	4	86	—	—	—	—	86	Guyana, Honduras, México, Panamá
Programas de auxiliares								
Preparación de instructoras.....	7	191	—	—	—	—	191	Ecuador, México, Nicaragua, República Dominicana
Adiestramiento de auxiliares rurales y voluntarios de la comunidad.....	15	—	—	745	—	—	745	Bolivia, Nicaragua, Perú
Adiestramiento en servicio.....	1	—	—	457	—	—	457	República Dominicana
Organización de servicios rurales.....	2	25	—	—	—	22	47	Venezuela, Washington, D.C.
Planificación y administración								
Programación.....	3	72	—	—	—	—	72	Costa Rica, Chile, Honduras
Estándares en enfermería hospitalaria y comunitaria.....	5	158	—	—	—	—	158	Bahamas, Barbados, Costa Rica, México, República Dominicana
Administración y supervisión de la atención en enfermería.....	11	302	—	—	—	—	302	Brasil, Bolivia, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana
Atención en salud mental y psiquiatría.....	4	88	—	—	—	—	88	Bahamas, Brasil, Ecuador, Jamaica
Enfermería materno-infantil y planificación de la familia								
Materno-infantil y planificación de la familia.....	64	884	65	750	—	2	1,701	Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Islas Virgenes, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, San Cristóbal, San Vicente, Venezuela
Atención del niño.....	15	319	2	4	—	19	344	Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Cuba, Guatemala, Guyana, Honduras
Adiestramiento de parteras empíricas.....	59	—	—	—	1,433	—	1,433	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Paraguay, República Dominicana
Total.....	223	2,934	67	1,956	1,433	43	6,433	



En 1974 un total de 6,433 enfermeras, obstétrices, auxiliares, parteras empíricas y otro personal de enfermería participaron en 223 programas de adiestramiento que tuvieron el apoyo de la OPS/OMS. La fotografía muestra un grupo de estudiantes que asistieron a un curso celebrado en Perú.

Se dio importancia especial al establecimiento de mecanismos que permitan la articulación de los programas de nivel técnico y superior, así como a la creación de programas escalonados.

Aumentó el número de cursos para auxiliares, y algunos se diversificaron y se convirtieron en cursos especiales para auxiliares o promotoras rurales. En Perú se realizaron 17 cursos para preparar 510 auxiliares rurales. En Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, República Dominicana y Venezuela se inició o se intensificó la formación de auxiliares rurales y se prepararon normas generales y manuales para este adiestramiento. En algunos países prosiguió el servicio rural obligatorio para las egresadas de las escuelas de enfermería.

En un curso regional realizado en México recibieron adiestramiento 26 instructoras encargadas de programas de auxiliares de siete países latinoamericanos; 14 instructoras de auxiliares terminaron otro curso en la República Dominicana, y en Ecuador se prepararon 24 instructoras.

En el área de salud maternoinfantil se concedió atención especial a la preparación de personal de enfermería-obstetricia para asumir funciones adicionales y al mayor aprovechamiento de las egresadas de cursos y seminarios como agentes multiplicadores en servicios

y en la docencia. En este sentido se realizaron actividades de actualización en las que participaron 3,576 personas: 1,252 enfermeras, 35 obstétrices, 785 auxiliares, 1,433 parteras empíricas y 71 de otras categorías. Se impartieron tres cursos en los Centros Educativos en Enfermería Maternoinfantil y Planificación de la Familia en Colombia (Cali) y Panamá, y se llevó a cabo un curso viajero trinacional para obstétrices y un curso interpais (cuatro) para enfermeras-obstétrices del área de habla inglesa del Caribe. En las Escuelas de Enfermería de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Haití y la República Dominicana se fortaleció el contenido maternoinfantil. En las Bahamas, Belice y Trinidad y Tabago se realizaron cursos-seminarios en salud maternoinfantil y planificación de la familia para diferentes categorías de personal de enfermería-obstetricia. En Dominica y Panamá se ofrecieron cursos posbásicos en enfermería-obstetricia y se añadieron actividades de planificación de la familia a las funciones de la enfermera-obstetricia. Se actualizaron los currículos de las escuelas de Barbados, Belice y Ecuador, y se ajustaron más a las necesidades de salud de la familia. En México se revisaron los programas de adiestramiento de auxiliares y se aumentaron los aspectos relacionados con el cuidado maternoinfantil y la planificación de la familia.

Educación en ingeniería y ciencias del ambiente

El interés y la preocupación de los Gobiernos por la formación, capacitación y adiestramiento del personal que requieren los programas nacionales de desarrollo del medio ambiente continuaron manifestándose en forma positiva. La Organización colaboró con 45 universidades de 25 países y con diversos organismos oficiales mediante asistencia técnica y financiera.

En 1974 se celebraron 153 cursos cortos intensivos, nueve seminarios nacionales y un simposio internacional en 23 países y territorios, de los cuales se beneficiaron 5,054 personas. Participaron en estas labores 1,061 profesores nacionales, 101 consultores a corto plazo y 128 consultores permanentes (cuadro 37).

Mención especial merece la creación de un curso de posgrado en la Universidad de San Carlos, Guatemala; la asistencia en la revisión del programa de enseñanza de ingeniería sanitaria en la Universidad de Costa Rica, y la organización de un curso especial para el personal de los programas de salud ambiental de las Bahamas. Se colaboró también con la Universidad Central de Venezuela y la Universidad de Nuevo León (México) en sus cursos de posgrado en ingeniería sanitaria.

En Guatemala, se participó en las gestiones con el Gobierno de Suiza con miras a concertar un nuevo acuerdo para la enseñanza de ingeniería sanitaria en la Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria. El PNUD aprobó un proyecto de adiestramiento de personal para servicios de agua y alcantarillado, con sede en Trinidad y Tabago. Se organizaron dos seminarios sobre la ingeniería sanitaria en situaciones de desastre en México y Perú.

Educación médica

Se colaboró con las escuelas de medicina en el fortalecimiento de programas a nivel de pregrado, así como en programas de educación continua y de medicina de la comunidad, por medio de asesoría técnica, cursos, talleres y seminarios y becas, así como el suministro de equipos, libros, publicaciones científicas y ayuda financiera para reuniones y conferencias. Siempre se tuvo en mente, por una parte, el apoyo a aquellas actividades que sirven de enlace entre el estudio y el trabajo y entre las actividades docentes y

la investigación, y por otra, la elaboración de nuevas alternativas para estructurar los currículos y planes de estudio, fundamentados en la interpretación de la educación como un proceso activo.

Entre lo logrado en 1974 se destaca lo siguiente:

En la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, se organizaron y llevaron a cabo jornadas sobre normas a utilizarse en la atención de enfermedades infecciosas, así como seminarios sobre planificación curricular y pedagogía médica y sobre pedagogía y nutrición en las Facultades de Medicina de Tucumán, La Plata, Córdoba y Salta. Con las dos primeras facultades se participó también en la discusión de nuevos modelos curriculares y en la enseñanza de la medicina social.

En Bolivia se cooperó en el desarrollo de los planes de estudio de las tres facultades de ciencias de la salud y en la realización del II Seminario Nacional de esas facultades.

En Brasil se colaboró con un grupo de trabajo pedagógico de la Universidad Federal de Minas Gerais en un seminario sobre enseñanza médica, y se asesoró en materia de cambios curriculares a la Escuela de Medicina de la Fundación de Educación Superior del Estado de Pernambuco.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Costa Rica recibió asesoramiento en el desarrollo del marco conceptual del nuevo currículo y en la elaboración de las unidades correspondientes al primer y segundo año de la carrera.

Se prestó apoyo a Cuba en el estudio del plan de enseñanza de pediatría y en el programa de formación de personal de nivel medio.

En la Facultad de Medicina de Santiago, Chile, se organizaron reuniones sobre educación en ciencias de la salud coordinadas con el programa de extensión de servicios de salud materno-infantil, y en Valdivia se realizó un Seminario Nacional sobre Educación Médica Continua.

En Ecuador se participó en la formulación de los planes tendientes a desarrollar las escuelas de tecnología médica y en la coordinación de programas administrativos-docentes referentes a las carreras de medicina, enfermería, y tecnología médica.

En Guatemala se asesoró en la organización del servicio social de los estudiantes en las zonas rurales y en el programa de educación continua, en el cual colaboran la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En Honduras se colaboró en los programas de cambio curricular de las diversas facultades que forman personal de salud. Bajo el convenio de asistencia téc-

CUADRO 37. CURSOS CORTOS, SEMINARIOS Y SIMPOSIOS SOBRE INGENIERIA SANITARIA REALIZADOS EN COOPERACION CON UNIVERSIDADES Y ORGANISMOS OFICIALES, 1974.

Lugar de adiestramiento	Fecha	Materia de estudio	Dura- cion (horas)	Participantes			Conferenciantes			Organismos patrocinadores o colaboradores	
				Nacio- nales	Interna- cionales	Total	Nacio- nales	CCP ^a	Personal OPS		Total
Argentina	2-21 dic.	Diseño y operación de plantas de tratamiento de aguas— Nuevas tendencias	140	30	1	31	7	1	2	10	3
	18-24 Nov.	Disposición final de basuras por rellenamiento sanitario	44	24	—	24	9	2	1	12	3
	28 dic.	Laboratorios de saneamiento	80	25	—	25	1	—	2	3	4
	9-16 dic.	Estudios sobre recolección y transporte de basuras urbanas	52	18	—	18	—	—	1	1	2
	4-23 nov.	Técnicas constructivas rurales	144	26	—	26	9	—	—	9	3
4-16 nov.	Aplicaciones del cálculo por computadoras en ingeniería sanitaria	88	17	—	17	4	—	1	5	4	
	Abastecimiento de agua (curso básico) (2 cursos)	60	12	4	16	3	—	—	3	3	
Barbados	Julio	Curso para operadores de bombas	40	16	2	18	4	—	—	4	3
Abril-junio	Supervisión de personal	24	10	—	10	3	—	—	3	3	
	Mayo-junio	Supervisión de personal	24	10	—	10	3	—	—	3	3
Belice	14-19 en.	Sistemas de disposición de aguas negras y excreta para casas e instituciones	34	35	—	35	1	2	—	3	3
	24-28 sept.	Administración de sistemas de recolección, manejo y disposición de residuos sólidos	30	75	—	75	3	2	1	6	3
Bolivia	5-8 nov.	Gerencia por objetivos	30	21	—	21	—	1	4	5	2
	27 mar.-5 abril	Contaminación de aguas	50	35	—	35	5	1	2	8	2
	5 nov. 1973-3 mayo 1974	X curso para técnicos de saneamiento	780	31	—	31	31	—	3	34	3
Brasil	13-24 mayo	Ingeniería económica y saneamiento básico	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	30 sept.-11 oct.	Abastecimiento de agua para pequeñas localidades	70	30	—	30	6	1	—	7	4
	14-25 oct.	Análisis de proyectos	80	35	—	35	2	1	1	4	4
1 oct. 1973-15 feb. 1974	Instalaciones domiciliarias de agua y alcantarillado	42	59	—	59	2	1	1	4	3	
	Curso de inspectores sanitarios	600	22	—	22	15	—	1	16	2	
	Operadores de piscinas	48	19	—	19	13	—	—	13	5	
25 mar.-5 abril	Desarrollo de recursos hídricos y contaminación del agua	82	15	6	21	3	1	2	6	5	
	Recuperación de lagos	17	25	—	25	1	2	—	3	5	
22 abril-10 mayo	Mecánica de suelos en rellenos sanitarios	45	24	—	24	1	3	—	4	5	
	Incineración domiciliar, municipal e industrial y su control	9	9	—	9	—	1	—	1	4	
18 nov.-6 dic.	Proyecto de redes de alcantarillado doméstico	90	5	—	5	5	—	—	5	3	
	Métodos de análisis y selección de alternativas en sistemas de manejo y administración de sistemas de servicios de eliminación de desechos sólidos urbanos	56	21	2	23	2	—	—	2	5	
11 nov.-6 dic.	Fundamentos teóricos y aplicados en limnología	103	7	—	7	—	4	—	4	4	
	Ventilación industrial	51	13	—	13	4	1	—	5	4	
25 nov.-6 dic.	Operadores de piscinas	48	34	—	34	12	—	—	12	5	
	Curso de inspectores sanitarios	600	22	—	22	15	—	1	16	2	
1 oct. 1973-15 feb. 1974	Control de partículas	60	28	—	28	—	1	—	1	3	
	Efectos de la contaminación del aire	30	28	—	28	—	1	—	1	3	
...	Meteorología y contaminación del aire	30	28	—	28	—	2	—	2	3	
	Residuos sólidos y limpieza urbana	120	22	—	22	13	1	—	14	3	
...	Análisis de sistemas en recursos de agua	35	25	—	25	—	—	3	3	3	
	Eutroficación	35	30	—	30	—	1	—	1	3	
...	Tratamiento de residuos industriales	35	47	—	47	—	4	—	4	3	
	Tratamiento biológico de desechos	35	42	—	42	—	1	—	1	3	
...	Curso para operadores de plantas de tratamiento de agua (5 cursos)	1,162	81	—	81	20	—	—	20	3	
	Curso para laboratoristas de plantas de tratamiento de agua	40	25	—	25	3	—	—	3	3	
...	Mantenimiento de acueductos y sistemas de distribución (2 cursos)	80	51	—	51	8	—	—	8	3	
	Construcción de acueductos, subacueductos y redes de distribución (2 cursos)	80	55	—	55	8	—	—	8	3	
...	Operación de plantas de bombeo (3 cursos)	168	88	—	88	15	—	—	15	3	
	Operación de filtros	60	12	—	12	8	—	—	8	3	
...	Técnicas y determinaciones en laboratorios de ETA	40	4	—	4	2	—	—	2	3	
	Instalación, mantenimiento y uso de cloradores (2 cursos)	72	26	—	26	8	—	—	8	3	
...	Curso para técnicos de laboratorio de aguas residuales	40	22	—	22	4	—	—	4	3	
	Operación de plantas de tratamiento de aguas residuales	120	6	—	6	3	—	—	3	3	
...	Mantenimiento de plantas de tratamiento de agua	63	13	—	13	4	—	—	4	3	
	Desinfección de agua potable	36	8	—	8	4	—	—	4	3	
...	Instalación y mantenimiento de medidores	32	18	—	18	4	—	—	4	3	
	Operación y mantenimiento de piscinas	40	6	—	6	4	—	—	4	3	
...	Lectura de medidores	16	18	—	18	4	—	—	4	3	
	Técnicas de análisis bacteriológico del agua	40	17	—	17	3	—	—	3	3	
...	Curso para auxiliar de operadores de plantas de tratamiento de agua	80	11	—	11	3	—	—	3	3	
	Operación de cloradores	40	10	—	10	4	—	—	4	3	

CUADRO 37. CURSOS CORTOS, SEMINARIOS Y SIMPOSIOS SOBRE INGENIERIA SANITARIA REALIZADOS EN COOPERACION CON UNIVERSIDADES Y ORGANISMOS OFICIALES, 1974 (cont.).

Lugar de adiestramiento	Fecha	Materia de estudio	Duración (horas)	Participantes			Conferenciantes			Organismos patrocinadores o colaboradores	
				Nacionales	Internacionales	Total	Nacionales	CCP a	Personal OPS		Total
Brasil (cont.)	...	Procesos convencionales y operaciones unitarias del tratamiento de aguas residuales.....	52	15	—	15	5	—	—	5	3
	...	Desinfección de agua potable (2 cursos).....	48	47	—	47	8	—	—	8	3
	...	Pruebas no destructivas en metales.....	32	22	—	22	4	—	—	4	3
	...	Fundamentos de informática para ejecutivos en saneamiento básico.....	20	17	—	17	3	—	—	3	3
	...	Lagunas de oxidación.....	32	31	—	31	4	—	—	4	3
	...	Cálculo de cargas y métodos de asentamiento de tubos rígidos en obras de saneamiento.....	24	34	—	34	4	—	—	4	3
	...	Bombas y sistemas de rebombeo (2 cursos).....	72	61	—	61	8	—	—	8	3
	...	Tratamiento de agua con alto índice de rendimiento (2 cursos).....	180	48	—	48	16	—	—	16	3
	...	Interpretación en análisis de desechos.....	16	17	—	17	4	—	—	4	3
	...	Seminario sobre sistemas de comunicación audiovisual.....	12	12	—	12	2	—	—	2	3
	...	Control de la contaminación del agua (2 cursos).....	48	46	—	46	8	—	—	8	3
	...	Técnicas modernas del proyecto de ETA.....	40	42	—	42	5	—	—	5	3
	...	Inspección de obras de abastecimiento de agua (2 cursos).....	80	41	—	41	8	—	—	8	3
	...	Proyecto de sistemas de distribución de agua.....	42	22	—	22	4	—	—	4	3
	...	Preparación de informes técnicos (2 cursos).....	16	69	—	69	10	—	—	10	3
	...	Ecología y contaminación del agua.....	40	34	—	34	5	—	—	5	3
	...	Instrumentación y control de plantas de tratamiento de agua.....	40	28	—	28	4	—	—	4	3
	...	Construcción de redes de alcantarillado.....	40	15	—	15	4	—	—	4	3
	...	Proyecto de drenaje urbano.....	40	28	—	28	5	—	—	5	3
	...	Proyecto de sistemas de alcantarillado sanitario.....	32	36	—	36	4	—	—	4	3
Colombia	1-13 julio	Evaluación técnico-económica de proyectos de acueductos y alcantarillado.....	40	24	—	24	16	—	—	16	4
	4-15 feb.	Tratamiento de aguas residuales, domésticas e industriales.....	80	25	—	25	3	—	3	6	4
	7-10 oct.	Seminario de alta gerencia.....	24	24	1	25	4	—	5	9	5
	10-12 oct.	Congreso ACODAL.....	22	85	—	85	12	—	2	14	3
	29 julio-21 sept.	XII curso internacional sobre administración y dirección de empresas de acueducto y alcantarillado.....	350	10	10	20	17	—	2	19	4
	27 oct.-14 dic.	Curso de aprovechamiento de aguas subterráneas.....	280	13	3	16	15	—	—	15	4
	15-19 julio	Desinfección de aguas.....	88	24	—	24	9	1	1	11	4
Cuba	2-13 dic.	Tratamiento, recolección y disposición de desechos sólidos.....	80	17	4	21	7	1	1	9	5
	18-29 mar.	Análisis técnico-económico de los distintos tratamientos de aguas servidas.....	54	14	—	14	4	1	1	6	4
	22-26 abr.	Ingeniería económica y financiamiento de proyectos.....	33	24	—	24	3	3	1	7	4
Costa Rica	21-25 oct.	Contabilidad y presupuesto gerencial.....	30	16	2	18	6	—	3	9	3
	28 oct.-1 nov.	Procesos para el tratamiento de aguas negras.....	12	24	—	24	4	—	1	5	3
Cuba	18-28 feb.	Seminario sobre el control de la contaminación del medio ambiente.....	35	129	—	129	15	1	5	21	5
	...	Seminario nacional sobre lagunas de estabilización.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	17 jun.-4 jul.	Química, hidrobiología e ingeniería sanitaria.....	70	15	2	17	8	1	2	11	4
	2-13 dic.	Inspección y construcción de obras sanitarias.....	48	22	—	22	17	—	1	18	3
	16-21 dic.	Administración de servicios de aseo urbano.....	40	36	—	36	4	1	1	6	3
Ecuador	21 mar.-19 abr.	Supervisión de obras de ingeniería sanitaria.....	160	52	—	52	16	—	2	18	4
	Nov.	Administración de sistemas de agua potable y alcantarillado.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	1 jul. 1974 a 28 feb. 1975	IV curso nacional de inspectores de saneamiento del medio ambiente.....	750	20	—	20	18	—	1	19	4
	9-14 sept.	Control y calidad de materiales de construcción y equipos para sistemas de agua potable y alcantarillado.....	160	25	—	25	13	—	1	14	4
El Salvador	30 en.-1 feb.	Seminario sobre uso y comportamiento de tuberías de diferentes materiales para agua potable.....	12	80	1	81	5	—	—	5	2
	22 abr.-sept.	Curso para inspectores de saneamiento.....	630	26	—	26	22	—	1	23	2
	11-15 nov.	Contaminación de corrientes y reuso del agua.....	15	30	—	30	—	—	1	1	3
Estados Unidos de América	25 ago.-22 sept.	Administración de desechos sólidos.....	120	—	17	17	3	4	3	10	3
	11-15 feb.	Métodos estocásticos en hidrología.....	30	36	—	36	4	—	—	4	2
Guatemala	7-30 en.	Conferencias sobre nuevos métodos de tratamiento de agua.....	14	18	—	18	2	—	1	3	3
	24 nov.-6 dic.	Estudios y diseños para proyectos de acueductos en pequeñas comunidades.....	70	53	—	53	5	—	2	7	4
Honduras	1 jul.-6 ago.	Programación y control de proyectos por los métodos CPM-PERT-GANTT (curso básico).....	35	17	—	17	3	—	1	4	3
	4 sept.-10 oct.	Programación y control de proyecto por los métodos CPM-PERT-GANTT (curso avanzado).....	32	10	—	10	—	1	—	1	3

CUADRO 37. CURSOS CORTOS, SEMINARIOS Y SIMPOSIOS SOBRE INGENIERIA SANITARIA REALIZADOS EN COOPERACION CON UNIVERSIDADES Y ORGANISMOS OFICIALES, 1974 (cont.).

Lugar de adiestramiento	Fecha	Materia de estudio	Duración (horas)	Participantes			Conferenciantes			Organismos patrocinadores o colaboradores	
				Nacionales	Internacionales	Total	Nacionales	CCP a	Personal OPS		Total
Honduras (cont.)	1 jul.-31 ago.	Inspectores de saneamiento	320	25	—	25	9	—	1	10	3
	24 feb.-17 mar.	Promoción comunitaria	210	32	—	32	8	—	1	9	3
	13 mayo-6 jun.	Promoción comunitaria	230	28	—	28	8	—	1	9	3
Jamaica	28 ene.-15 mar.	Curso sobre higiene ocupacional	185	22	1	23	5	1	1	7	3
	15-19 jul.	Calidad del medio ambiente	15	24	—	24	5	—	1	6	4
	18 nov.	Calidad del agua	318	28	—	28	12	—	—	12	4
	1-19 jul.	Curso para operadores de plantas de tratamiento de aguas negras	30	15	—	15	3	—	—	3	3
	22 jul.-9 ago.	Curso para operadores de plantas de tratamiento de aguas negras	30	15	—	15	3	—	—	3	3
	8 jul.-23 ago.	Curso para operadores de plantas de tratamiento de agua potable	205	21	—	21	8	2	—	10	4
México	11-22 feb.	Tratamiento primario de aguas residuales	78	32	—	32	12	1	3	16	4
	2-14 dic.	Tratamiento de aguas residuales industriales	78	33	—	33	6	3	3	12	4
	13-18 mayo	Seminario sobre ingeniería ambiental en situaciones de desastres naturales y emergencias	40	33	—	33	20	4	2	26	5
	feb.-dic.	Curso de posgrado en ingeniería sanitaria	...	38	4	42	10	—	1	11	3
	18-29 mar.	Administración y dirección de los sistemas de agua potable y alcantarillado	74	21	4	25	20	—	4	24	3
	4-15 nov.	Conceptos modernos sobre diseño y operación de plantas de tratamiento de agua	74	23	1	24	9	1	4	14	4
	15-27 abril	Técnicas de muestreo y análisis de aguas de desecho	80	20	—	20	15	—	—	15	3
	feb.-dic.	Curso de posgrado en ingeniería ambiental	...	8	—	8	9	—	—	9	3
	feb.-dic.	Curso de posgrado en ingeniería de salud pública	...	5	—	5	8	—	—	8	3
	25 feb.-2 mar.	Curso sobre desarrollo de recursos hídricos y control de la contaminación del agua	38	30	—	30	6	—	2	8	4
	11-29 oct.	Muestreo y análisis de contaminantes del agua	42	33	—	33	16	—	3	19	4
	en.-dic.	Análisis de aguas y aguas de desecho (5 cursos)	400	203	1	204	18	—	—	18	4
	en.-dic.	Técnicas de muestreo y análisis de campo (6 cursos)	144	112	3	115	17	—	—	17	4
	octubre	Operación de plantas de tratamiento primario de aguas residuales	80	45	—	45	18	—	—	18	3
	...	Enseñanza de la ingeniería sanitaria	120	40	—	40	20	—	1	21	3
	...	Técnicas de saneamiento y seguridad industrial	48	23	—	23	8	—	—	8	3
	29 jul.-2 ago.	Simposio sobre ambiente, salud y desarrollo en las Américas	40	150	41	191	8	12	12	32	3
16-19 ago.	Contaminación del aire y muestreo atmosférico	35	26	—	26	—	5	—	5	3	
19-23 ago.	Contaminación del aire y muestreo atmosférico	35	26	—	26	—	4	—	4	3	
15-26 jul.	Estudio de la calidad del agua	70	30	1	31	5	5	—	10	4	
11-22 nov.	Biología de los estuarios y ecología de la contaminación	70	26	—	26	3	3	—	6	4	
24-28 jul.	Técnicas de evaluación para los sistemas de residuos sólidos	35	28	—	28	8	—	—	8	2	
4-8 nov.	Técnicas de evaluación para los sistemas de residuos sólidos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
13-15 jun.	1ª reunión de juntas estatales de agua potable	18	75	—	75	4	—	2	6	2	
18-22 nov.	Aspectos técnicos, financieros y administrativos de los rellenos sanitarios	35	15	—	15	4	2	1	7	4	
Panamá	3-15 jun.	Procesos de clarificación de agua potable (curso de posgrado)	80	25	—	25	6	2	1	9	4
Paraguay	26 ago.-7 sept.	Mantenimiento de equipos de perforación	80	12	—	12	4	—	1	5	3
	15-20 abr.	Capacitación en servicio de inspectores de saneamiento	45	62	—	62	11	—	—	11	2
	21-25 oct.	Adiestramiento de personal de las juntas de saneamiento	35	12	—	12	8	—	—	8	2
	25-29 nov.	Administradores y operadores de sistemas de agua	37	14	—	14	7	—	—	7	2
Perú	11 nov.-21 dic.	Operación de plantas de tratamiento de agua (ter ciclo-técnicos con experiencia)	240	20	1	21	5	1	—	6	2
	14-18 oct.	Seminario sobre ingeniería en situaciones de catástrofes	35	50	—	50	11	1	4	16	4
	mayo	Seminario nacional sobre sistemas ecológicos, recursos naturales y medio ambiente	40	300	—	300	15	—	6	21	4
República Dominicana	11 nov.-7 dic.	Desarrollo de aguas subterráneas	143	14	—	14	15	1	1	17	5
Surinam	14-28 jul.	Plantas de tratamiento de aguas servidas	80	18	—	18	2	1	—	3	3
Uruguay	1 jul.-16 ago.	Formación de inspectores de saneamiento	180	39	—	39	16	—	2	18	3
	28 oct.-2 nov.	Primera reunión sobre contaminación del agua	30	30	1	31	12	—	1	13	4
	15 mayo-11 jun.	Prospección eléctrica	100	9	—	9	2	—	1	3	2
Venezuela	10-12 jun.	Recolección y disposición de desechos sólidos	20	24	—	24	3	1	—	4	3
	13-15 jun.	Recolección y disposición de desechos sólidos	20	16	—	16	3	1	—	4	3
	18-20 jun.	Recolección y disposición de desechos sólidos	20	41	—	41	3	1	—	4	3
Total		153 cursos, 9 seminarios y 1 simposio	14,708	4,941	113	5,054	1,061	101	128	1,290	499

—Ninguno.
 ... No se dispone de datos.
 a Consultores a corto plazo.

nica con el Hospital-Escuela de Tegucigalpa, se asesoró en el estudio de las áreas de morfología, patología, psiquiatría, medicina social, epidemiología y patología clínica.

En México se planificó y organizó el departamento audiovisual en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chihuahua, y se trabajó en la planificación y reforma educacional a nivel medio, en el desarrollo de programas de enseñanza en medicina preventiva y en la creación de nuevas escuelas.

En Nicaragua se participó en la recolección de antecedentes y estudios necesarios para estructurar el Campo Médico en la Facultad de Medicina de León.

Panamá recibió colaboración técnica en la organización del nuevo plan de estudios y en el programa de investigación científica en el área clínica-epidemiológica.

Se asesoró a la Facultad de Medicina de Asunción, Paraguay, en la elaboración del nuevo currículo, en la creación de unidades de enseñanza de las ciencias sociales aplicadas a la salud y en el diseño curricular en las cátedras clínicas y en la enseñanza de salud maternoinfantil.

En la República Dominicana se trabajó en la elaboración del plan de estudios y en el diseño curricular.

Se prestó asistencia técnica a Venezuela en la implantación del internado rotatorio y en reformas administrativas.



Apertura del Curso de Introducción a la Administración de Salud celebrado en Belém, Brasil, para participantes de la región amazónica.

En Brasil y Cuba se dictaron cursos sobre *salud mental* y psiquiatría básica para médicos generales, en los que se adiestraron 190 médicos, y se realizó la evaluación de dos de los cursos dictados en 1973.

El Centro de Estudios sobre Alcoholismo de San José, Costa Rica, que patrocina la OPS/OMS, adiestró a cinco profesionales (tres de Brasil y dos de la República Dominicana) en la organización de servicios de prevención y tratamiento del alcoholismo y rehabilitación.

En cuanto a *educación para la salud*, se participó en Ecuador en el estudio de un plan de formación de educadores del Instituto Politécnico Superior de Chimborazo. Se realizó el VI Curso de Adiestramiento en Servicio (cuatro meses) para 19 educadores en salud y 10 inspectores sanitarios.

Con el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales se participó en la preparación de un programa de formación de educadores a nivel de diploma, que se iniciará en 1975.

En el Estado de Santa Catarina, Brasil, se realizó un curso de actualización en aspectos básicos de salud (80 horas), para 68 profesores de la Primera Coordinaduría Regional de Educación. En el Estado de Goiás, la Secretaría de Educación y el Instituto de Patología Tropical de la Universidad Federal realizaron un curso para 30 profesores coordinadores de los programas de salud en las escuelas.

Adiestramiento en salud pública

En esta sección se considera la colaboración prestada en materia de salud pública a todas las entidades coordinadoras, productoras y distribuidoras de servicios de salud, con excepción de los cursos de posgrado. En 1974 esta colaboración fue amplia, e incluyó desde la organización de currículos y adjudicación de becas hasta la preparación de cursos y seminarios en materias específicas.

Como parte del programa de *adiestramiento en salud pública* para funcionarios en servicio, se dictó el primer curso básico en salud pública en Villarrica, Paraguay, con asistencia de 17 profesionales, que trató de los temas de estadística, epidemiología, administración, ciencias sociales y atención médica. También se colaboró en dos cursos realizados en Brasil sobre administración de sistemas de salud para funcionarios de los Ministerios de Salud de varios países de la Región, a los que asistieron 78 funcionarios.

En El Salvador se colaboró con la Universidad en la organización de un curso para la formación de auxiliares de educación en salud, que durará cuatro años.

En el campo de la *malaria* se intensificó la preparación del personal en Colombia, Costa Rica, Ecuador y la República Dominicana, para servir de apoyo a otros programas de salud, especialmente los de enfermedades prevenibles por vacunación y las transmitidas por insectos.

La Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo continuó el adiestramiento en entomología médica y vectores de malaria.

Continuó desarrollándose el curso internacional sobre malaria y saneamiento del medio de Venezuela.

En la Universidad Nacional de San Marcos, Perú, se colaboró en un curso internacional sobre genética de vectores.

Se proporcionaron becas para estudios sobre el diagnóstico serológico de la malaria en Costa Rica y Estados Unidos de América, y sobre inmunología de la malaria en este último país.

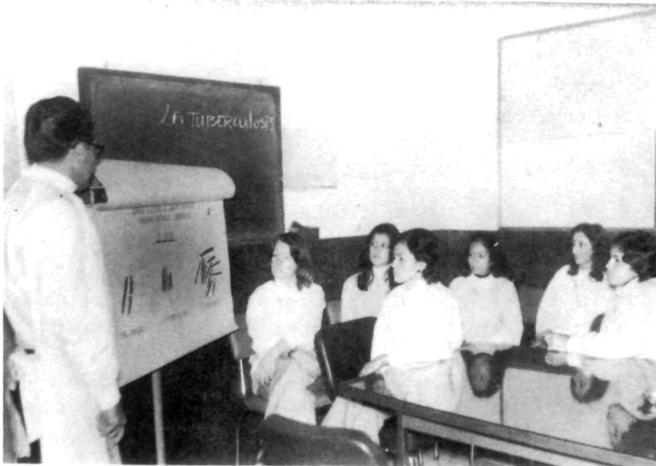
Se dio apoyo a varios cursos de capacitación de personal en erradicación de la malaria y control de vectores, en los que participaron 40 médicos, dos ingenieros, cuatro biólogos, siete auxiliares de entomología, un laboratorista y un estadístico. En un curso auspiciado por UNICEF, 19 inspectores reci-

bieron adiestramiento avanzado en actividades plurivalentes de salud.

Con la colaboración del Gobierno de Venezuela, se realizó el V Curso Regional de Epidemiología y Control de la *Tuberculosis*. El curso, de tres meses de duración, se realizó en Caracas (la parte teórica) y en los Estados San Cristóbal y Zulia (práctica sobre el terreno). Participaron en él 25 médicos (17 becarios de la Organización de 10 países y ocho venezolanos). Simultáneamente se dictó el VIII Curso Regional de Bacteriología de la *Tuberculosis*, cuyas actividades se coordinaron con las del curso para médicos, con participación de 17 laboratoristas (14 becarios procedentes de nueve países y tres venezolanos). Además de estos cursos, la Organización otorgó cuatro becas para el curso nacional de tuberculosis para enfermeras de Medellín, Colombia, y dos becas para el curso nacional de tuberculosis de Santiago, Chile.

La Superintendencia de Campañas de Salud Pública de Brasil realizó un curso de actualización sobre *enfermedades endémicas* (malaria, esquistosomiasis, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, fiebre amarilla, filariasis, tracomia y frambesía), en el que participaron 25 médicos.

En materia de *salud maternoinfantil y dinámica de la población*, revistió especial importancia la participación de la Organización en el XIV Congreso Inter-



El adiestramiento de personal es una actividad permanente del programa de control de la tuberculosis de Colombia. La fotografía fue tomada durante un curso auspiciado por el Servicio Seccional de Salud de Risaraldá, en la ciudad de Pereira.

nacional de Pediatría, celebrado en Buenos Aires, y la exposición científica de la propia OPS/OMS, ganadora de un premio, sobre salud maternoinfantil en América Latina.

En Santiago, Chile, tuvo lugar el XII Curso Latinoamericano de Enseñanza de la Pediatría Social, en el que participaron 15 profesionales. En este campo se ha realizado una considerable labor en Centro América y Panamá mediante un proyecto cooperativo OPS/OMS/UNICEF para la ejecución de un programa de educación continua en pediatría social, que organizó nueve seminarios durante el año para médicos y enfermeras que trabajan en las zonas rurales de esos países. Hasta la fecha se han adiestrado en este programa unos 200 profesionales. Su propósito principal consiste en crear una estructura nacional de educación que permita aunar los recursos de las universidades y de los Ministerios de Salud para dar permanencia al proceso educativo y extenderlo a personal auxiliar y voluntario.

Como en años anteriores, la Organización colaboró en las actividades educativas del Centro Internacional de la Infancia en Francia y del Instituto Interamericano del Niño en Uruguay. Durante el año se ofreció a 28 profesionales un curso de salud familiar en Panamá.

En cuanto a la extensión de la cobertura de los servicios en el área rural mediante la utilización de *personal auxiliar*, se colaboró en los países del Caribe



Seminario Latinoamericano Interdisciplinario sobre Salud Familiar, llevado a cabo en la ciudad de Panamá, y patrocinado por el Gobierno de Panamá, con la colaboración del Centro Internacional de la Infancia, el Instituto Interamericano del Niño y la OPS/OMS.

en la planificación de programas y organización de currículos para la formación de personal técnico y auxiliar.

En Perú continuó con éxito el adiestramiento de personal de salud, que contempla la formación de 900 auxiliares.

De las actividades de adiestramiento de los Centros Panamericanos de *Fiebre Aftosa* y de *Zoonosis* se da cuenta en el Capítulo I-A, y de las del Programa Panamericano de *Planificación de la Salud*, en el Capítulo IV.

Educación en nutrición y dietética

La Organización siguió prestando asistencia a los países de la Región para mejorar los programas de adiestramiento en nutrición y dietética a nivel de posgrado, profesional, técnico y auxiliar, y también como parte de los programas de educación continua y adiestramiento durante el servicio. La colaboración consistió en asesoría técnica, cursos y seminarios, becas y ayuda financiera para la celebración de reuniones de trabajo.

A nivel de posgrado, se cooperó en la preparación de profesores e investigadores en nutrición mediante el apoyo técnico o económico de los programas exis-



Un grupo de parteras empíricas recibe adiestramiento en un hospital de Perú.

tentes, como el de maestría en nutrición en Puerto Rico y el de mejoramiento de los métodos de enseñanza de instructores de nutrición en Chile. La Organización adjudicó becas a médicos y a nutriólogos-dietistas para cursar estudios superiores de nutrición.

A nivel profesional, la OPS/OMS continuó prestando asistencia especial a las escuelas de nutrición y dietética. En la actualidad hay 30 escuelas de esta clase en 12 países. Todas ellas tratan de aplicar las recomendaciones de la Conferencia sobre Adiestramiento de Nutricionistas-Dietistas (Caracas, 1966), que luego fueron confirmadas en la conferencia sobre el mismo tema celebrada en São Paulo en 1973 y en la Primera Reunión de la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina (1973). Con el fin de activar la misión que la Conferencia de São Paulo encomendó a la Comisión de Estudios, la Organización sirvió de institución huésped de su Segunda Reunión en Washington, D.C., en 1974, en la que se concedió especial atención al análisis y establecimiento de normas para la práctica bajo supervisión, capacitación de personal auxiliar, educación continua, y local y servicios de biblioteca necesarios para el debido adiestramiento de nutricionistas-dietistas. Las escuelas de Argentina y Ecuador recibieron asistencia técnica especial.

Como parte de los esfuerzos en apoyo de la educación continua, se organizó un curso (dos semanas) para nutricionistas-dietistas en Bolivia sobre administración de servicios alimentarios y dietética hospitalaria.

La adjudicación de becas a instructores de escuelas de medicina y enfermería fortaleció la enseñanza de la nutrición en estas instituciones.

A nivel técnico la Organización prestó asistencia para la planificación de un curso (dos años) para técnicos dietéticos de Barbados.

En el adiestramiento a nivel intermedio o auxiliar la colaboración de la OPS/OMS se concentró en dos aspectos: servicios alimentarios en instituciones y nutrición de la comunidad. Sobre el primer tema se celebraron cursos en Barbados, Ecuador, Perú y Trinidad y Tabago (111 participantes) y sobre el segundo, en Haití y Jamaica (44).

La Organización colaboró también en varios proyectos de adiestramiento durante el servicio de personal de servicios de salud y alimentarios en varios países. En el Capítulo II-B se informa sobre las actividades de formación de personal en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.



En un centro de salud de Guatemala futuras madres reciben instrucciones sobre la forma adecuada de alimentar a sus niños.

Educación en medicina veterinaria

Se lograron importantes progresos en materia de educación en medicina veterinaria a nivel profesional y auxiliar.

La Organización colaboró con la Asociación de Profesores de Salud Pública Veterinaria y Medicina Preventiva de los Estados Unidos de América y Canadá en un seminario celebrado en la Universidad de Missouri, en el que se preparó el primer plan de enseñanza basado en la competencia, en el campo de la veterinaria de salud pública y medicina preventiva. El plan servirá de modelo para la enseñanza de otras disciplinas de la profesión.

Se estableció el Programa Regional para la Capacitación y Adiestramiento de Asistentes de Salud Animal del Caribe, cuyo centro está situado en Georgetown, Guyana. Este programa tuvo su origen de la Conferencia Intercaribe sobre Educación y Adiestramiento de Asistentes de Salud Animal, celebrada en Kingston, Jamaica, en febrero.

La OPS/OMS, en cooperación con la Asociación Mexicana de Escuelas de Medicina Veterinaria, prestó asistencia para la planificación y ejecución de un seminario sobre diseño de planes de enseñanza, que tuvo lugar en Mérida en septiembre.



La Organización colabora con las escuelas de medicina veterinaria de la Región en sus programas de capacitación y adiestramiento para el control de las zoonosis.

La VII Reunión de Directores de Escuelas de Medicina Veterinaria del Brasil se celebró en Belo Horizonte, Brasil, y contó con la colaboración de personal de la Sede y de las Oficinas de Zona de la OPS/OMS, funcionarios del Banco Interamericano de Desarrollo y representantes de varias instituciones financieras del Gobierno de Brasil. La reunión tuvo por objeto informar a los directores acerca de las fuentes externas de fondos y los procedimientos para preparar las solicitudes de préstamos y subvenciones. Brasil es el país de América Latina que cuenta con más escuelas y facultades de medicina veterinaria.

Se estaban analizando los resultados de una encuesta sobre la enseñanza de la fisiología en 35 escuelas de medicina veterinaria de 12 países para que sirvan de base a las deliberaciones de un Grupo Asesor de Estudio sobre este tema que se reunirá en 1975.

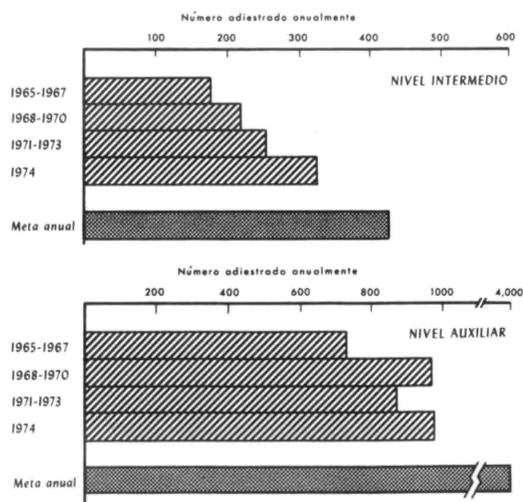
Educación en estadísticas de salud

El Plan Decenal de Salud para las Américas hace hincapié en la necesidad de formar estadísticos, personal de registros médicos y personal que presta servicios en ciencia de la computadora de tres niveles—profesional, intermedio y auxiliar.

A nivel profesional, Cuba contaba con un programa en el que se inscribieron 10 estudiantes en un plan de residencia de tres años. Además, un becario de México y otro de Chile estudiaron bioestadística en

escuelas de salud pública de los Estados Unidos de América (en la Universidad de Columbia y en la de Carolina del Norte, respectivamente). Ambos se preparaban para desempeñar puestos docentes en las escuelas de salud pública de sus respectivos países. En Argentina, la fase final del curso de tres años para obtener un título en sistemas de información, ofrecido en la Universidad de Buenos Aires, quedó aplazada hasta 1975.

FIG. 27. Adiestramiento en estadísticas de salud.



CUADRO 38. ESTUDIANTES ADIESTRADOS EN ESTADÍSTICAS DE SALUD Y REGISTROS MÉDICOS A NIVEL INTERMEDIO, POR PAÍS, 1974.

País de origen	Total	Lugar del curso							
		Argentina	Brasil	Colombia	Costa Rica	Cuba	México	Perú	Venezuela
Argentina	32	32							
Brasil	20		18					2	
Colombia	25			25					
Costa Rica	14				14				
Cuba	142					142			
Ecuador	1							1	
El Salvador	2				2				
Guatemala	2				2				
Honduras	2				2				
México	37				3		34		
Panamá	5			1	2			2	
Paraguay	2				1			1	
Perú	16							16	
Venezuela	25								25
Total	325	32	18	26	26	142	34	22	25

Los ocho cursos ordinarios de nivel intermedio en estadísticas de salud o registros médicos se desarrollaron en la forma prevista, con la asistencia de unos 250 alumnos. Además, se iniciaron dos cursos nuevos de registros médicos: uno en el Colegio de Artes, Ciencia y Tecnología de Kingston, Jamaica, en el que se matricularon 18 alumnos de distintos lugares del Caribe, y el otro en Florianópolis, Brasil, para estudiantes del sudeste del país. Se adjudicaron dos becas a personal de registros médicos de Belice y Jamaica para que cursaran estudios en los Estados Unidos de América. Un técnico en registros médicos de Surinam terminó un curso de un año en los Estados Unidos de América

y obtuvo el certificado de la Asociación Americana de Registros Médicos.

Se recibieron informes de 12 países sobre la capacitación de personal auxiliar. Los matriculados a los cursos, que duraron de una semana a tres meses, ascendieron a unos 800.

Muchos de los consultores en estadística asignados a las Oficinas de Zona de la OPS/OMS o los países ofrecieron cursos de estadísticas a otro personal de salud que recibía adiestramiento a nivel profesional y auxiliar en escuelas de salud pública o en los Ministerios de Salud. En Brasil un consultor a corto plazo se hizo cargo de dos cursos de bioestadística en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Uno de los cursos era elemental y en él participaron de 20 a 25 personas de varias escuelas de la Universidad, y el segundo, de enseñanza superior, trataba de técnicas de tablas actuariales, diseño de experimentos, técnicas no paramétricas, etc., y estaba dirigido a un grupo de estudiantes que habían seguido ya otros cursos. El propio consultor visitó la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia, donde evaluó la enseñanza de las estadísticas y ofreció una serie de conferencias sobre varios temas, particularmente métodos estadísticos apropiados para estudios epidemiológicos. También se hicieron consultas sobre problemas estadísticos, como muestreo, estudios de correlación y planes de enseñanza de la estadística.

CUADRO 39. ESTUDIANTES ADIESTRADOS EN ESTADÍSTICAS DE SALUD O REGISTROS MÉDICOS A NIVEL DE AUXILIARES, POR PAÍS, 1974.

País	Duración del curso	Número de cursos	Número adiestrado
Bolivia	2 meses	2	37
	1 semana	1	42
Brasil	6 semanas	1	7
Colombia	2-3 meses	4	111
Cuba	9 meses	...	265
Ecuador	1 semana	33	150
Honduras	5 semanas	1	22
México	6 semanas	2	40
Panamá	4 semanas	1	16
Paraguay	4 semanas	2	...
Uruguay	8 semanas	1	19
Venezuela	3 meses	9	270
Total		57	979

... Se ofrecieron cursos pero no se dispone de datos.

Becas

El programa de becas de la Organización continuó respondiendo a las necesidades de adiestramiento de los Países Miembros mediante la adjudicación de becas a corto y largo plazo y cursos de grupos organizados. Las becas concedidas a individuos en las Américas ascendieron a 1,248 (cuadro 40), y 249 becarios de las cinco Regiones de la OMS estudiaron o hicieron visitas de observación en países del Hemisferio (cuadro 41). Durante el año la Organización se encargó de la supervisión administrativa de 2,212 becarios, varios de los cuales habían obtenido la beca en años anteriores y continuaban sus estudios.

A pesar de las restricciones presupuestarias, se atendieron satisfactoriamente casi todas las necesidades de adiestramiento: se aprobó el 51% de las solicitudes examinadas correspondientes a la Región de las Américas, lo que representa un aumento de 5% sobre 1973.

Por clase de adiestramiento, el mayor número de becas se destinaron a visitas de observación (43.5%), cifra que representa un aumento de 45% con respecto al año anterior. Siguen a esta categoría, con un 31.5%, las subvenciones para participar en cursos en los que coopera la OPS/OMS, que constituía el 40% de todas las becas el año anterior. Las dedicadas a estudios académicos representaban el 25% del total. Se comprometieron fondos para 5,264 meses de becas que cubrirían las 1,248 concedidas.

CUADRO 40. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS DE ORIGEN Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO, 1974.

País de origen de los becarios	Clase de adiestramiento			Total
	Cursos organizados por la OPS/OMS o con su colaboración	Becas a largo plazo	Becas a corto plazo	
Argentina.....	22	17(5)	33(6)	72
Bahamas.....	—	—	1	1
Barbados.....	14	8	5	27
Belice.....	1	3	—	4
Bolivia.....	11	5	26(1)	42
Brasil.....	28	36(2)	45(20)	109
Canadá.....	—	2	8	10
Colombia.....	33	10	39(6)	82
Costa Rica.....	9	13	8	30
Cuba.....	10	19	25(2)	54
Chile.....	41	13(2)	40(6)	94
Ecuador.....	14	16(11)	25(2)	55
El Salvador.....	14	14	2	30
Estados Unidos de América.....	—	1	42	43
Guatemala.....	29	20	13(1)	62
Guyana.....	6	3(1)	5	14
Haití.....	2	9(2)	3	14
Honduras.....	8	7	8	23
Jamaica.....	2	5	—	7
México.....	28	11(1)	71(1)	110
Nicaragua.....	7	15	2	24
Panamá.....	13	14	13	40
Paraguay.....	8	4(1)	11(3)	23
Perú.....	17	6(2)	10(4)	33
República Dominicana.....	12	7(2)	19	38
Surinam y Antillas Neerlandesas.....	1	2	7(1)	10
Trinidad y Tabago.....	—	5	5	10
Uruguay.....	11	11(3)	17(6)	39
Venezuela.....	30	20	24(1)	74
Territorios Británicos.....	21	14	35(2)	70
Territorios Franceses.....	2	—	2	4
Total.....	394	310(32)	544(62)	1,248

—Ninguno.

() Las cifras entre paréntesis indican programas de estudio organizados por la OPS/OMS o con su colaboración.

El análisis de las becas en la Región de las Américas, aunque está sujeto a la inevitable superposición de materias de estudio inherente al sistema de clasificación, indica una concentración continua en el campo de la administración de salud pública. Con una diferencia considerable, la mayor proporción corresponde a esta materia de estudio (23%), seguida de otros servicios de salud, con un 19%, y las enfermedades transmisibles, con un 18% (cuadro 42).

La distribución de las becas por profesión del beneficiario es muy parecida a la correspondiente a las materias de estudio: 27% se adjudicaron a médicos, 13% a ingenieros e inspectores sanitarios, 14% a enfermeras y el 46% restante a individuos de otras profesiones, incluyendo profesores de escuelas de medicina y salud pública (cuadro 43).

Como de costumbre, se trató de que los becarios estudiaran en países de idioma, ambiente y condiciones de salud semejantes a las de su lugar de procedencia. Por consiguiente, el 63% de las actividades educativas (estudios académicos, visitas de observación y cursos de

grupos) se desarrollaron en América Latina, el 19% en los Estados Unidos de América y Canadá, el 11% en países de habla inglesa del Caribe y el 7% en otras Regiones de la OMS (cuadro 45). La mayoría (más del 96%) de los 280 becarios de otras Regiones que vinieron a este Hemisferio cursaron estudios en los Estados Unidos de América y Canadá, aunque algunos se trasladaron a Brasil, Colombia, El Salvador, México y Venezuela.

A los efectos de obtener una base para la programación de las becas en el futuro, se hizo un análisis de las actividades del programa y el movimiento de solicitudes de becas durante 1974. Los resultados indicaron que se recibieron 2,490 solicitudes de becas de las Américas, 1,248 de las cuales fueron concedidas, 532 se denegaron y 710 se dejaron para la decisión apropiada en 1975. Las solicitudes de aspirantes de otras Regiones ascendieron a 547, de las cuales se seleccionaron 249, se denegaron 69 y 229 quedaron pendientes de decisión para 1975. Además, se gestionaron programas de estudios para funcionarios de la OPS/OMS

CUADRO 41. BECARIOS DE OTRAS REGIONES QUE COMENZARON ESTUDIOS EN LAS AMERICAS, POR MATERIA DE ESTUDIO, CLASE DE ADIESTRAMIENTO Y REGION DE ORIGEN, 1974.

Materia de estudio y clase de adiestramiento	Región de origen y número de becarios					Total
	Africa	Asia Sud-oriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	
Administración de salud pública						
Becas a largo plazo	1	5	—	4	5	15
Becas a corto plazo	—	2	1	3	5	11
Saneamiento						
Becas a largo plazo	1	6	6	6	2	21
Becas a corto plazo	1	6	8	—	8	23
Enfermería						
Becas a largo plazo	—	7	—	3	5	15
Becas a corto plazo	—	3	3	—	2	8
Salud maternoinfantil						
Becas a largo plazo	—	1	—	2	3	6
Becas a corto plazo	—	1	—	—	—	1
Otros servicios de salud						
Becas a largo plazo	3	22	2	1	6	34
Becas a corto plazo	—	3	6	9	4	22
Enfermedades transmisibles						
Becas a largo plazo	2	1	1	—	2	6
Becas a corto plazo	—	3	1	2	6	12
Medicina clínica						
Becas a largo plazo	2	2	—	—	1	5
Becas a corto plazo	—	5	2	4	3	14
Educación médica y ciencias afines						
Becas a largo plazo	5	17	3	9	4	38
Becas a corto plazo	1	6	3	5	3	18
Total	16	90	36	48	59	249

—Ninguna.

CUADRO 42. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMERICAS, POR MATERIA DE ESTUDIO Y PAIS DE ORIGEN DE LOS BECARIOS, 1974.

Materia de estudio	País de origen de los becarios																				Total												
	Argentina	Bahamas	Barbados	Belice	Bolivia	Brazil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América	Guatemala	Guyana	Haiti	Honduras	Jamaica	México		Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Surinam y Antillas Neerlandesas	Terribonos	Turkey	Trinidad y Tabago	Uruguay	Venezuela	
Organización de salud pública																																	
Administración de salud pública . . .	2	—	—	1	5	6	2	18	7	16	5	3	3	—	7	1	3	3	—	4	6	3	3	1	5	1	—	—	—	2	5	112	
Administración médica y hospitalaria	7	—	—	—	2	1	1	1	1	2	2	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	1	5	—	30	
Otras submaterias de administración pública	13	—	1	—	3	16	1	15	3	6	13	2	3	6	5	2	1	3	1	10	2	3	1	8	3	—	4	2	1	5	9	142	
Saneamiento del medio																																	
Inspección sanitaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Ingeniería sanitaria	—	—	—	1	3	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	3	21
Otras materias especializadas	5	1	1	1	—	12	—	9	3	—	3	9	—	2	1	1	1	5	1	14	2	4	1	7	5	—	22	—	1	1	3	115	
Enfermería																																	
Enseñanza de enfermería	1	—	2	—	7	3	2	3	1	3	6	7	6	5	3	—	—	2	—	1	2	2	—	3	—	—	—	—	2	—	6	67	
Enfermería de salud pública	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	
Servicios de enfermería	1	—	2	—	2	5	—	—	—	—	8	—	—	1	2	—	—	—	—	1	—	1	—	1	3	—	8	—	—	3	2	40	
Otras	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Salud materno-infantil																																	
Otros servicios de salud	10	—	—	—	11	1	—	1	1	5	20	1	1	2	7	—	—	2	—	8	1	5	4	2	4	—	11	—	—	9	3	109	
Salud mental	2	—	5	1	1	3	—	4	5	3	2	2	12	1	18	3	1	6	2	14	7	10	1	1	3	—	2	—	4	—	1	114	
Educación para la salud	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	
Salud ocupacional	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Nutrición	—	—	15	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	2	33
Estadísticas de salud	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Cuidados dentales	1	—	—	—	3	—	1	1	—	1	4	—	—	—	3	1	—	—	—	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	25
Rehabilitación	1	—	—	—	2	—	4	—	—	—	10	—	—	—	5	—	—	—	—	5	—	1	—	—	1	—	—	—	—	3	3	35	
Control de preparaciones farmacéuticas																					1												
Enfermedades transmisibles																																	
Malaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Tuberculosis	2	—	—	—	1	5	—	2	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	19
Zoonosis	2	—	—	—	2	—	1	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	3	1	—	—	—	—	19
Fiebre aftosa	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Lepra	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	6
Otras enfermedades transmisibles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Servicios de laboratorio	6	—	—	—	15	—	7	—	2	3	6	—	—	2	—	3	1	—	5	—	—	4	2	1	4	6	—	1	6	11	85		
Veterinaria de salud pública	5	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	14
Otras	4	1	—	1	11	4	—	9	4	4	—	—	—	2	—	1	—	6	—	3	4	2	1	3	1	1	—	—	1	6	69		
Educación médica y ciencias afines																					131												
Medicina clínica	7	—	—	—	6	13	4	5	3	3	10	6	—	21	6	—	—	—	—	25	—	2	1	2	4	—	—	—	—	—	1	12	
Total	72	1	27	4	42	109	10	82	30	54	94	55	30	43	62	14	14	23	7	110	24	40	23	33	38	10	70	4	10	39	74	1,248	

—Ninguna.

de las Américas, de otras Regiones de la OMS y la Sede de Ginebra.

El costo de las 1,248 becas se elevó a \$3,084,000, lo que representa un aumento de 6.8% de los fondos en 1973 para cubrir el 5% adicional de becas concedidas (cuadro 44). La pequeña diferencia se debió principalmente al mayor costo de los estipendios, viajes y matrícula.

Además de la planificación a largo plazo de las

becas como parte de los programas y proyectos de los países, se terminaron las gestiones preliminares para establecer un sistema de evaluación continua del programa de becas.

Se intensificaron las actividades técnicas y administrativas del programa con el fin de establecer un banco de datos sobre los recursos de enseñanza y adiestramiento que contribuya a seleccionar debidamente los lugares de estudio.

CUADRO 43. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMERICAS A PROFESORES DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA, DE MEDICINA Y CIENCIAS AFINES, POR MATERIA DE ESTUDIO Y PAIS DE ORIGEN, 1974.

Materia de estudio	Pais de origen de los becarios														Total			
	Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	Estados Unidos de América	Guatemala	México	Panamá	Paraguay		Perú	República Dominicana	Uruguay
Organización de la enseñanza de salud pública																		
Administración de atención médica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Administración de hospitales	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Protección ambiental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Servicios de salud	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Nutrición de salud pública	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Estadísticas de salud	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enseñanza de salud pública	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Medicina preventiva	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Sociología médica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Planificación de salud pública	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Salud maternoinfantil	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Rehabilitación	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pediatría	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Psiquiatría	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfermedades transmisibles	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Microbiología	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salud mental	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Organización de la enseñanza de la medicina																		
Parasitología	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Medicina tropical	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Diabetes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Hematología	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfermedades cardiovasculares	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Fisiología	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Enfermedad renal	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Radiología	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Antropología médica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bioquímica	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Patología	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Farmacología	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enseñanza de educación médica	1	2	—	—	—	1	3	—	3	2	—	10	—	—	—	2	—	—
Anestesiología	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Organización de la enseñanza odontológica	—	3	7	—	2	2	—	1	3	1	2	3	1	—	—	1	1	4
Organización de la enseñanza de medicina veterinaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	—	—	—	2	—	—
Organización de la enseñanza de ingeniería sanitaria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Organización de la enseñanza de la nutrición	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Total	7	6	11	4	5	3	3	9	6	21	6	22	2	1	2	4	1	11

—Ninguna.

CUADRO 44. EGRESOS PARA BECAS EN LAS AMERICAS, POR FUENTE DE LOS FONDOS, 1973 Y 1974. (En dólares E. U. A.)^a

Fuente de los fondos	1973	1974
Organización Panamericana de la Salud		
Presupuesto ordinario	929,838	696,569
Otros fondos	203,978	122,932
Organización Mundial de la Salud		
Presupuesto ordinario	1,483,505	1,594,794
Otros fondos	1,250	1,290
Asistencia Técnica		
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	268,414	452,995
Otros fondos	—	215,420
Total de la OPS/OMS	2,886,985^b	3,084,000

^aLas cifras representan cantidades presupuestadas cada año.

^bEsta cantidad incluye \$107,445 utilizados para extensión de becas otorgadas en años anteriores.

CUADRO 45. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMERICAS, POR PAIS DE ORIGEN Y POR PAIS O REGION DE ESTUDIO, 1974.

Pais de origen	Pais de estudio en la Región de las Américas																							Otras Regiones de estudio														
	Argentina	Barbados	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América/Puerto Rico	Guatemala	Honduras	Jamaica	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Surinam y Antillas Neerlandesas	Trinidad y Tobago	Uruguay	Venezuela	Territorios británicos	Territorios franceses	Africa	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental						
Argentina	12	—	—	17	2	8	1	1	7	—	—	15	2	—	—	13	—	1	1	4	—	—	—	—	6	13	—	—	—	—	—	—	—					
Bahamas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Barbados	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Bolivia	—	—	7	5	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Brasil	4	—	—	32	3	9	1	—	4	—	—	30	2	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
Canadá	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Colombia	5	—	—	31	—	2	—	1	6	1	—	18	1	—	—	9	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Costa Rica	—	—	—	2	1	3	—	1	4	—	—	6	5	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Cuba	4	—	—	1	2	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Chile	16	—	—	19	—	26	6	—	—	—	—	20	6	—	—	12	—	9	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Ecuador	3	—	—	18	—	21	5	—	1	—	—	3	6	—	—	10	—	1	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
El Salvador	1	—	—	4	—	1	2	—	3	—	—	1	11	—	—	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Estados Unidos de América	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	8	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Guatemala	4	—	—	5	—	8	4	—	6	1	1	8	16	1	1	4	1	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Guyana	—	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	6	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Haití	2	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	1	3	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Honduras	—	—	—	1	—	5	5	2	1	—	—	1	5	—	—	2	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Jamaica	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
México	11	—	—	23	4	25	7	3	1	11	—	40	1	—	—	3	—	2	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Nicaragua	—	—	—	2	1	1	5	—	1	—	—	—	7	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Panamá	2	—	—	5	—	4	3	—	9	1	—	7	10	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Paraguay	5	—	—	7	—	2	2	—	4	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Perú	4	—	—	8	—	5	1	—	2	—	—	4	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
República Dominicana	6	—	—	4	1	8	3	—	2	3	—	3	2	—	—	11	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Surinam y Antillas Neerlandesas	1	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Trinidad y Tobago	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Uruguay	7	—	—	8	2	4	—	—	4	—	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Venezuela	6	—	—	8	1	8	—	—	4	—	—	24	2	—	—	10	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Territorios británicos	1	17	—	—	3	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Territorios franceses	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	95	36	7	207	25	178	46	8	61	24	1	234	83	1	28	136	2	45	6	59	1	8	21	31	113	7	2	9	4	97	10	13	—	—	—			

—Ninguna.

Noticias

DIA MUNDIAL DE LA SALUD

El tema del Día Mundial de la Salud—7 de abril—para 1976 fue “La previsión evita la ceguera”, reflejando la preocupación mundial por este grave problema. En su mensaje en esa ocasión, el Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, destacó: “Actualmente existen en el mundo no menos de 10 millones de ciegos a los cuales se agregan otros millones de individuos que sufren trastornos tan graves de la visión que pueden ser considerados como ciegos para los fines de educación, trabajo y asistencia social. Esa cifra aumenta cada día y si no se adoptan las medidas oportunas, se prevé que habrá de duplicarse en los próximos 25 años . . . Se calcula que las dos terceras partes de los casos de ceguera del mundo en desarrollo son evitables o curables . . . La adopción de medidas sencillas tendría efecto inmediato sobre el problema en cualquier parte del mundo; pero es necesario instruir sobre el particular al personal de salud y a los padres de familia. Entre esas medidas cabe citar las siguientes: a) detección y tratamiento precoces de los trastornos oculares, particularmente en los niños, lo que exige persuadir al personal de salud y a los padres de familia acerca de la importancia que tiene un examen médico sencillo y regular; b) distribución de anteojos protectores entre ciertos trabajadores, haciéndoles notar la importancia de su uso; reglamentación del empleo de herramientas peligrosas en la industria, y normas de seguridad más estrictas para los juguetes . . . Muchos Gobiernos ya han emprendido campañas intensas de prevención de la ceguera; confiamos en que muchos otros seguirán el ejemplo y posiblemente concederán todavía mayor prioridad a esas campañas. La pérdida de la vista no es solo una tragedia personal para el individuo sino que representa, en términos estrictamente financieros, una pérdida considerable para su país. En medicina, la prevención de la ceguera es un campo de actividad relativamente sencillo y podemos decir que, cuanto mayores sean los fondos a la asistencia práctica que recibimos al efecto, más positiva será la labor que se podrá desarrollar en el mundo. El estado de alerta, la preparación y la previsión nos permitirán lograr que en todos los rincones del mundo el lema de nuestro Día Mundial de la Salud adquiera un significado real: La previsión *puede* evitar la ceguera”.

REUNION SOBRE CONTROL DE LA AFTOSA Y OTRAS ZONOSIS

Con gran éxito se celebró en Caracas, del 5 al 8 de abril del corriente año, la IX Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la

Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. Asistieron representantes de 30 Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes así como altos funcionarios de la Organización; la Reunión significó un nuevo esfuerzo de los países y de la OPS para dar impulso a los programas de salud animal y control de las enfermedades de los animales.

En la sesión inaugural hicieron uso de la palabra el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y el Dr. Carmelo Contreras, Ministro de Agricultura y Cría de Venezuela, quien actuó como Presidente de la Reunión. Los Ministros de Agricultura de Costa Rica y de Bahamas, Dres. Hernán Garrón y Dr. Anthony Roberts, actuaron como Vicepresidentes, y el Dr. Eduardo Rivera C., Director General de Sanidad Animal, Secretaría de Agricultura y Ganadería de México, lo hizo como Relator.

Estas reuniones que se vienen celebrando anualmente desde 1968 en diferentes países de las Américas, se han convertido en un verdadero foro para los expertos en veterinaria del Continente, donde se analizan los problemas comunes relativos a las zoonosis, se formulan recomendaciones para estos programas y se trazan los lineamientos para la acción futura.

En esta ocasión, los temas de la Reunión fueron cuatro: producción, control y disponibilidad de productos biológicos veterinarios en las Américas; sistemas cuarentenarios para el control de la fiebre aftosa; función de las especies silvestres en la transmisión de enfermedades zoonóticas, e infertilidad del ganado bovino y su relación con el desarrollo ganadero y la producción de alimentos. Un total de 16 documentos de trabajo fueron presentados a la consideración de los participantes por distinguidos técnicos en cada uno de los temas. Después de la presentación de cada tema, los representantes de los Gobiernos formularon preguntas y sometieron información sobre las respectivas experiencias en el tema correspondiente.

Como es ya tradicional, durante la Reunión se discutieron y aprobaron los programas y presupuestos de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis, organismos a través de los cuales la Organización proporciona a los países asistencia técnica, a la vez que ofrece adiestramiento y realiza investigaciones en los respectivos campos de especialización.

Como una innovación de esta Reunión, los asesores en medicina veterinaria en cada una de las Zonas de la Organización, sometieron informes de los adelantos alcanzados durante el último año en materia de salud animal en función de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, en los países comprendidos en la respectiva Zona.

Dieciocho resoluciones¹ se aprobaron en el transcurso de las siete sesiones plenarias de la Reunión. A continuación se resumen sus aspectos más importantes.

Siete resoluciones mereció el problema de la *fiebre aftosa*, lo que refleja la importancia que se le otorga en el Continente a esta enfermedad que tantas

¹ El informe final y los documentos de trabajo de la Reunión aparecerán posteriormente en la serie de Publicaciones Científicas de la OPS.

repercusiones tiene para la economía pecuaria de los países. Las áreas exentas de la enfermedad recibieron particular atención, recomendándose a los países que permanecen libres de esta que mantengan la vigilancia epidemiológica necesaria para defender la situación, y a los países afectados, que intensifiquen sus esfuerzos para liberarse del problema. Se recomendó a la OPS que continúe dando la máxima prioridad a las investigaciones que, en Brasil, y a través del Centro de Aftosa, realiza sobre la vacuna antiaftosa de coadyuvante oleoso, teniendo en cuenta que esa vacuna representa una perspectiva muy promisoría para la lucha contra la enfermedad. Se recomendó la celebración de una reunión de alto nivel en el Hemisferio en relación con las estaciones cuarentenarias para el control de la aftosa, en la que participarían la OEA, la FAO y la Oficina Internacional de Epizootias, y en la que se discutirían las normas reguladoras del comercio internacional de animales y productos de origen animal en relación con la fiebre aftosa.

Consciente de la importancia que tiene la prevención de la fiebre aftosa en Centro América y Panamá, se recomendó a los países del Istmo que lleven a cabo sus programas de prevención y control de la aftosa y otras *enfermedades vesiculares* en estrecha cooperación con el Laboratorio Regional de Diagnóstico de Enfermedades Vesiculares, el cual comenzará a funcionar en breve en la ciudad de Panamá con el apoyo del PNUD.

Asimismo, teniendo en cuenta la iniciativa del Gobierno de México de instalar un laboratorio nacional de *productos biológicos veterinarios* que está listo para entrar en operación con alcance regional, con el apoyo de los países centroamericanos y Panamá, se solicitó la ayuda del PNUD para el mismo, a fin de que se pueda proceder a ponerlo en práctica a la brevedad posible.

La Reunión pidió a la OPS que colabore en el desarrollo de un sistema de *control de la calidad de los productos biológicos veterinarios* a fin de definir y regular los estándares adecuados, y recomendó a los países que establezcan o refuercen los laboratorios nacionales para participar en un sistema unificado y coordinado de control de la calidad de estos productos.

También en el área de laboratorios, se solicitó a la Organización que prepare un proyecto para poner en marcha y operar un sistema de coordinación de los *laboratorios veterinarios de diagnóstico* en los países miembros, con la directa participación del Centro Panamericano de Zoonosis.

Se tomó nota con satisfacción de los planes del Gobierno de Venezuela de establecer un centro regional de investigación y vigilancia de la *encefalitis equina venezolana*, que será de gran utilidad para todos los países.

Considerando que los sistemas de *vigilancia epidemiológica* tienen una enorme importancia para realizar diagnósticos de la situación de la salud animal, se recomendó a los países que refuercen sus respectivas actividades en este sentido y a la OPS, que continúe dando alta prioridad a las gestiones necesarias para desarrollar estos sistemas con carácter continental.

La Reunión dio su más entusiasta respaldo a las tareas que desarrollan los *Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis*. Asimismo, pidió

al PNUD que considere favorablemente el financiamiento de un nuevo proyecto regional a partir de enero de 1977 y por un período de tres años para que el Centro de Zoonosis pueda continuar y ampliar las actividades de cooperación técnica que proporciona a los países.

Se destacó la importancia que tienen numerosas *especies silvestres* en la transmisión de zoonosis, solicitándose a la OPS que estimule esfuerzos por parte de los laboratorios de diagnóstico de los países, así como de los sectores universitarios, para el desarrollo de estudios de las enfermedades de las especies silvestres. Igualmente, se instó a los Gobiernos a que establezcan programas de control de las poblaciones de vampiros, especialmente en las áreas afectadas con rabia bovina, como asimismo a que inicien o prosigan las investigaciones sobre el papel de los murciélagos como receptores potenciales y transmisores de las zoonosis.

La Reunión tomó nota complacida del informe presentado sobre el programa de *enseñanza de la medicina veterinaria en el Caribe* y de los esfuerzos que la OPS viene haciendo para colaborar con los países de esa región en el proyecto para establecer una escuela de medicina veterinaria para la misma.

Durante la Reunión, el Dr. Pedro N. Acha, Jefe de la División de Control de Enfermedades de la OPS, fue honrado por todos los participantes, en nombre de sus respectivos Gobiernos, por el entusiasta apoyo técnico que durante años ha venido prestando a los programas de salud animal de los países, elevando al mismo tiempo a un alto sitio y prestigiando la profesión médico-veterinaria, y por sus infatigables trabajos y entusiasmo en beneficio de la salud de las Américas.

Asimismo, el Dr. Mario V. Fernández, ex Director del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y actual Jefe del Departamento de Salud Humana y Animal de la OSP, y el Dr. Ramón Rodríguez Toro, Director del Centro Panamericano de Zoonosis, recibieron el reconocimiento de los Gobiernos por la labor desempeñada en sus respectivos cargos.

La X Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis habrá de celebrarse en la ciudad de Panamá en marzo de 1977.

CINCUENTENARIO DEL *WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD* DE LA OMS²

El *Weekly Epidemiological Record (WER)* apareció por primera vez el 1 de abril de 1926 como publicación de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Contenía información destinada particularmente a las autoridades portuarias de salud sobre la ocurrencia de casos de peste, cólera,

²OMS, *Weekly Epidemiological Record*, Vol. 51, No. 14, 2 de abril de 1976.

fiebre amarilla, viruela y tifus transmitido por piojos. Una de las fuentes de información del *Weekly Record*, como se denominaba en aquella época, era la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, establecida en 1908, como resultado de una serie de conferencias internacionales que se iniciaron en 1851.

Así, el cincuentenario del *Weekly Epidemiological Record* refleja el deseo más que secular de las naciones, de recibir información sobre la situación de las enfermedades transmisibles en todo el mundo.

El ejemplar No. 1 del *Weekly Record* contenía las notificaciones relativas a la prevalencia de peste, cólera, fiebre amarilla, tifus y viruela, durante la semana que finalizó el 31 de marzo de 1926. Tal vez una de las características más destacadas de este número sea la referencia a la viruela en varios países de Europa y en Estados Unidos; este último país informó la existencia de casi 800 casos ocurridos en una semana, a base exclusivamente de las notificaciones provenientes de 27 estados.

Es evidente que el valor del servicio de divulgación de información a los Estados Miembros mediante el *Weekly Epidemiological Record* y el Servicio Automático de Respuesta por Telex, introducido en años recientes, depende de la exactitud de los informes y de la prontitud con que los reciba la OMS.

A los efectos de que el servicio de información epidemiológica responda plenamente a las necesidades de los Estados Miembros y funcione con la mayor eficacia posible, la OMS agradecerá a las administraciones nacionales de salud que la comuniquen (Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles) cualquier dificultad que experimenten en la obtención de las informaciones.

Las notificaciones referentes a las enfermedades mencionadas se deberán enviar a EPIDNATIONS GENEVA, telex 27821, y complementarlas a la mayor brevedad posible con datos epidemiológicos adicionales que precisen la localización geográfica de los casos, origen y tipo de enfermedad, y el número de casos y defunciones.³

NUEVO ENFOQUE DE LA CAPACITACION DE PERSONAL DE SALUD⁴

El Consejo Ejecutivo de la OMS examinó un nuevo procedimiento de capacitación y utilización del personal de salud adaptado a las necesidades y condiciones socioeconómicas locales.

La formación de un personal de salud eficaz es indispensable para el éxito de todas las demás actividades de salud. Hay en el mundo millones de per-

³ Nota: Por disposición del Código Sanitario Panamericano, de las resoluciones de los Estados Miembros y de acuerdo con la OMS, las notificaciones de enfermedad de declaración obligatoria se comunican, en América, a la *Oficina Sanitaria Panamericana*, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Washington, D.C. (E.U.A.), y se publican en el *Informe Epidemiológico Semanal*, que cumple ahora 48 años de existencia.

sonas privadas de servicios de salud por falta o escasez de personal de este campo.

El cambio esencial recomendado consiste en planificar la formación de personal de salud con arreglo a las necesidades de los países e integrar a este personal adiestrado en un sistema debidamente entrelazado. Los servicios de salud, totalmente adaptados a las condiciones locales, deberán abarcar a toda la población.

La tarea no es tan fácil, como parece a primer vista, puesto que los programas de enseñanza están todavía principalmente orientados hacia la atención curativa prestada por los médicos e instituciones médicas, y apenas proporciona preparación alguna al alumno para las actividades de fomento de la salud, de prevención y de rehabilitación. Por añadidura, toda reforma radical de la capacitación de personal que aspira a dedicar más atención a la salud de la comunidad o al procedimiento de trabajo en equipo suele encontrarse con la hostilidad de ciertos grupos profesionales influyentes.

A los efectos de lograr este cambio de orientación, la OMS en su programa de desarrollo de los recursos humanos ha venido concentrándose en los aspectos siguientes:

- la autosuficiencia nacional para garantizar una cobertura total de la población mediante una “pirámide” de grupos de salud bien equilibrados;
- el desarrollo integrado de los servicios de salud y el personal de salud;
- la atención primaria de salud dentro de un sistema global de servicios de salud;
- un aumento rápido y bien planeado del personal de salud y de las instalaciones necesarias, procurando que la capacitación—incluida la de los médicos—se ajuste a las necesidades de salud de la comunidad;
- adiestramiento y utilización de auxiliares y trabajadores de salud de la comunidad, incluidos, si procede, los tradicionales curanderos;
- Atención a los problemas de gestión del personal de salud, inclusive los que plantea la emigración de este personal.

EL EXODO DE PROFESIONALES⁴

El éxodo de este personal de salud es el tema de un estudio multinacional que la OMS está llevando a cabo sobre la migración de médicos y enfermeras. Según los datos ya reunidos, en 1971 había por lo menos 140,000 médicos que residían en países distintos del de su procedencia o de nacimiento o del de su formación. Esta cifra representaba en aquellas fechas el 6% de los médicos del mundo, excluidos los de la República Popular de China.

⁴Tomado del comunicado de prensa OMS/7(23 de enero de 1976).

Según el estudio, los países que acogen al mayor número de médicos extranjeros son los Estados de América, el Reino Unido, Canadá y la República Federal de Alemania. En 1972 había en los E.U.A. 75,000 médicos formados en el extranjero. En el Reino Unido, en 1970, los médicos nacidos en el extranjero ascendía a 21,000, lo que representa una proporción de 1 por cada 4 médicos del país. La misma proporción se observaba en Canadá en 1971, con un total de 9,000 médicos formados en el extranjero. Por último, en la República Federal de Alemania, en 1971, el número de médicos extranjeros se elevaba a 6,000. En el mismo año, por lo menos 28,000 enfermeras se trasladaron de un país a otro.

En general, la migración de médicos parece ir en aumento. El estudio revela un hecho que causa grave preocupación: hace 15 años, la mayor parte de esos emigrantes procedían de países en que el nivel de salud y la proporción de médicos y enfermeras por habitantes eran razonablemente elevados, en cambio hoy viene principalmente de países en que todavía no se han resuelto los problemas básicos de salud, y que son los que menos pueden permitirse el lujo de perder a sus médicos y enfermeras.

El estudio, que se encuentra todavía en su primera fase, será utilizado por los Estados Miembros de la OMS para diseñar y para llevar a cabo, mediante el sistema de salud, un programa de acción que permita evitar las migraciones indeseadas. De esta manera deberá proporcionar una base más precisa para una planificación del adiestramiento del personal más ajustada a la realidad.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Vol. LXXX, Nos. 1, 2, 3 y 4, 1976. Suscripción anual: EUA\$10.

El Boletín es el principal órgano de información científica de la OPS, y se publica mensualmente desde 1922. Comprende artículos sobre medicina preventiva, salud pública y otros temas relacionados con el campo de actividades de la Oficina, así como reseñas y actualidades con noticias de interés de salud pública internacional. En los números que han sido publicados en lo que va de año han aparecido artículos sobre: control de la calidad del ambiente, encefalomiélitis de San Luis, vigilancia epidemiológica de la lepra, poliomielitis en Venezuela, tratamiento antirrábico humano, erradicación de la malaria, sistemas de agua potable, cáncer cervicouterino (enero); enfermedades entéricas agudas, *Simulium metallicum* en Venezuela, salud mental ocupacional, malnutrición proteicocalórica, enfermedades venéreas en Centro América y Panamá (febrero); pediatría y atención infantil, fluoruración de la sal, enfermedades de la vesícula biliar, investigaciones mundiales de la malaria, enfermedad de Chagas, leptospirosis en Barbados (marzo); control de la tuberculosis en las Américas, oncocercosis en Brasil, niveles de plomo en la sangre, investigaciones sobre malaria, tétanos, coccidioidomicosis clínica (abril).

Catálogo de publicaciones, 1975. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1976. 120 págs.

La OPS tiene como objetivos principales la promoción y coordinación de los esfuerzos que realizan los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Uno de los medios de que se vale para llevar a cabo sus propósitos es la difusión de técnicas sobre medicina preventiva y salubridad, que son de interés internacional, y de material científico en general, que pone al alcance de todos los profesionales de la salud.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

Así, este catálogo recoge todos los títulos publicados por la OPS en sus series de Publicaciones Científicas, Varias y Periódicas, a partir de 1953. Con anterioridad a esa fecha la OPS dio a conocer una serie de publicaciones con numeración progresiva que alcanzó hasta el número 271. En este catálogo se hace referencia a algunas de dichas obras bajo su número correspondiente y la mención *de la antigua serie*.

El catálogo se compone de cinco partes: la primera, incluye reseñas de las publicaciones de la OPS agrupadas en 48 materias; la segunda abarca las listas numéricas de Publicaciones Científicas, Publicaciones Varias y otras publicaciones de la Organización; la tercera presenta una lista de los Documentos Oficiales; la cuarta parte contiene una descripción de las Publicaciones Periódicas de la OPS, y la quinta, proporciona información general sobre las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud. En los anexos se incluyen las listas de las Discusiones Técnicas de los Cuerpos Directivos de la OPS y del programa de cintas fijas.

A continuación de cada título aparece la sigla del idioma o idiomas en que se puede obtener dicho libro, año de publicación, precio, y en el caso en que se encuentre agotado, se indica por medio de un asterisco. Además de la tabla de contenido, el índice alfabético de materias y autores facilitará al lector la consulta sobre determinado tema. El *Catálogo* concluye con la lista completa de direcciones a las que los interesados deberán dirigir los pedidos.

Salud panamericana. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. *Vol. 7, Nos. 3-4, 1975.* Suscripción anual: EUA\$4.00.

El último número de esta revista trimestral señala la preocupación constante que tienen los Gobiernos por extender los servicios básicos de salud; en ese sentido, en el artículo "Salud: esfuerzo colectivo", el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP, opina que solo cambiando radicalmente nuestra filosofía del desarrollo podremos mejorar las condiciones de salud. "Así como otros componentes del desarrollo nacional dependen de una población saludable, activa y vigorosa, también los programas de salud pública deben estar respaldados por avances logrados en otros sectores. Debe elevarse el ingreso familiar y el nivel educativo, aumentar la provisión de alimentos, mejorar el ambiente y la vivienda". El Dr. Acuña pone de relieve que es en las malas condiciones de vida de los sectores menos privilegiados de la población, donde debemos concentrar nuestros mayores esfuerzos.

En "El costo de la malaria" la Dra. Gladys N. Conly, División de Control de Enfermedades de la OPS, describe la forma en que la malaria puede obstaculizar gravemente las medidas que tome un país en favor del desarrollo de sus recursos naturales, si no se procede al control efectivo de la enfermedad. La autora expone de qué manera durante casi un año la malaria entorpeció los esfuerzos de un grupo de agricultores que luchaban para sacar provecho de sus parcelas, en un área selvática recientemente colonizada en el Paraguay.

La epidemia de malaria llegó a su punto crítico cuando la cosecha estaba en su apogeo y "... se podía ver a los miembros de la familia recogiendo el tabaco, muchos de ellos débiles por la enfermedad". Tanto las cosechas de tabaco, como las de algodón y maíz, sufrieron por falta de cuidado. Afortunadamente, en este punto el Gobierno del Paraguay llevó a cabo programas de rociamiento que detuvieron la epidemia. Si bien el control de la malaria pueda parecer costoso, agrega la Dra. Conly, el precio es mucho mayor si no se controla.

El tema de "Planificación familiar—¿Por qué es una prioridad en un país y un anatema en el siguiente?", despierta gran interés y expone variados puntos de vista. En el transcurso de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, se solicitó a un grupo de altos funcionarios de salud pública en las Américas, que expresara brevemente la política de sus Gobiernos en materia de planificación familiar. Las respuestas reflejan las diferentes actitudes de los gobiernos y los pueblos sobre su vida y aspiraciones nacionales.

En el último artículo "Una poderosa medicina", el Dr. Moisés Béhar, Jefe de la Unidad de Nutrición de la OMS, explica en qué forma la alimentación al seno puede reducir el peligro de las enfermedades diarreicas. El autor describe: 1) de qué manera una sustancia de la leche humana crea un medio intestinal ácido que inhibe el crecimiento de las bacterias patógenas; 2) el ataque directo de las inmunoglobulinas existentes en la leche materna a los organismos causantes de la diarrea, y 3) la forma en que la alimentación al seno protege al niño de las masas de bacterias presentes en el ambiente y en cualquier fórmula artificial.

Tuberculosis—Rotafolio educativo.—Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 12 láminas a colores. Precio: EUA\$3.27.

El Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OPS, con la ayuda financiera de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), ha patrocinado la producción de este rotafolio educativo sobre tuberculosis.

El juego de 12 láminas a colores con texto explicativo, fue diseñado para servir de ayuda visual al personal de enfermería para dar a conocer a los pacientes y sus familiares, las características de la tuberculosis pulmonar y su tratamiento.

Se espera que los servicios de salud de América Latina: hospitales, centros de salud o consultorio rural, cuenten con un ejemplar con objeto de que sea un medio de aprendizaje para el público en general que acude a consulta, o bien, sea utilizado en las visitas domiciliarias. El rotafolio ha sido empleado con éxito en dos áreas hospitalarias de Lima, Perú, y en la Provincia de Loja, Ecuador.

La OPS ha iniciado la distribución de este material a varios países del Continente; las autoridades de salud, asociaciones y personas interesadas pueden dirigir sus pedidos a la OPS/CD, con copia a PAHEF.

Informe del Estudio de las Escuelas Universitarias de Enfermería en América Latina. Por Olga Verderese y Renata Plaut. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1976. iii + 112 págs. *Informes de Enfermería No. 18.* Precio: EUA\$2.00.

El presente estudio, que incluye solo a las escuelas universitarias de América Latina, es el primero de una serie de tratados sobre educación de enfermería en esta Región. Tiene por objeto contribuir al establecimiento y desarrollo de un sistema de educación en enfermería capaz de proveer la cantidad y calidad de personal necesario para lograr las metas del plan de salud dentro del contexto socioeconómico y cultural de los países latinoamericanos.

El informe consta de cuatro capítulos y dos anexos, además de numerosos cuadros. El primer capítulo presenta los antecedentes, la planificación los objetivos, la metodología y la cobertura del estudio. Los capítulos restantes tratan de los cursos universitarios básicos, su duración, requisitos y títulos que se otorgan; los objetivos y el plan de estudios; el currículo; la práctica clínica; el personal docente, y la población estudiantil.

Como primer paso para el diseño de este estudio se analizaron los trabajos disponibles en este campo, así como la literatura, planes y programas de las escuelas de enfermería, a fin de conocer las normas educacionales existentes y las áreas problema ya identificadas.

Los diferentes análisis efectuados dieron lugar a que se fijaran criterios y principios relacionados con la enseñanza de enfermería a nivel universitario en América Latina; así, es deseable el establecimiento de tres niveles de personal de enfermería; además, un programa universitario de enfermería tiene el propósito triple de: a) formar enfermeras para la atención directa a individuos y a la comunidad; b) preparar enfermeras para asumir posiciones de liderazgo en puestos básicos en el área de administración y enseñanza de enfermería, y c) dar una formación básica que las capacite para seguir estudios avanzados en enfermería.

Revista Centroamericana de Nutrición y Ciencias de Alimentación. INCAP, Guatemala: Apartado 1188. *Vol. 1, No. 1, 1976.* 39 págs. Suscripción anual: EUA\$10.00 para Centroamérica y EUA\$15.00 para los demás países.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), que funciona bajo la dirección administrativa de la Oficina Sanitaria Panamericana, es un organismo internacional de carácter científico que fue creado para estudiar y buscar los medios de solucionar los problemas nutricionales de la Región.

En respuesta a las numerosas solicitudes dirigidas al INCAP en el sentido de crear un órgano de información periódica en el que se describan sus diversas actividades nutricionales, tanto en el campo de la investigación como el

de la aplicación, el Instituto viene a satisfacer esta necesidad mediante la publicación de esta revista trimestral.

El presente número contiene un artículo principal titulado "Desarrollo de la fortificación de azúcar con vitamina A en Centro América y Panamá", en el que se subraya la importancia que entraña para la salud una nutrición adecuada con respecto a la ingestión de dicha vitamina, especialmente si se reconoce que millones de personas en muchas áreas de los países en desarrollo sufren de deficiencia severa o moderada de este factor nutricional.

Asimismo se presentan cinco secciones que cubren diferentes programas que lleva a cabo el INCAP en relación con: I. Nuevas fuentes de nutrientes. II. Nutrición animal. III. Alimentos básicos. IV. Tecnología de alimentos. V. Control de calidad de alimentos.

La revista está dirigida especialmente a todos los profesionales que directa o indirectamente se dedican a actividades de investigación, docencia o asesoría en materia de nutrición y ciencias de los alimentos.

OTRAS PUBLICACIONES²

Revista Paraguaya de Microbiología. Asunción, Paraguay, Casilla de Correo 1102. Vol. XI, No. 1, 1976. 59 págs. Precio: EUA\$1.00.

Esta publicación es el órgano oficial de la Cátedra de Bacteriología y Parasitología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción.

La revista aparece anualmente, y tiene por principal objetivo publicar los trabajos que se desarrollan en la propia cátedra, y están clasificados en artículos originales y notas breves. Se presenta, además, un editorial a cargo del Consejo de Redacción. En esta ocasión, el editorial trata sobre "Las represas del Río Paraná y los problemas sanitarios que puede engendrar".

El número comprende además los siguientes artículos originales: Inmunofluorescencia indirecta para toxoplasmosis y enfermedad de Chagas con conjugados anti-IGM y anti-IGT en niños de sala de pediatría; Anticuerpos anti-*Toxoplasma gondii* en 100 sueros de animales domésticos y selváticos del Paraguay; Investigación de portadores nasales de *Staphylococcus coagulasa* positiva en internados y personal asistencial de sala de pediatría; Observaciones sobre la prevalencia de *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale* en el Paraguay; Resumen de 13 años de encuestas en parasitosis intestinal; Lucha contra la uncinariasis, y Lista de helmintos del Paraguay.

Las notas breves incluyen: Inmunofluorescencia indirecta con conjugado anti-inmunoglobulinas totales para toxoplasmosis y enfermedad de Chagas en 50 madres del distrito de San Lorenzo, XI departamento, Paraguay; Coc-

²Las publicaciones registradas en esta sección han sido recibidas recientemente en la biblioteca de la OPS. Los lectores interesados deberán dirigir sus consultas o solicitudes a los libreros o casas editoras que en cada caso corresponda.

cidioidina test intradérmico en pobladores de Filadelfia; Hallazgos en 214 cultivos de heces con el método de Harada Mori en el área de Asunción; Nuevo hallazgo en heces de huevos de *Hymenolepis diminuta* (Rudolphi, 1819), Blanchard, 1891); Coloración del *Trypanosoma cruzi*; Encuestas sobre vectores de la enfermedad de Chagas en varias regiones del Paraguay, y Encuestas de cátedra sobre parasitosis intestinal.

Salud y enfermedad. Por Hernán San Martín. México, D.F., México: La Prensa Médica Mexicana, 1975. xv + 819 págs.

“La vida del hombre es la historia de la concepción, embarazo, nacimiento, crecimiento y desarrollo, felicidad y desgracia, salud y enfermedad, y, finalmente, la muerte. Recibimos un legado de nuestros progenitores, y lo acrecentamos con los elementos y las experiencias que nos entrega el ambiente en que vivimos. Sobre tal telón de fondo se desarrolla el drama de la salud y de la enfermedad”. Con estas palabras comienza el libro de Hernán San Martín que, en su primera edición, trató fundamentalmente de “presentar a la salud y la enfermedad como manifestaciones ecológicas entre el hombre y su ambiente total y, consecuentemente, presentar a la medicina no solo como una ciencia biológica sino también social”.

El volumen consta de 45 temas divididos en seis secciones. La primera lleva el título “Salud, enfermedad y medicina”. En ella el autor trata de demostrar, mediante la ecología, que la salud y la enfermedad no constituyen sencillamente estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive. Lo que se desprende de este punto de vista se analiza de una manera tan estimulante que lleva al lector a meditar sobre la función que desempeña la medicina moderna y su asociación indispensable con otras ciencias, mientras evoluciona de una práctica individual a una disciplina social, y trata de medir e interpretar los factores que intervienen en la salud y la enfermedad de los individuos y las poblaciones y que actúan sobre ellos.

En la sección II, titulada “Evaluación de la salud”, se trata fundamentalmente de explicar la metodología mediante la cual pueden observarse de manera científica los problemas de la salud y la enfermedad de la población. Se ofrecen nociones básicas de demografía, estadística y epidemiología en capítulos en los que han colaborado algunos expertos muy destacados: Hugo Behm y Adela Legarreta (Aplicaciones del método estadístico en medicina) y Rolando Armijo (Principios de epidemiología). El capítulo “Historia natural de la población” presenta numerosos datos relativos a los países latinoamericanos mediante minuciosos cuadros y gráficos. San Martín examina las fuentes de los datos de estadísticas vitales y la función del médico en su desarrollo. Esta sección finaliza con un capítulo referente a la determinación del nivel de salud, con una enumeración de los índices utilizados para esta evaluación. Algunos de estos capítulos han sido introducidos en la 2ª edición. Todos ellos son de una gran claridad y ofrecen enseñanzas fundamentales.

En la sección III se analiza el ambiente y la salud. El autor examina los factores naturales y las condiciones creadas por el propio hombre y la manera en que afectan directa o indirectamente a la salud. En esta forma introduce los conceptos básicos del saneamiento, definido como el control del ambiente físico externo del hombre, con objeto de proporcionarle mejores condiciones para su supervivencia y desempeño de actividades. Así pues, el saneamiento constituye un avance de la civilización y una función definida de gobierno. El contenido de esta sección no se diferencia considerablemente de lo que suele encontrarse en los libros de texto de higiene. Trata sobre el clima, el control y abastecimiento de agua, el problema de la vivienda, la relación entre la salud de los animales y la del hombre, el control de los alimentos, el trabajo y la salud, etc. Sin embargo, con arreglo a la orientación fundamental del libro, la cuestión se enfoca hacia las condiciones y problemas de América Latina, particularmente en las sugerencias sobre las medidas más apropiadas para resolverlos. El último capítulo de esta sección se refiere a las enfermedades transmisibles y contiene varios cuadros que resultan útiles para la presentación, en forma resumida, de una larga lista de problemas. Se examinan con una gran claridad las medidas para controlar los problemas principales y la función que ante ellos corresponde al médico.

La sección IV está dedicada a la protección y fomento de la salud, y analiza la evolución de la medicina curativa hacia la prevención de enfermedades y protección de la salud.

En esta sección se revisan los problemas de salud del individuo y de la población en distintas edades de la vida, se analizan los riesgos específicos de cada grupo y las técnicas de medicina preventiva y fomento de la salud apropiadas para cada caso.

El autor insiste en que el médico debe interesarse no solo por las personas enfermas sino también por las sanas y que desde el punto de vista social su interés principal debe residir en el hombre normal. Reconoce el propio autor que este criterio está en franca contradicción con la práctica actual de la medicina, según la cual el médico dedica la mayor parte de su tiempo a restablecer la salud de los enfermos y a tratar organismos irreparablemente deteriorados. Y se justifica afirmando que "la salud, tal como la paz, la libertad y la cultura, han sido declaradas los valores básicos de nuestra vida; es lógico, entonces, que la salud y no la enfermedad, sea el motivo fundamental de preocupación de la medicina".

Así, el autor se refiere a las técnicas de medicina preventiva y a la prevención aplicada a la historia natural de las enfermedades, exámenes de salud, educación para la salud, etc. Además dedica algunos capítulos a los problemas de la alimentación y la nutrición, problemas hereditarios y salud mental, y uno muy extenso a las principales enfermedades no infecciosas y la aplicación de los métodos epidemiológicos a esas afecciones. Se discute, por ejemplo, la epidemiología del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la úlcera péptica, el bocio endémico, los accidentes, toxicomanías, prostitución, delincuencia y otros problemas.

Las dos últimas secciones pueden considerarse como el mayor aporte de este libro para los temas de enseñanza de la medicina preventiva y social.

La sección V está dedicada a la Administración en salud y la VI, titulada "La medicina, ciencia social", introduce temas de utilización más reciente en América Latina, donde las técnicas y los principios estudiados en ellos son necesarias para la organización de los recursos y servicios en los métodos corrientes de planificación de la salud.

No cabe duda de que el autor reconoce una división de este tipo en su libro cuando, en la introducción de la sección V, se expresa en los siguientes términos: "En las secciones anteriores de este libro se han revisado los problemas de salud y enfermedad de la población y las variadas actividades que pueden desarrollarse para proteger y fomentar la salud del individuo, de su grupo familiar y de la colectividad a que pertenece. En esta sección se pretende demostrar cómo es posible aplicar conocimientos y técnicas de administración científica a todas estas actividades, considerando para estos efectos al conjunto de recursos humanos, materiales y financieros de salud, debidamente dispuestos como una 'empresa' que presta valiosos servicios a la comunidad".

Los principios generales de administración así como el proceso de administración en salud pública han sido elaborados por un colaborador de experiencia reconocida en este campo: Rolando Merino. La tarea, sumamente compleja, de ofrecer un panorama general de la organización de los servicios de salud en América Latina—y de compararlo con las estructuras de otros países—se ha logrado de manera satisfactoria. En esa sección no podía faltar un capítulo dedicado a la medicina social por un autor en cuyo país se han desarrollado prolongados experimentos. Sobre este tema concreto Benjamin Viel aporta una valiosa colaboración.

Se discuten los fundamentos económicos y jurídicos de los programas de salud, y se introduce al lector en el campo de la atención médica y administración de hospitales. El trabajo en equipo y el equipo de salud constituyen el tema de un capítulo de esta sección en el que se definen claramente las funciones de cada componente del equipo para destacar el valor de la participación organizada de cada uno de ellos. Complementa el estudio un análisis de la organización de la comunidad para la salud y la historia de los organismos internacionales de salud y la función que han desempeñado.

Refiriéndose al aspecto positivo de la medicina que aspira a la prevención de las enfermedades y al fomento de la salud, el autor discute las deficiencias de la enseñanza de la medicina y la función innovadora en la enseñanza de la medicina preventiva por conducto de sus departamentos o unidades.

Los aspectos más importantes de la nueva actitud de la medicina—incluido el estudio de todos los factores que afectan al individuo—constituyen los temas de la sección VI. El individuo sano o enfermo está vinculado a las condiciones de la vida social, incluidos todos los aspectos de carácter económico y la cultura. El hombre, considerado como ser social, reviste un interés mutuo para las ciencias médicas y sociales. Al abordar esas cuestiones, el autor dedica un capítulo al estudio de la sociedad en conflicto con la biología, seguido de

otros referentes al valor socioeconómico de la vida humana, la prolongación de la vida y el problema de la población y control de la natalidad, considerados con un criterio no siempre común: “. . . los médicos deben estar conscientes de que en los países subdesarrollados el problema no es de sobrepoblación sino de falta de desarrollo económico y que los bajos niveles de vida y de salud no desaparecen con el control de la natalidad (neomaltusianismo) sino con el desarrollo económico”. Con esta afirmación, San Martín trata de recordar al lector que la superpoblación no es una razón válida para que el médico eluda la responsabilidad de prevenir las enfermedades y la muerte y de prolongar la vida humana. Esta sección termina con una síntesis de la evolución histórico-social de la medicina.

El volumen va acompañado de cinco apéndices: Nombres importantes ligados al desarrollo de la medicina social, definiciones usadas en el libro; y dos nuevos apéndices incorporados en la 3ª edición que tienen relación con la “conducta humana”. Completan el volumen un apéndice que enumera las obras consultadas y un índice detallado.

América Latina se queja de la falta de descripción de sus experiencias y de la ausencia de libros de texto apropiados para la enseñanza de la medicina preventiva. En este volumen se presentan materiales incluidos en el contenido de la mayoría de los actuales programas de enseñanza de la medicina preventiva en América Latina, expuestos con gran claridad y de fácil lectura para los estudiantes.

Dr. José R. Teruel
División de Recursos Humanos
e Investigación, OPS/OMS

PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

	Precio EUAS*
No. 318 New Approaches in American Trypanosomiasis Research. 1976 (In press.)	12.00
No. 317 First Inter-American Conference on Conservation and Utilization of American Nonhuman Primates in Biomedical Research. 1976 (In press.)	8.00
No. 316 VIII Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1976 (187 pp.)	4.00
No. 316 VIII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1976. (203 págs.)	4.00
No. 315 Cases of Notifiable Diseases in the Americas, 1973. 1975 (In press.)	1.00
No. 315 Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1973. 1975 (En prensa.)	1.00
No. 314 Informe de la Séptima Reunión del Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud. 1975 (En prensa.)	1.00
No. 314 Report of the Seventh Meeting of the Regional Advisory Committee on Health Statistics. 1975 (In press.)	1.00
No. 313 Competency-based Curriculum in Veterinary Public Health. 1975 (115 pp.)	5.00
No. 312 Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus. 1975 (103 págs.)	3.00
No. 311 Manual de reacciones para el diagnóstico de la sífilis. 1975 (88 págs.)	4.00
No. 310 Quimioterapia de la tuberculosis. 1975 (69 págs.)	3.00
No. 309 Crecimiento de niños brasileños: Peso y altura en relación con la edad y el sexo y la influencia de factores socioeconómicos. 1975 (73 págs.)	1.50
No. 308 Reported Cases of Notifiable Diseases in the Americas, 1970-1972. 1975 (114 pp.)	1.00
No. 308 Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1970-1972. 1975 (113 págs.)	1.00
No. 307 Manual de procedimientos estandarizados para el serodiagnóstico de las micosis sistémicas. Parte II. Reacciones de fijación del complemento. 1975 (42 págs.)	1.50
No. 306 Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America. 1975 (In press.)	7.50
No. 305 A Fluorescent-Antibody Technique for the Detection of Enterotoxin-Producing Cells of <i>Clostridium perfringens</i> Type A. 1975 (29 pp.)	1.00
No. 304 Mycoses—Proceedings of the Third International Conference on the Mycoses. 1975 (275 pp.)	10.00
No. 303 Enseñanza de la introducción a la enfermería—Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS. 1975 (24 págs.)	1.00
No. 302 Estudios y estrategias necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas—Discusiones Técnicas de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana. 1975 (67 págs.)	2.00
No. 301 Simposio Centroamericano sobre el Sarampión y su Vacuna. 1975 (62 págs.)	2.00
No. 300 Población y planificación de la familia—Resúmenes analíticos para educadores en servicio social y disciplinas afines, por K. B. Oettinger y J. D. Stansbury. 1975 (179 págs.)	3.00
No. 299 Manual sobre la fiebre amarilla y su diagnóstico diferencial histopatológico, por A. J. Strano, J. R. Dooley y K. G. Ishak. 1975 (55 págs.)	1.50
No. 298 Research and Control of Onchocerciasis in the Western Hemisphere: Proceedings of an International Symposium. 1975 (170 pp.)	7.50
No. 297 The Impact of Malaria on Economic Development: A Case Study, by G. N. Conly. 1975 (123 pp.)	3.00
No. 296 Seminario sobre Utilización de Auxiliares y Líderes Comunitarios en Programas de Salud en el Area Rural. 1975 (25 págs.)	1.00
No. 295 VII Inter-American Meeting on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1975 (183 pp.)	4.00
No. 295 VII Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1975 (194 págs.)	4.00
No. 294 Birthweight, Maternal Age, and Birth Order: Three Important Determinants in Infant Mortality, by R. R. Puffer and C. V. Serrano. 1975 (48 pp.)	1.00
No. 294 El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: Tres importantes factores determinantes de la mortalidad infantil, por R. R. Puffer y C. V. Serrano. 1975 (51 págs.)	1.00
No. 293 Seminario sobre la Organización de Servicios para el Retrasado Mental. 1974 (104 págs.)	2.00
No. 292 Endemic Goiter and Cretinism: Continuing Threats to World Health. 1974 (316 pp.)	5.00
No. 291 Seminar on Nursing-Midwifery Aspects of Maternal and Child Health and Family Planning. 1974 (115 pp.)	2.00
No. 291 Seminario sobre Aspectos de Enfermería—Obstetricia en Salud Maternoinfantil y Planificación de la Familia. 1974 (121 págs.)	2.00
No. 290 Guide for the Organization of Health Services in Rural Areas and the Utilization of Auxiliary Personnel. 1975 (70 pp.)	2.50
No. 290 Guía para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar. 1974 (74 págs.)	2.50
No. 289 Servicios comunitarios de la salud y participación de la población—Discusiones Técnicas, XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. 1974 (36 págs.)	1.00
No. 288 Sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y zoonosis. 1974 (160 págs.)	5.00
No. 287 Health Conditions in the Americas, 1969-1972. 1974 (233 pp.)	3.00
No. 287 Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972. 1974 (238 págs.)	3.00
No. 286 Facts on Health Progress, 1974 (In preparation)	--
No. 286 Hechos que revelan progreso en salud, 1974 (En preparación)	--
No. 285 Guía para investigaciones sobre el desarrollo de la enfermería en América Latina. 1974 (24 págs.)	1.00

Se pueden enviar pedidos directamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A. En Sudamérica, se pueden enviar pedidos a: Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

* Esta lista incluye los nuevos precios que entraron en vigor a partir del 1 de diciembre de 1975.

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 planificación, 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.

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 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 de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos de América

Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua

Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area III, 12 Calle 6-15, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area V, OPAS/OMS
Caixa Postal 04-0229
Brasília, D.F., Brasil

Area II, Havre 30, 3^{er} piso
México, D.F., Mexico

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4^o piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Contenido

**NOTA EDITORIAL: POR EL DR. HECTOR R. ACUÑA
PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE LA
EDUCACION MEDICA**

**MISION DEL HOSPITAL A LA LUZ DE LAS NUEVAS
TENDENCIAS DE LA EDUCACION MEDICA**

**LA CRISIS DE LA MEDICINA O LA CRISIS DE LA
ANTIMEDICINA**

**COMITE DE LIBROS DE TEXTO DE LA OPS/OMS SOBRE
ENSEÑANZA DE LA SALUD MATERNOINFANTIL**

**LA OPS Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS
DIA MUNDIAL DE LA SALUD**

REUNION SOBRE CONTROL DE LA AFTOSA Y OTRAS ZONOSIS

**CINCUNETENARIO DEL *WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD*
DE LA OMS**

NUEVO ENFOQUE DE LA CAPACITACION DE PERSONAL DE SALUD

EL EXODO DE PROFESIONALES

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS

OTRAS PUBLICACIONES

