

Educación Médica y Salud

**EL CAMBIO EN LA PROFESIÓN MÉDICA
Y SUS IMPLICACIONES PARA
LA EDUCACIÓN MÉDICA**

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

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

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

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 27, No. 3: Recursos humanos para la salud: nuevos espacios de trabajo.

Vol. 27, No. 4: Trabajo y educación en los servicios de salud: la experiencia latinoamericana.

Próximo número:

Vol. 28, No. 2: La diversificación del trabajo en recursos humanos en las Américas.

Educación Médica y Salud

Volumen 28, No. 1
Enero/marzo 1994

- 1 **Presentación**
- 3 **Editorial: Del Juramento Hipocrático a la ética de la salud pública.** *Plutarco Naranjo*
- ARTÍCULOS**
- 7 **Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica**
- 20 **El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos.** *Lilia Blima Schraiber, André Cezar Medici y Ricardo Bruno Mendes Gonçalves*
- 53 **Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina.** *Niall Byrne y Manuel Rozental*
- 94 **Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones. El caso del Perú.** *César Lip*
- 125 **Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo, Escocia, agosto de 1993**
- 139 **RESEÑA**
Administración y gestión de recursos humanos: una propuesta de trabajo
- 148 **NOTICIAS**
- 153 **LIBROS**



Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25 No. 1, 1991

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dra. Judith Navarro, Programa de Publicaciones, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, y **terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

P RESENTACIÓN

El presente número de *Educación Médica y Salud* está dedicado a divulgar los hechos relevantes que antecedieron a la Conferencia Mundial de Educación Médica realizada en Edimburgo en agosto de 1993, así como los que fueron parte del debate y de la discusión durante el evento. Como contribución al eje central del encuentro, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimuló el esfuerzo latinoamericano tendiente a fijar la posición de los países de la Región de las Américas frente a la temática planteada. Se preveía que este proceso tendría como resultado un documento que a la vez de definir el campo, sirviera además como elemento de trabajo y discusión por parte de los participantes en el evento.

Para la formulación del documento de posición se desarrolló durante los últimos doce meses un amplio trabajo preparatorio que contó con el apoyo de la OPS y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades/Escuelas de Medicina (FEPAFEM). En este esfuerzo se cumplieron las siguientes etapas:

1. De preparación de los documentos básicos encomendados a científicos sociales, economistas, educadores médicos y salubristas de la Región.
2. De realización de un "task-force" en la OPS en Washington, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 1992 para revisar los documentos referidos. Esto tuvo como resultado la elaboración de un documento mimeografiado de 11 páginas denominado "Los cambios de la profesión y su influencia sobre la educación médica". Este documento constituyó el instrumento motivador de consulta a las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.
3. De realización de consultas a través de reuniones internacionales subregionales y nacionales con las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina siguientes:
 - Asociación Centroamericana, incluida la representación de la República Dominicana, en San José, Costa Rica.
 - Conferencia Andina de Educación Médica, con la participación de Asociaciones de Colombia, Venezuela, Perú, Bolivia, y con representantes de Facultades de Medicina de Ecuador, en Cartagena, Colombia.

- Corporación de Promoción Universitaria de Chile, con la participación de todas las Facultades de Medicina del país, en Santiago, Chile.
 - Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, en La Plata, Argentina.
 - Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, en Mérida, México.
 - Associação Brasileira de Educação Médica, en Londrina, Brasil.
 - Facultades de Medicina de Bolivia, en Cochabamba, Bolivia.
 - Facultades de Medicina de Cuba, en La Habana, Cuba.
 - Facultades de Medicina de Paraguay y Uruguay, en Asunción, Paraguay.
4. Reunión sobre servicio social y comunitario auspiciado por la Josiah Macy Foundation, la OPS y la FEPAFEM, en Washington, DC, Estados Unidos de América.
5. Reunión de un grupo de trabajo para consolidar el documento de posición de América Latina, con la participación de la OPS y la FEPAFEM, en Caracas, Venezuela.

Desde el comienzo de esta consulta regional hasta el momento en que se elaboró el documento final se fueron conociendo los ajustes de la propia programación de la Cumbre con la introducción de nuevos temas y propuestas de tópicos para ser considerados dentro de cada tema. *Educación Médica y Salud* ha tratado de incorporar en este número los aspectos que fueron discutidos en las diversas consultas, para lo cual fue necesario reordenar internamente todos los elementos y contenidos generales durante el proceso. El resultado de ese esfuerzo se presenta a continuación.

Dr. José Roberto Ferreira
Jefe, Programa Especial de
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

EDITORIAL

D EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO A LA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA¹

Durante cerca de 25 siglos el llamado juramento hipocrático ha constituido el paradigma de la ética médica. El pensamiento médico refleja las condiciones sociales, así como los conocimientos científicos y técnicos de cada época. En lo primero, la época de Hipócrates se caracterizó por diferencias sociales y económicas poco marcadas: un patricio griego estaba a incommensurable distancia de un billonario actual. En lo segundo, desde tiempos bíblicos existieron pestes, pero no se conocían los agentes causales ni el modo de contagio; el saber epidemiológico era mínimo. Sobre estos antecedentes se justifica la ética hipocrática con normas enfocadas al cuidado individual del enfermo. Entre los principales cánones se encuentran el hacer cuanto sea posible por la curación del paciente; evitar ocasionarle cualquier daño (*primum non nocere*) y observar el más estricto secreto profesional. La salud, en el pensamiento de esa época, era algo inherente al individuo y no a la colectividad; la enfermedad era un problema del individuo, no de la sociedad.

Esta ética individualista, arraigada a lo largo de tantos siglos, pesa aún, y fuertemente, en la mentalidad y conducta de muchos médicos de hoy, quizá de la mayoría. Al parecer, ni las facultades de medicina ni los profesionales se han percatado de que la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que refleja el nuevo pensamiento sobre la salud expresado en ese sencillo lema "Salud para todos", implica un profundo cambio conceptual y el advenimiento de la ética de la salud pública,

¹ Discurso pronunciado por el Dr. Plutarco Naranjo en ocasión de recibir el Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana 1993 concedido por la Organización Panamericana de la Salud el día 30 de septiembre de 1993, durante la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

dentro de la cual la ética hipocrática debe considerarse solo como uno de sus tantos aspectos.

El descubrimiento de los agentes etiológicos de las epidemias y de su relación causal con la falta de saneamiento básico en la segunda mitad del siglo pasado, llevó a los gobiernos a fundar organismos sanitarios cuya máxima expresión fue la creación de los Ministerios de Sanidad, denominación histórica que aún subsiste en algunos países. Bajo la influencia de la OMS en particular, en la década de los años cincuenta surgieron los Ministerios de Salud. Desde luego, y lamentablemente, en algunos casos se adoptó la etiqueta, pero no la filosofía ni la ética de la salud pública.

El médico formado dentro de los cánones hipocráticos, tanto en su práctica privada como en la que desarrolla en instituciones públicas o estatales, cree cumplir con su deber al atender al enfermo en su dolencia específica. No está educado ni concientizado acerca de la responsabilidad social de la medicina ni tampoco acerca de la responsabilidad del médico de ir más allá de la atención curativa, es decir promover la salud integral y comunitaria.

Las facultades de medicina se esmeran en ofrecer el conocimiento técnico y científico llevado al más alto nivel posible. Con cuánta precisión y abundancia de detalle se enseña, por ejemplo, el serotipo de colibacilo causante de la diarrea de un niño, la alteración genética de un discapacitado o el deterioro inmunológico del fumador que desarrolla una neoplasia; pero no se analizan, o apenas se mencionan de paso, las causas sociales de estas enfermedades. Sin duda, esa filigrana de conocimientos biológicos demuestra las maravillas de la técnica y la ciencia que, a un alto costo, pueden garantizar la curación de ciertos enfermos. Pero al mismo tiempo, ¿cuántos millones de niños mueren anualmente por causas prevenibles a muy bajo costo? ¿cuántos mueren por sarampión o tosferina, enfermedades que pueden evitarse con una vacunación oportuna?, ¿cuántos mueren por diarrea, cuando con saneamiento básico y agua potable se puede evitar ese masivo infanticidio? y ¿qué decir sobre la desnutrición que mata a millones de niños y ancianos en una época histórica de opulencia, consumismo y derroche?

El médico individualista mira esas realidades como algo ajeno a su propia responsabilidad, como algo que solo compromete al Estado. Hubo un monarca que proclamó: "El Estado soy yo". Pero el Estado somos todos nosotros, el médico y el común de las gentes, aunque en materia de salud es el médico el que debe asumir la mayor carga de responsabilidad moral.

Algunos Estados para ponerse a tono con la época, han consagrado en sus leyes —en el capítulo correspondiente a los derechos de los ciudadanos— **el derecho a la salud**, el derecho al bienestar. Sí, efectivamente en el texto de la ley está escrito ese derecho, pero lamentablemente, convertido en letra muerta. Es muy fácil aprobar una ley, un principio de

justicia social, de equidad, pero es muy difícil y costoso en muchos casos, convertirlo en realidad.

¿Es realmente la salud, en la actualidad, un derecho ciudadano? No, en toda la extensión de la palabra. Con algunas excepciones no lo es ni siquiera en los países ricos y poderosos, y menos aún en los países del Tercer Mundo. La realidad es que la salud constituye un gran privilegio individual que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos.

Los adelantos científicos por una parte, y los progresos de la técnica médica por otra, permiten hoy una increíble precisión en el diagnóstico y el tratamiento de enfermos que hasta hace poco eran insalvables. Nadie puede objetar esos logros. Lo grave está en que ese mismo avance médico repercute en una ampliación y profundización de la brecha que separa, en cuanto a la salud, a ricos y pobres. La alta tecnología sirve, cada vez más, a un menor número de personas, y por consiguiente, el acceso a la salud se vuelve uno de los mayores privilegios de una minoría afortunada. Un simple examen por tomografía computadorizada o por resonancia magnética o con isótopos radiactivos tiene un costo superior al salario mínimo vital de muchos países en desarrollo. Ese sueldo, que ni siquiera cubre lo indispensable para la supervivencia familiar, está lejos de cubrir el costo de la atención médica más elemental y mucho más lejos aún, de aquella que requiere alta tecnología. Si en algún campo de la vida colectiva es evidente la necesidad de una ética social con la intervención del Estado es precisamente en el de la salud, con el fin de que se asegure, por lo menos, un mínimo de atención en relación con el aspecto asistencial y sobre todo, que se afronte el vasto problema de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Lo que sucede en este país tiene una gran trascendencia, no solo en su seno, sino en todos los países del mundo, y sobre todo, en los de América Latina.

Se puede argumentar que la estrategia de la atención primaria de salud diseñada por la OMS responde precisamente, a esa necesidad. Pero, como sucede con el "derecho a la salud" descrito en la ley, esta estrategia está escrita en el texto de muchos documentos oficiales sin que forme parte de la ética política ni de los planes de muchos gobiernos. Por la inercia que impone la tradición, por los pequeños y grandes intereses creados, porque no hay conciencia de una ética en la salud pública y menos aún de la preservación de la salud, los gobiernos siguen el camino más fácil: atender a los enfermos pobres y menesterosos a través de un sistema asistencial anticuado e ineficiente.

Deseo destacar el hecho de que de los escasos recursos que los gobiernos asignan al sector salud, más del 70% se consume en atención hospitalaria, de la que se beneficia apenas alrededor del 5% de la población.

Se consagra así un sistema irracional que deja abandonados a su suerte a la mayoría de los ciudadanos.

Vivimos la época de los "derechos humanos". El más real es el derecho a morir por hambre y enfermedad. Desde el punto de vista de la producción, poco o nada importa que una persona muera y, menos aún, si se trata de uno de los tantos miles de desocupados. Por un trabajador que muere, hay decenas o centenas de trabajadores que se disputan el puesto. Esa es la realidad ética de la economía de nuestros tiempos, de la economía de mercado. Frente a esta crisis de la salud, no se aprecia una verdadera solidaridad humana.

No estoy en capacidad de hacer una evaluación de lo que se ha conseguido en los tres lustros transcurridos desde la Declaración de Alma-Ata, pero sin duda es mucho menos de lo que se esperaba. No bastan las declaraciones —por bien intencionadas que sean— ni son suficientes los consensos internacionales. Se requieren medidas más efectivas, realistas y pragmáticas. Hacen falta compromisos más serios y más revestidos de sentido social y de principios de solidaridad humana. ¿Cómo ha de ser posible que se gasten miles de millones de dólares en misiles y otros artefactos de destrucción, mientras que en la mayoría de los países subdesarrollados hay millones de pobres que no tienen acceso a un simple analgésico?

Los principios de la atención primaria de salud están planteados esencialmente en términos técnicos y operativos, pero tampoco en ese ámbito han sido debidamente entendidos y practicados ni por muchas universidades, ni por muchos gobiernos. Ese planteamiento tenía justificación en el momento histórico que vivían los países. Hoy se requiere un nuevo esfuerzo, quizá más profundo, quizá más revolucionario, más humanístico, con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud humana. Se requiere un renovado esfuerzo para dar vida a una auténtica ética de la salud pública.

Dr. Plutarco Naranjo
Ex Ministro de Salud Pública
del Ecuador y Miembro de
la Academia Ecuatoriana
de Medicina

LOS CAMBIOS DE LA PROFESIÓN MÉDICA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA EDUCACIÓN MÉDICA¹

INTRODUCCIÓN

A siete años del fin del milenio y del plazo que los países acordaron para el logro de la meta salud para todos, se realizará la Segunda Conferencia Mundial sobre Educación Médica en la ciudad de Edimburgo. Han pasado cinco años desde que se realizó la primera reunión y en ese lapso han ocurrido grandes cambios a nivel regional y mundial.

La práctica y la educación médicas como realidades sociales están íntimamente relacionadas con los procesos de desarrollo. La práctica médica se estructura, se mantiene o se modifica en función de la organización y dinámica del Estado, de la economía, del desarrollo científico y tecnológico y de las necesidades sociales. A su vez, los mismos condicionantes, sea directamente o a través de la propia práctica, orientan y moldean los contenidos, las estrategias y los mecanismos del proceso de formación médica.

Revisar brevemente algunas de las principales tendencias sociales y políticas, así como las características del modelo de desarrollo predominante en la actualidad, permitirá comprender mejor las importantes transformaciones ocurridas tanto en la práctica como en la educación médica en los países de la Región.

Tal abordaje no fue contemplado en la primera Conferencia de Edimburgo en 1988, cuando las facultades de medicina de América Latina realizaron, en el marco del proyecto Educación Médica en América Latina (EMA), un significativo esfuerzo de recopilación y sistematización de las diversas experiencias educativas desarrolladas a lo largo de varias décadas, tomadas en forma aislada en relación con el entorno socioeconómico y político.

¹ Documento elaborado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud de la OPS, para discusión de las Facultades y Escuelas de Medicina de la Región de las Américas, con motivo de la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo, Escocia, del 8 al 12 de agosto de 1993.

Este esfuerzo, además, no pudo reflejar la variedad y riqueza de las experiencias debido a la tendencia a la homologación promedial de la metodología utilizada. En esa oportunidad se centró el análisis en las dimensiones educacionales (curriculares) de la práctica universitaria, en las implicaciones individuales de la práctica profesional y en la extensión de los espacios institucionales de formación. Esto impidió que resaltara la naturaleza y especificidad de las relaciones entre proyecto educativo y contexto socio-sanitario. Para las escuelas de América Latina, de alguna manera, las conclusiones de Edimburgo significaron en lo esencial líneas para una mayor eficiencia educacional en el marco de un modelo educativo no cuestionado.

Sin embargo, quedó por esclarecer en qué medida la mayoría de las innovaciones en educación médica son propuestas triviales y de escaso impacto, o si por el contrario, son realmente efectivas para contribuir a mejorar la atención de la salud de la población. Lo que sucede actualmente es que al mismo tiempo que estas reformas parecen fortalecerse e incorporar numerosos seguidores, las diferencias sociales en relación con las condiciones de vida y salud se amplían y los servicios de salud se deterioran en calidad y cantidad, especialmente en el mundo en desarrollo.

Es en ese contexto que las escuelas y facultades de medicina de América Latina concurren a Edimburgo. No son espectadores indiferentes ante ese complejo escenario. Existe preocupación y esta reunión podría ser una oportunidad propicia para la reflexión y el análisis objetivo y sereno de las ideas, la acción y el compromiso de las facultades para con las sociedades de América Latina.

Para recoger la contribución de todas las escuelas de la Región sobre el tema propuesto se propuso este primer ejercicio analítico:

“El cambio de la profesión médica y su influencia en la educación médica: la crisis económica, el desarrollo tecnológico y la necesidad de equidad”

EL CONTEXTO DE LA II CONFERENCIA DE EDIMBURGO Y LA SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

América Latina no termina de transitar su difícil camino de reconstrucción democrática. Las conquistas políticas y sociales obtenidas son amenazadas por una larga crisis económica y por las políticas de ajuste que casi uniformemente se ejecutan en la mayoría de los países. El modelo de desarrollo vigente no puede hacer compatibles los objetivos de estabilidad y crecimiento económicos con los requerimientos sociales de bienestar.

La constitución del mercado como fuerza dominante de la dinámica económico-social y su expansión universal consolida el proceso de

internacionalización de la economía, y reconstruye los bloques económicos y de poder a nivel mundial.

Los logros y los costos de ese desarrollo se distribuyen inequitativamente entre los países y dentro de estos, especialmente en los sectores sociales que han sufrido serios recortes, con un impacto que incluye hasta los pobres de los países desarrollados.

Las consecuencias inequitativas del ajuste, unidas a las carencias acumuladas (deuda social) por sectores marginados, han producido una "acumulación epidemiológica", caracterizada por la convergencia de antiguos problemas —hambre, lepra, tuberculosis, violencia; la reaparición de la epidemia del cólera, que se creía desterrada para siempre; el SIDA, como una nueva patología, y los productos indeseables del desarrollo: los desequilibrios ecológicos, las radiaciones y el estrés relacionado con el trabajo.

Ante los condicionantes anteriores, la práctica médica se ha modificado sustancialmente. Al tiempo que se consolida el llamado "complejo médico-empresarial" y las intervenciones sobre la salud y la enfermedad resultan campo propicio para la inversión financiera y la gestión empresarial, se hace patente la transición progresiva de un modelo de atención de responsabilidad estatal a un modelo orientado por el mercado. De esta manera se aseguran las condiciones para el proceso de privatización sectorial, coherente con la reducción del Estado y de su función social, afectándose no solo los servicios de salud sino también la formación médica, la investigación y la gestión sectorial. Esto ha dado lugar a hacer menos universal y más selectivo y discriminatorio el acceso a los servicios y la garantía de los derechos sociales básicos.

La actual situación institucional de la educación médica se podría caracterizar de manera genérica como crítica, orientándose básicamente hacia la búsqueda de innovaciones educativas y de recursos financieros. Ambas preocupaciones parecen responder más a necesidades de funcionamiento y requerimientos corporativos internos que a las necesidades de su entorno social.

El ajuste estructural ha tenido un impacto negativo en la mayoría de las universidades y escuelas, afectando tanto su funcionamiento como el desempeño de sus profesores. El mercado de trabajo académico está en recesión, los salarios han descendido a niveles inéditos y los conflictos laborales se han instalado en el escenario universitario de la Región. Esto obliga a las instituciones a buscar fuentes alternativas de financiamiento que incluyan diversas formas de privatización.

La situación ha llevado a redefinir las relaciones entre las escuelas y las universidades, obligándolas a disminuir su tradicional autonomía. Además, se ha hecho evidente dentro de las facultades los conflictos de poder entre sectores que reflejan la pugna por la distribución de los escasos recursos, así como las contradicciones inherentes a intereses conflictivos en

la estructura de la práctica médica y en la de la sociedad. Esta conflictividad ha revelado crisis de liderazgo y de gobernabilidad en algunas instituciones, y de manera más extensa la baja capacidad de planificación y de gestión administrativa de las instituciones académicas y la pérdida de la reflexión institucional sobre la propia educación médica.

Ante las exigencias derivadas de cambios en la práctica en el marco del orden flexneriano de organizar la educación médica, en los últimos años las facultades se han preocupado por la transformación curricular y la búsqueda de una mayor eficiencia educativa. Este hecho puede explicar el auge de modelos educacionales basados en la integración docente asistencial y la adopción de diversas innovaciones.

Las experiencias de integración docente asistencial en muchos casos han sido entendidas como sinónimos de laboratorios comunitarios o como la utilización de los ambientes hospitalarios para las actividades educativas, sin que en ninguno de los casos impliquen un cambio del modelo educacional o un compromiso efectivo con la población o el servicio. Debemos resaltar el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina que encierra un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios y la población, que ciertamente supera en su alcance el enfoque comunitario que predomina en otras regiones.

Las propuestas de aprendizaje basadas en problemas y en enseñanza orientada a la comunidad, sin duda son abordajes más integradores que los tradicionales. Sin embargo, se debe considerar que la enseñanza orientada a la comunidad no significa una medicina diferenciada de médicos pobres para población pobre. En algunas circunstancias se ha intentado inducir el contacto con la comunidad como si este contacto fuera el elemento revelador de lo que sucede en la sociedad y no una parte de esa realidad que requiere un arsenal científico, teórico y metodológico integral para ser conocido.

La orientación del aprendizaje basado en problemas no puede restringirse a las estrategias de resolución ni organizarse sobre manifestaciones de fenómenos aislados, sino que es necesario profundizar en las explicaciones de dichos problemas, lo que llevaría a discutirlos en su integridad. Esto requiere una aproximación científica que obligaría a fortalecer la enseñanza de las ciencias básicas, inclusive las ciencias sociales.

EDUCACIÓN MÉDICA, PRÁCTICA PROFESIONAL Y SERVICIOS DE SALUD

Parece que se requiere una nueva mirada alrededor para registrar los cambios en la práctica médica y su relación con la formación. Se ha consolidado la sustitución de patrones de práctica basados en la medicina

liberal por una “medicina tecnológica”. Esta denominación se debe al sustantivo impacto que tiene sobre ella el desarrollo de la tecnología médica, así como sobre los criterios éticos del ejercicio profesional. Es incuestionable la influencia que ha tenido la medicina tecnológica sobre la educación médica en las últimas décadas. No obstante, difícilmente se pueden identificar propuestas para modular y orientar esta influencia en las escuelas de América Latina.

Para enfrentar las cuestiones actuales de la educación médica es necesario un abordaje que considere simultáneamente otros procesos sociales como el trabajo médico y la organización o producción de servicios de salud. Estos procesos configuran una trama de relaciones tan interdependientes que es prácticamente imposible analizarlos en forma aislada. Por otra parte, es indispensable definir las características individuales de cada uno de esos procesos, así como conocer, o por lo menos disponer, de hipótesis sobre las líneas de determinación recíproca que se establecen entre ellos, y la influencia que cada elemento puede ejercer sobre las relaciones que existen entre estos procesos.

También es forzoso reconocer, para tener una visión más próxima de la realidad de cada proceso y del conjunto, la existencia de determinaciones o factores externos a este sistema, derivadas de procesos sociales más amplios, modulados y moduladores de dimensiones más globales del orden social. Estos factores están ligados a la aceptación social de la necesidad de la equidad así como a los modelos hegemónicos de desarrollo económico y tecnológico en la sociedad.

Debe señalarse el impacto del desarrollo económico y tecnológico sobre la medicina. La medicina liberal, en la que el médico y el paciente en su relación singular decidían autónomamente sobre el tipo y los costos de los servicios, está desde hace tiempo superada. Debido a la innovación tecnológica asociada al desarrollo, que promovió una progresiva disponibilidad de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento, en los últimos años se hicieron intensas y profundas modificaciones de la actividad laboral del médico. Debido a su lógica peculiar, la organización institucionalizada de la medicina subordina el acto médico de dos formas diferentes:

- sujeta el proceso de trabajo a normas externas a la relación médico-paciente y hace que este deje de ser atribución exclusiva del profesional;
- impide que el acceso a los servicios médicos sea una elección de los propios clientes, debido a la segmentación social de los usuarios que están bajo distintos y diferentes sistemas asistenciales.

No es raro que un mismo médico en múltiples inserciones institucionales practique diversos tipos de medicina de acuerdo con el poder

de compra y el nivel de exigencia de cada uno de sus clientes individuales o colectivos.

En este marco de la medicina tecnológica se pueden señalar sucintamente las siguientes características del ejercicio profesional del médico:

- se realiza como trabajo interdependiente de la cooperación de otras especialidades y profesiones, es decir, integra un “trabajador colectivo”;
- se encuentra progresivamente subordinado a instancias de decisión fuera de su ámbito individual o corporativo, ya que, al integrarse como un trabajador colectivo y en el escenario de servicios institucionalizados, su autonomía se reduce;
- se estructura en función de los diferentes patrones económicos y tecnológicos de organización de los servicios médicos, es decir el desempeño profesional se inserta en los diferentes “segmentos” asistenciales y de mercados laborales;
- se transforman los criterios de la ética profesional como consecuencia de la aparición de un cliente institucional y de la mayor distancia colocada entre médico y paciente debido a los cambios institucionales, económicos e ideológicos de la medicina tecnológica.

Otra cuestión central en este análisis son los efectos o implicaciones de ese patrón de desarrollo de la práctica médica sobre el proceso educativo. La escuela en su especificidad institucional ofrece esencialmente calificación técnica laboral, genera y transmite una determinada cultura profesional dominante y reproduce el modelo científico hegemónico. La medicina moderna se caracteriza por una naturaleza predominantemente práctica y ese pragmatismo ha redefinido la calificación de los médicos.

La incidencia de la incorporación tecnológica en la práctica médica exige una reorientación educativa. Se redefine a través de sus contenidos, agentes, espacios y de una determinada cultura institucional, así como de la disposición y la proporción de las experiencias de enseñanza y aprendizaje.

Sin embargo, esa atribución del proceso de formación no es un mero espejo del “mundo del trabajo”. La educación es un proceso social que tiene elementos intermediarios que son parte de su naturaleza y con los que trabaja: lo simbólico y subjetivo en lo social, la cultura y la ideología médicas. Por eso las transformaciones educativas no responden directamente a los cambios de la práctica del trabajo. Aun cuando forman parte de una misma historia y van en la misma dirección, la escuela y la educación médicas no evolucionan con el mismo ritmo, ni con los mismos contenidos.

Este desfase a veces genera contradicciones y tensiones de difícil solución. Un ejemplo de esta afirmación es que lo poco que queda de la

práctica médica liberal típica en el mercado de servicios de salud corresponde a la práctica de algunos docentes de medicina. Esto ejerce una influencia ideológica sobre los estudiantes de medicina, que siguen aspirando a una práctica autónoma ya superada que está en contradicción con el modelo que les presentará la realidad: la medicina tecnológica, institucionalizada y segmentada.

Esta situación de “independencia subordinada” a lo social global y al trabajo específico para el que se capacita a sus agentes, le define a la educación médica posibilidades y limitaciones, márgenes de autonomía y de dependencia.

Emerge así otra cuestión esencial para definir futuros desarrollos en la educación médica. Tiene que ver con los grados de autonomía y de iniciativa propia y con la posibilidad de aprovecharlos en estrategias viables para su reorientación en la dirección de compromisos sociales e institucionales que respondan a valores trascendentes como la equidad social, la construcción de un nuevo modelo científico biológico y social, una mayor calidad en la formación en relación con los requerimientos sociales y con los nuevos criterios de ética profesional.

En este momento de cambios se cuestionan formas de ejercicio técnico y valores y atributos característicos en la práctica médica. El poder de dimensión se redimensiona; la autoridad técnica se reorienta y las competencias técnicas se redistribuyen. Se transforman las relaciones del médico con el saber y su uso tecnológico, así como las relaciones con el paciente y con el equipo de trabajo.

En ese marco se ha redefinido la relación entre las dimensiones técnica y ética de la acción tradicional del médico. Se pueden señalar dos alteraciones básicas: en el nivel de las actividades de diagnóstico la tecnología ha cambiado la base de apoyo de la decisión técnica donde se hace cada vez menor la importancia de la historia de vida y la anamnesis; en el nivel del plan asistencial, debido a la colectivización del trabajo y la organización empresarial, se ha producido una disociación de las dimensiones médicas del tratar y del asistir. Se ha configurado la nueva relación, mediada por lo institucional, entre prestadores y consumidores en sustitución del médico y su paciente. Además, ambos pertenecen ahora a un tercero: los servicios, ya sean públicos, de una empresa médica o de un seguro de salud.

En ese acelerado desarrollo científico y tecnológico se ha vigorizado la racionalidad y la lógica de las disciplinas bionaturales como el único modelo científico válido y eficaz en el campo de la salud. Además, se han intensificado dos procesos interdependientes: la expansión tecnológica y la especialización.

Las especializaciones tienen una larga historia en la medicina pero recientemente se han diversificado aun más, y se ha llegado a una

etapa de ultraespecialización. Se ha incrementado la presión profesional y social hacia la necesidad de especializarse con el consiguiente deterioro de la valoración y reconocimiento social al médico general. Se premia la capacidad resolutoria puntual en desmedro de la indispensable visión de conjunto del estado de salud del individuo y de la sociedad.

Simultáneamente, la convergencia del desarrollo tecnológico con las presiones del mercado —en especial de instrumentos y medicamentos— y las demandas de ciertos sectores sociales, han establecido altos patrones de incorporación tecnológica aun en los más simples procedimientos médicos. Esto genera requerimientos de mayor capacitación y disponibilidad tecnológica y mayores costos en los procedimientos, y se ajusta a la hipótesis de que el especialista o ultraespecialista que trabaja en instituciones privadas, con múltiples y complejas tecnologías auxiliares y atendiendo a los sectores de más altos recursos económicos, es hoy el modelo que tiende a imitar y reproducir las nuevas generaciones de estudiantes de medicina.

En este contexto la imagen del médico que efectivamente se desea promover, aparece como utópica, quijotesca e incompatible con las posibilidades de vivir dignamente dentro de un modelo de práctica alternativa a la atención y la curación de enfermedades, que incluya y asegure:

- la promoción de la salud y la defensa de la vida humana en condiciones que la hagan posible y digna;
- una orientación solidaria, basada en la equidad y guiada por políticas sociales que den prioridad a los problemas sanitarios;
- la identificación del “generalista” como una posición legítima y atractiva, de un valioso agente de salud;
- el reconocimiento social, académico y económico de su capacidad de atender y contribuir a resolver un alto porcentaje de las patologías más comunes, con la tecnología y los recursos requeridos y que estén disponibles.

Sin embargo habrá que seguir insistiendo en este cometido y buscar una solución compatible con los objetivos éticos y de equidad social.

LOS DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

La educación médica y la medicina son prácticas sociales cuyos fines y medios se tienen que definir históricamente considerando las necesidades de cada sociedad. En la actual coyuntura, las escuelas tendrán que tomar posición frente a la **crisis** y la **tecnología** como determinantes de las posibilidades de su respuesta social y de su impacto. Sin embargo, la **equidad** como valor social orientador se define en este momento como un criterio básico de su pertinencia y legitimidad como instituciones.

Edimburgo puede ser una oportunidad para que las escuelas definan un **nuevo compromiso social** que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad. Puede ser también la oportunidad para generar un **nuevo modelo científico** biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la comunidad. Asimismo, puede constituirse en un espacio para debatir y redefinir una **nueva ética**.

Es necesario un nuevo estatuto de valores que trascendiendo la influencia de los cambios en los patrones de práctica, reconstruya la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional y la función social de atender las necesidades de salud y considere las dimensiones de las relaciones entre el médico y el paciente, entre los “trabajadores colectivos” y entre la educación y la práctica médicas.

No se puede dejar de resaltar la importancia de esta última en la actual coyuntura, ya que la relevancia social de la educación médica como criterio ético entra en contradicción con el criterio de calidad de atención dominante, definido en lo esencial por la tecnología incorporada, y que tiende a ser asumido en los mismos términos en el proceso de formación.

En ese rescate del compromiso con la sociedad, las escuelas no podrán ni deberán quedar al margen del debate sobre la equidad y la búsqueda de formas de organización de la atención, que combinen mecanismos solidarios con la calidad necesaria para atender las necesidades sociales y superar las diversas formas de segmentación y exclusión social.

El acompañamiento de los desarrollos científicos deberá contribuir a que la educación médica pueda definir con claridad los conocimientos requeridos para las situaciones sanitarias epidemiológica y socialmente prioritarias. Las escuelas deberán estar abiertas al diálogo con otros saberes médicos legítimos y culturalmente validados, e integrar los conocimientos y métodos de las ciencias sociales para la comprensión de una problemática que es esencialmente social.

Sería un error cerrar las puertas del saber y la práctica médica a las realizaciones y posibilidades tecnológicas, pero será necesario fijar prioridades, criterios de eficiencia y eficacia tecnológicas, integrar tecnologías autóctonas e impulsar tecnologías apropiadas.

Estas condiciones pueden ser la base para construir otro modelo científico, integral e integrador, que por medio de estrategias de trabajo interdisciplinario y del diálogo entre distintos saberes, pueda ayudar a redefinir las relaciones entre la práctica y la educación médicas y su objetivo fundamental.

La superación de la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas en el contexto de la medicina moderna obligará a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica

del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad. Por ese camino transitan las posibilidades de resolver este viejo dilema de la educación médica. Será necesario continuar formando mejores especialistas al mismo tiempo que se rescata y fortalece la formación general de grado reubicándolo en el equipo de salud y promoviendo su papel y estima sociales.

El desarrollo económico y social previsible y deseable y los ajustes que sus logros y condiciones van a requerir, seguirán siendo permanentes estímulos, retos y limitaciones para el ejercicio de la práctica médica y por tanto, para los procesos de formación de los médicos de ahora y del futuro. Estos retos y limitaciones, mucho más que las decisiones o voluntades internas de las instituciones académicas formadoras de personal, orientarán el saber y el hacer de médicos, profesores, autoridades y estudiantes de medicina. Preverlos, interpretarlos, confrontarlos y traducirlos en contenidos, métodos, metas y objetivos de la profesión es una tarea que requiere el concurso no solo de los médicos sino también de otros profesionales y actores sociales comprometidos en entender y atender los problemas de salud del presente y del futuro.

LA CONTRIBUCIÓN EN AMÉRICA LATINA

Para la recolección de los puntos de vista de las autoridades responsables de la educación médica en América Latina, se plantea la posibilidad de registrar su reacción a las consideraciones vertidas en este documento y especialmente de sus dos últimos capítulos relativos a los desafíos de la educación médica y a las cuestiones específicas que a continuación se presentan:

1. La búsqueda de altos niveles de complejidad en la atención médica a costa de una progresiva incorporación de tecnología de punta ha elevado el costo de la atención y reducido la accesibilidad de estos servicios a la población, con evidente deterioro de la equidad.
Complejidad y Cobertura
¿Cómo lograr que en la formación del médico se incorpore tempranamente el debate sobre el dilema entre complejidad y cobertura y su relevancia social?
2. La crisis de recursos afecta no solamente el funcionamiento de las escuelas y facultades, sino también la calidad del proceso educacional y la investigación científica.
Equilibrio entre necesidades y objetivos institucionales

¿Cómo asegurar un balance entre las exigencias y posibilidades de satisfacer las necesidades inmediatas de recursos y el mejoramiento de la calidad educativa, sin que esto signifique un mayor aislamiento de las necesidades sociales y la pérdida de objetivos trascendentes de la institución?

3. A pesar de que la práctica médica está sometida a un proceso de progresiva institucionalización, el modelo de ejercicio liberal individual de la profesión médica continúa siendo la imagen dominante del futuro médico y de sus docentes.

Práctica liberal versus institucional

¿Cómo traer al nivel formativo una imagen más realista de la futura práctica profesional que reorienta el proceso formativo?

4. Aun admitiendo la influencia dominante del patrón de práctica médica sobre el proceso formativo, se reconoce en este último un grado de autonomía relativa.

Autonomía de la educación médica

¿Es posible delinear estrategias que aprovechen al máximo las potencialidades de autonomía del proceso de educación médica en la dirección de mayor compromiso social y ético?

5. Es innegable que la calidad de la atención médica debe ser permanentemente mejorada para lo cual es indispensable desarrollar adecuados sistemas de evaluación con la participación entre otros de los usuarios y las escuelas de medicina.

Calidad y control social

¿Cómo contribuir a la operacionalización de este sistema de evaluación e incorporar en la formación médica la necesidad del control social de la práctica profesional?

6. Por más que hayan contribuido las ciencias biomédicas y el instrumental didáctico pedagógico para el avance de la educación médica, han sido las ciencias sociales las que han logrado mayor impacto en promover la comprensión de los determinantes de la práctica médica.

Incorporación de las ciencias sociales

¿Cómo lograr la incorporación de las ciencias sociales como uno de los ejes articuladores de la educación médica?

7. La sola exposición a la atención médica en el contexto comunitario podría no ser suficiente para inducir el desarrollo de un patrón de práctica más orientado a las necesidades de la población y que enfatice la prevención y promoción de la salud sobre la curación.

Contexto comunitario, biológico y social

¿En qué medida podría contribuir a esto una mayor articulación del conocimiento biológico y social, facilitando una mejor comprensión de la problemática de salud en toda su extensión y una profundización de las experiencias en comunidad promoviendo una mayor coherencia entre teoría y práctica social?

8. Una interpretación inadecuada del abordaje educativo centrada en problemas ha favorecido el manejo de situaciones específicas en forma aislada de su fundamentación científica, confundiendo la deseable interdisciplinariedad con un enfoque trivial de poco potencial formativo.

Solución de problemas y modelo educativo

¿Cómo resguardar el abordaje científico-técnico al enfocar en un contexto interdisciplinario la formación del futuro médico, ayudándole a la búsqueda del conocimiento necesario para la solución de los problemas prioritarios, colocados en una visión integral del ser humano en la sociedad?

9. La subordinación institucional y la práctica tecnológica colectivizada alteran la relación médico-paciente con reducción de la autonomía y responsabilidad del médico.

Relación médico-paciente y ética

¿Cómo compensar esta situación replanteando el sentido ético de la profesión y en qué manera la escuela y el proceso formativo pueden apoyar este intento?

10. La idea de un nuevo contrato social replantea el rol del médico en el ámbito del proceso salud-enfermedad y en la forma de inte-

El nuevo contrato social

ractuar en el equipo de salud y puede equiparar en fases diferentes del cuidado médico los papeles del generalista y el especialista.

¿Cómo vislumbrar estas nuevas concepciones tanto en la práctica como en la educación médica?

E **EL RETO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA FRENTE A LOS NUEVOS PARADIGMAS ECONÓMICOS Y TECNOLÓGICOS¹**

Lilia Blima Schraiber,² André Cezar Medici³ y Ricardo Bruno Mendes Gonçalves⁴

I. INTRODUCCIÓN

Este texto tiene el objetivo de discutir los cambios ocurridos en el proceso de la educación médica, a la luz de las transformaciones que se dieron en la economía, en la sociedad y en el proceso del trabajo en salud.

Con ese objetivo el artículo se ha dividido en cinco partes. En la primera se definen algunos parámetros que caracterizaron la relación entre la economía y la salud durante el siglo XX y las perspectivas para el siglo XXI. En la segunda, se discuten la influencia de los cambios tecnológicos en la educación y en la práctica de la medicina. Los panoramas para el trabajo médico en el futuro próximo se analizan en la tercera parte mientras que el impacto de estas transformaciones frente al problema de la ética médica se discute en la cuarta. La quinta y última parte de este artículo aborda la cuestión de la enseñanza médica a la luz de estas transformaciones y de estos condicionamientos.

Sin aferrarse a contextos coyunturales concretos y específicos, este texto solamente pretende plantear algunos parámetros e hipótesis que

¹ Texto elaborado a petición de la Organización Panamericana de la Salud con vistas a atender los términos de referencia relacionados con los impactos de la crisis económica y las transformaciones tecnológicas en la práctica de la medicina y en la educación médica.

² Profesora, Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo, Chile.

³ Coordinador del Área de Políticas Sociales del Instituto de Economía del Sector Público — IES/FUNDAP.

⁴ Profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo, Chile.

puedan subsidiar la discusión de los programas de medicina y del papel de las escuelas médicas en el contexto mundial y, específicamente, en el de América Latina.

I. LA ECONOMÍA Y LA SALUD EN EL UMBRAL DEL SIGLO XXI

El siglo XX, desde el punto de vista de la economía, se ha caracterizado por grandes movimientos: la división del mundo en bloques económicos; el uso nacional del progreso técnico y de las innovaciones tecnológicas, administrativas y financieras del proceso de acumulación de capital, y el crecimiento y la generalización de las sociedades de producción y de consumo masivos; nuevas formas de concurrencia y organización de la producción; nuevos procesos de trabajo y nuevas relaciones salariales establecidas entre las empresas y los trabajadores; cambios en las formas de administración de la moneda y de los sistemas financieros y bancarios, y la marcada presencia del Estado en la regulación económica. Estas son algunas de las transformaciones que ocurrieron a lo largo de este período.

Estos movimientos, debido a que no son estáticos, han caracterizado los modos de regulación a través de su combinación, que no es más que los arreglos combinados de las formas institucionales definidas en el párrafo anterior. Desde finales del siglo XIX hasta mediados de los años treinta, la combinación de esas formas institucionales se centraba en el modelo "taylorista" de la organización de la producción y del trabajo.

El vínculo básico del taylorismo como modo de regulación consistía en la ausencia de los medios de distribución de los frutos de crecimiento. Al mismo tiempo que se generalizaba una sociedad de masas asalariadas buena parte del excedente productivo se canalizaba para acumular capital y no para mejorar las condiciones de vida de la población, ya que la productividad no aumentaba los salarios.

La forma básica de organización de los servicios de salud bajo la égida del taylorismo se basaba por un lado, en la economía liberal, y por el otro en las estructuras "asistencialistas" de la atención médica que se generalizaban entre las empresas y los sindicatos de trabajadores (en algunos países con el aval y la garantía del Estado). La asistencia médica aumentaba así su grado de cobertura con el mismo ritmo que crecía y se generalizaba el asalariamiento formal del mercado de trabajo. La medicina no disponía de los medios técnicos recientes y su costo estaba casi integralmente asociado con el mantenimiento de la fuerza de trabajo.

Los autores partidarios del enfoque regulacionista caracterizan el período que va desde 1930 hasta 1945 como la transición entre el taylorismo y el fordismo, que constituyó el modo de regulación que marcaría

el período transcurrido desde el final de la guerra hasta la primera mitad de los años setenta.

El fordismo representó la llamada "edad de oro" del siglo XX. Casi treinta años de crecimiento económico ininterrumpido en los países centrales, con efectos positivos sobre el crecimiento de la periferia, marcados por el impulso dado a través del proceso de la sustitución de importaciones. La característica básica del fordismo, en contraposición con la regulación taylorista, fue la presencia marcada de los mecanismos de distribución en el horizonte del proceso de desarrollo económico. Los salarios aumentaron más que la productividad y las innovaciones tecnológicas se convirtieron en mercaderías abundantes y baratas que permitieron el acceso amplio de la población a determinados mercados que antes estaban restringidos a las clases alta y media con mayores ingresos.

El fordismo también se caracteriza por la disminución del crecimiento de la población en los países desarrollados, que representó el final del proceso de transición demográfica en esas sociedades. La mayor productividad y la abundancia, la extensión del asalariamiento a la casi totalidad de la población adulta, la incorporación efectiva de la mujer al mercado de trabajo y la universalización de las políticas sociales fueron apenas algunos de los rasgos más destacados de este período.

En la mayoría de los países desarrollados la universalización de la asistencia médica puso al Estado en el papel de motor y centro del proceso de prestación de los servicios de salud. A través del Estado fue posible extender la cobertura de salud a la totalidad de la población, independientemente de que hubiera o no un vínculo de contribución con alguna institución de seguridad.

Es válido destacar, desde el punto de vista económico, que el fordismo representó un aumento en los costos de los sistemas de salud. Este aumento en los costos se puede analizar a partir de cuatro determinantes.

Incorporación tecnológica

Cabe destacar que los bienes y los servicios de salud aumentaron sus costos en toda la fase fordista a un ritmo muy rápido, en función de la naturaleza del proceso de incorporación tecnológica del sector salud.

Esta afirmación se convierte en una aparente paradoja, ya que siempre se consideró la tecnología como un factor en el aumento de la productividad y la reducción de costos. En cuanto a la salud, se pueden identificar dos formas de actuación del progreso técnico: en los medios de diagnóstico y en la terapia, y en los procedimientos ambulatorios y en las intervenciones quirúrgicas que caracterizan al acto médico de una manera más apropiada.

En el primer caso, se observó que durante todo el período fordista el progreso técnico actuó en sentido convencional: economizar fuerza de trabajo. Tenemos el ejemplo de la automatización de los laboratorios de análisis clínicos en los años setenta por medio de la creación de procesos que permitieran la lectura, la clasificación y el análisis informativo de las muestras de sangre. Eso produjo a nivel mundial, una gran reducción en el empleo de laboratoristas. Eso mismo ocurre ahora con los diagnósticos por imagen, donde los equipos modernos de rayos-X eliminan la mano de obra tanto para operar el equipo como para revelar la placa. Sin embargo, hay nuevos medios de diagnóstico como son los ultrasonogramas que no solamente permiten que los médicos desempeñen sus funciones de siempre, sino que además originan nuevos profesionales: los operadores de los nuevos equipos.

En el caso de la terapia podemos verificar que hay equipos como el de hemodiálisis que permiten prolongar la vida de un paciente renal crónico sin que esto elimine la mano de obra profesional, ya que se necesita personal técnico calificado para operar estos equipos.

La tecnología en salud no produciría la reducción del empleo, en el sentido clásico que lo atribuye al aumento de productividad, si fuese aplicada a los procesos de trabajo de flujo continuo como ocurrió durante la etapa fordista en los años cuarenta y setenta. Lo que ocurre es que la gran mayoría de los procedimientos terapéuticos están caracterizados por los procesos de trabajo de flujo discontinuo.

En virtud del poco impacto que el progreso técnico tuvo sobre la reducción de empleo a lo largo del fordismo, no se eliminó (e inclusive se intensificó) el carácter de “dedicación intensiva de la mano de obra” del sector. Con eso, los costos vinculados con un sector que cada vez incorpora más tecnología en equipamientos de diagnóstico costosos tiende a crecer vertiginosamente a lo largo del tiempo.

La experiencia fordista en cuanto a la incorporación de tecnología en salud trajo un fuerte crecimiento de los costos asociados al sector, lo que ha sido examinado en los estudios sobre “inflación médica”. En 1993 los costos de servicios pagados por Medicare en los Estados Unidos aumentaron el 13% por encima de la inflación oficial de ese país.

Cambios en la esfera demográfica

Durante el período fordista los costos de los servicios de salud aumentaron en los países desarrollados debido a la estructura de edad de la población.

La curva de costos de los servicios de salud por edad tiende a asumir la forma de una “J”, es decir estos costos son relativamente altos

en los primeros años de vida y tienden a reducirse en la segunda infancia, en la adolescencia y en la primera década de la etapa adulta, y vuelven a aumentar después de los treinta años, etapa en que la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas es más alta.

La actividad reproductiva hace que los costos asociados con la salud sean mayores en las mujeres. Sin embargo, es a partir de los sesenta años que el aumento de costos individuales en los servicios de salud se hace mayor.

Desde la posguerra los países desarrollados vienen atravesando un creciente proceso de envejecimiento de la población lo que naturalmente justificó la elevación de los costos asistenciales que ocurrieron a lo largo del fordismo.

Extensión horizontal y vertical de la cobertura

Otro factor que presiona sobre el aumento de los costos de los servicios de salud es la extensión horizontal (la universalización progresiva del sistema) y la vertical de la cobertura (la creación de modalidades asistenciales nuevas y más complejas en cuanto a los derechos de la población cubierta). En la mayoría de los países desarrollados es común la incorporación de servicios de asistencia psicológica, psiquiátrica y de medicina alternativa en los sistemas universales de salud. Este hecho ha representado, en opinión de muchos, uno de los principales elementos de presión de los costos sobre el sistema.

Crisis estructural del fordismo

Además de todos esos factores que históricamente presionaron el aumento del costo de la asistencia médica asociados con el advenimiento y con el apogeo del fordismo, surgieron, a partir de la segunda mitad de la década de los años setenta, otras presiones de costo ligadas a la crisis del fordismo. De esta forma, el crecimiento de la demanda de servicios de salud determinó nuevos costos vinculados con la intensificación de la coyuntura recesiva, como la migración de contingentes de población de la periferia mundial hacia los países del centro.

La crisis del fordismo no es una crisis de coyuntura, sino más bien un gran momento de reorganización de las fuerzas productivas a escala mundial. La tecnología rígida del taylorismo y del fordismo dio lugar a una automatización flexible. El uso sistemático de la informática, de la telemática y de la robótica, así como el descubrimiento de los nuevos materiales y los avances en el campo de la biología y de la ingeniería genética

crearon nuevos horizontes en el dominio de la tecnología y modificaron los procesos del trabajo en el sentido de transformar las actividades productivas de flujo discontinuo en actividades y en procesos de flujo continuo.

La automatización desvaloriza y hace que el trabajo manual sea cada vez más inútil y permite su sustitución progresiva por el trabajo intelectual en todos los campos de la producción y de los servicios. La separación entre producción y servicio se vuelve carente de sentido, dado que la producción física de los bienes se vuelve cada vez más una actividad fuera del ámbito del trabajo humano, en la misma proporción en que crece la cantidad de los servicios necesarios para precalificar un proceso de producción.

Es evidente que todos esos cambios alterarán significativamente el sentido de las relaciones sociales y de trabajo, que pasan a ser marcadas también por la flexibilidad. El aumento sistemático del nivel de desempleo al final de los años setenta y principios de los ochenta, junto con las nuevas estrategias de las empresas, tales como la desconcentración industrial y la automatización flexible, hacen que los sindicatos alteren su comportamiento y sus formas de actuación.

La flexibilidad consiste en negociar estrategias salariales y programas sociales con las condiciones permitidas por la situación económica de las empresas, de la región y del país, de forma de no obstaculizar el crecimiento de la economía o la estabilidad del empleo. Para llegar a una estrategia tal de negociación es imprescindible que no haya rigidez de las partes interesadas en la negociación y que las informaciones incluidas en la negociación cuenten con una visibilidad total, en la medida en que el proceso tradicional de "esconder el juego" conduce a que todos pierdan.

La flexibilidad permite que los trabajadores moderen sus reivindicaciones —e incluso que asuman pérdidas salariales o cortes de beneficios sociales públicos— como forma de conservar su empleo. Esa ha sido la estrategia principal de los sindicatos para evitar que las empresas prosigan con la escalada de demisiones frente a las estrategias de utilización de tecnología, con la desconcentración industrial y la reducción de tamaño de las plantas.

La flexibilidad también se verifica dentro del contexto de las relaciones económicas internacionales, en las que nuevos bloques económicos y realineamientos surgen en función de un contexto marcado por la reducción del proteccionismo y por el retorno de los sistemas de libre comercio basados en las ventajas comparativas. Las alianzas comerciales tienden a ser mucho más fugaces que antes, en vista de la capacidad de los países para reciclar su producción en función de la naturaleza cada vez más dinámica de los mercados mundiales.

La flexibilidad envuelve nuevas formas de vinculación del Estado con la sociedad, en donde se hacen frecuentes los procesos de captar, en

sintonía fina, la demanda de la población. Eso significa abandonar la conducción corporativa del aparato del Estado e introducir nuevas formas de administración que garanticen una mayor eficiencia, eficacia y efectividad de la acción pública.

En el caso de los países desarrollados, las privatizaciones y los contratos de administración han sido formas adecuadas a la garantía de la satisfacción de las demandas sociales, en un contexto en donde se hace necesario reducir el gasto público dada la amenaza permanente de la crisis fiscal.

Todo esto indica que la crisis del fordismo inaugura una transición hacia una nueva fase del desarrollo de la economía mundial. La flexibilidad de las condiciones de trabajo, del capital y de la tecnología marcará el nuevo modo de regulación, cualquiera que sean sus nexos básicos.

Cabe destacar que la perspectiva de flexibilidad no apunta hacia la solución del problema de la equidad. Se puede decir que el fordismo, en cuanto al modo de regulación, representó un avance para la equidad social en relación con el taylorismo. Al final de la fase fordista la concentración de la renta en los países centrales era mucho menor que la existente a principios de siglo. El fordismo propició una mayor participación de los salarios en el producto interno bruto (PIB), así como trajo sistemas de protección social que permitieron la inserción de los derechos universales de la salud y de la educación en la perspectiva de las masas. El fordismo también permitió una mejoría de la situación de algunos países —inclusive en América Latina— por la transferencia de flujos de capital y de tecnología hacia esos países. Dentro del contexto del fordismo fue que algunos países asiáticos, como Corea y Taiwan, entre otros, consiguieron romper los amarras del subdesarrollo y comenzar a realizar su papel como nuevas naciones industrializadas.

El contexto de transición hacia un modo de regulación flexible surge en un momento de radicalización neoliberal donde la perspectiva de reducción de algunas conquistas del fordismo vuelve a amenazar las posibilidades de una mayor equidad. Ha sido prueba de ello:

- la elección de gobiernos conservadores en los países centrales que dominan el contexto de los principales países desarrollados desde mediados de la década del ochenta;
- la incorporación de propuestas neoliberales en la retórica y en la práctica de los gobiernos socialdemócratas (cosa que ocurre en países como Francia, España e Italia).

Estos dos fenómenos en conjunto han sido responsables de la creación de situaciones que llevan a la progresiva ruptura de los lazos de solidaridad entre la sociedad y los trabajadores, la sociedad y el Estado y

el Estado y los trabajadores, invirtiendo el sentido redistributivo contenido en la conducción política bajo la égida del fordismo.

De esa manera, el surgimiento y la profundización de las desigualdades sociales amenaza a los países de los Estados Unidos y Europa, donde se observa la ruptura de algunos lazos de solidaridad social contruidos a lo largo del Estado de Bienestar, expresados en hechos como el resurgimiento del racismo, el cierre de las fronteras para impedir la inmigración, y el corte selectivo de programas destinados al amparo de los grupos con menos recursos en la población urbana.

Ese contexto de resurgimiento intenso del proteccionismo, del nacionalismo y de la xenofobia amenaza en gran manera el último sueño fordista: la unificación europea. Aun cuando eso ocurra, existen serias restricciones nacionales para la unificación de la moneda, de los mercados y de los proyectos de inversión, en un contexto donde la democratización del este de Europa introdujo nuevas desigualdades y singularidades que desequilibran las condiciones previas de la unificación.

Las políticas de salud y su financiamiento son un ejemplo vivo del crecimiento de las desigualdades dentro del contexto de los países desarrollados. En los Estados Unidos, a comienzos de la década del noventa, hubo un gasto de aproximadamente US\$ 680.000 millones en programas de salud. De estos recursos, cerca del 29% correspondió a gastos de asistencia médica destinada a menos del 1% de beneficiarios, mientras que existen alrededor de 35 millones de personas que carecen completamente de asistencia médica.

¿Cuál es el impacto de la crisis del fordismo en los países que, como los de la América Latina no conocían plenamente las relaciones de producción que se desenvuelven en su ámbito, o que experimentaban en la vida solo una especie de "fordismo periférico" en sus áreas metropolitanas para usar la expresión de Alain Lipietz? ¿Cómo pensar en los programas de ajuste y en las estrategias de flexibilización en los contextos en que la mayoría de la población no tiene acceso a los programas asistenciales básicos de salud, educación, alimentación, vivienda y saneamiento?

El proceso de democratización en algunos países de América Latina sucedió dentro de un contexto de reducción de las expectativas de redistribución de los frutos del crecimiento. Una gran parte de la economía de estos países permanece inserta dentro del contexto de la crisis y tiene pocas perspectivas a corto plazo de retomar el crecimiento.

Es verdad que algunos países como Argentina, Chile y México, han conseguido recientemente escenarios más positivos para retomar ese crecimiento. El saneamiento de la economía, junto con la reducción de la inflación y del déficit público, la modernización del Estado y la obtención de contextos más favorables para la negociación de sus deudas externas han permitido rescatar el optimismo perdido ya hace más de una década.

Mientras tanto, dentro del contexto actual de inestabilidad financiera internacional, no existen mayores motivos para asignar a los proyectos económicos que dependan mucho de los condicionantes externos.

En cuanto a los sistemas de salud, se puede decir que tanto en los países desarrollados como en el contexto latinoamericano, se registra una fuerte tendencia al crecimiento de los mercados que combinan formas de atención médica públicas y privadas. Estos procesos se basan en la garantía de la cobertura mínima para las poblaciones desprovistas de recursos por parte del sector público, junto con formas más solidarias en cuanto al nivel de financiamiento, por parte de los segmentos de población con mayor ingreso.

Ese "mix" de formas asistenciales públicas y privadas ha respaldado, por una parte, la generalización del asalariamiento médico que se inició con el fordismo, junto con la flexibilidad de las jornadas de trabajo que garanticen la combinación de múltiples vínculos y formas ocupacionales.

El contexto de la automatización flexible no está lejos del horizonte de la medicina. Hoy ya se habla de la sustitución de los procesos de trabajo de flujo discontinuo por los procesos de trabajo de flujo continuo, inclusive en las actividades consideradas tradicionales para el trabajo médico, como es el caso de la cirugía. En un futuro no muy lejano, el desarrollo de la tecnología traerá consigo la producción de nuevos equipos y maquinarias que se utilizarán en actividades nunca antes pensadas. El trabajo médico pasará a ocupar un lugar detrás de las máquinas y los equipos y los médicos se convertirán en profesionales sometidos a una rutina. Una despadronización —fruto del desarrollo de la automatización flexible— no está tan distante del horizonte de la medicina.

En el caso de los países en vías de desarrollo, el acceso y la cobertura de la salud sigue siendo una cuestión de extrema importancia. La utilización de la así llamada atención primaria de salud, a partir del uso de técnicas simplificadas de medicina, podrá ser una de las alternativas de largo uso en esos países lo que ciertamente acarreará diferenciaciones en la naturaleza de la enseñanza médica en relación con los países centrales.

Si por una parte las estrategias de atención primaria se basan en procedimientos simplificados, por otra, estas precisan de una compleja tela de organización para el funcionamiento de las redes de servicios de salud. Hasta ahora, gran parte de la falta de éxito de estas estrategias no está vinculada con el problema asistencial "en sí", sino con las dificultades asociadas con el modelo de administración de esas redes. Por fin, pero no por ello de menor importancia, es válido destacar que el cuadro de combinación de las enfermedades crónicas con las enfermedades endémicas, que es característica de la mayor parte de los países de América Latina, en donde el proceso de urbanización no elimina el riesgo de las enfermedades propiciadas por la ausencia de higiene, hacen que el contexto de la com-

plejización de la tecnología se desarrolle en conjunto con las estrategias de atención primaria, lo que origina una multiplicidad de modelos asistenciales que son difíciles de integrar en el contexto de las acciones de salud pública.

La combinación de los patrones de distribución de la renta altamente concentrados con esta diversidad de modelos asistenciales hace cada vez más difícil el desarrollo de estrategias que puedan coordinar y transmitir racionalidad a los modelos asistenciales existentes en el contexto de América Latina.

De esa forma, si se resolviera la crisis económica de América Latina en los próximos años, como apuntan las perspectivas de algunos países del continente, el sector público y las escuelas de medicina tendrían que dar cuenta de esta diversidad de formas asistenciales que aparentemente no pueden integrarse.

II. IMPACTOS DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA ASISTENCIA Y EN EL TRABAJO MÉDICO

En esta parte se pretende reflexionar sobre la dinámica del desarrollo científico tecnológico en la medicina y su impacto sobre la acción médica. Existen dos abordajes necesarios en esta dirección, dado que representan enfoques complementarios.

El primer abordaje nos ha de servir para destacar la dimensión asistencial de las distintas formas de estructuración de la práctica médica, caracterizándolas en esa dimensión relativa al plano más general de la organización de la práctica. O sea, de un lado tomamos la institucionalización de los servicios como un producto significativo del desarrollo tecnológico ya sea que este se incorpore a través de la "empresa pública" o a través de la empresa privada. Por otra parte, toda la problemática que se produce desde la captación de clientelas hasta el acceso efectivo de cada uno de los enfermos a los servicios, o desde la capacidad de respuesta para con las necesidades de salud más generales de la sociedad hasta las respuestas cualitativamente adecuadas frente a las demandas singulares de los usuarios se incluirán bajo la noción de "condición asistencial de los servicios". No nos restringiremos, por lo tanto, a la oferta de los servicios tal como se da a partir de las diversas formas de organización institucional y empresarial de estos.

En el sentido de estas observaciones, de antemano tomaremos la estructuración de la asistencia médica como el resultado simultáneo de tres órdenes de influencia: en función de la disposición de los servicios en los sectores públicos y privado; en función de las interrelaciones entre estos sectores en la organización social de la producción de los servicios, y en función de las modalidades empresariales a las que se conforman los ser-

vicios al tener que responder en forma simultánea al trabajo compuesto de acciones más o menos especializadas (trabajo más o menos colectivizado y tecnologizado) y a la capacidad institucional para financiar estas acciones.

El segundo abordaje tendrá que ser más hacia el interior de la microfísica de la acción médica: tratar de examinarla en cuanto a proceso de trabajo. Este último aspecto pone de manifiesto el carácter actual de la medicina en cuanto a su disposición en la sociedad en actos parciales e interdependientes para la realización total de aquellas mismas necesidades, donde su eficacia social pasa a significar solamente la asistencia compleja fruto de un colectivo de trabajos.

Desde este ángulo, la estructuración a la que se hizo referencia anteriormente definirá la dinámica posible de las relaciones entre el objeto de esta práctica: el paciente; el médico -agente de trabajo- y sus medios para aprehender y transformar el primero. Este abordaje nos permite detectar la existencia de varias situaciones de trabajo que vamos a enfocar como modalidades de "organización tecnológica del trabajo". Tales condiciones pueden estar correlacionadas, a veces, con modalidades específicas institucionales-empresariales. Sin embargo, una misma modalidad de organización institucional-empresarial de asistencia médica también puede comportar más de una modalidad de organización tecnológica del trabajo.

Hay una ventaja innegable en este doble enfoque, y de ahí la presencia obligatoria del segundo abordaje propuesto en este texto para que se combine con el primero, que es más común en los análisis que subsidian a la planificación y a las políticas públicas en salud. Esta ventaja consiste en poner en evidencia el interior del examen del proceso de trabajo, la posición que en este ocupa su agente, en referencia con sus medios de práctica, y con el objeto de su acción. Esto nos permitirá analizar cómo se relaciona el médico y la dinámica de la actividad de su trabajo con los equipos y los instrumentos de práctica, el saber médico y el paciente.

Consideraremos aquí la práctica médica, desde la perspectiva del significado que tiene su estructuración para el médico, en la medida en que a ella se incorporan las innovaciones tecnológicas. Este enfoque será productivo para conectarnos con los cambios ocurridos en la esfera de los servicios con el plano educacional, en el que este mismo agente se habilita para un ejercicio profesional dado, que se presupone corresponda a ciertas condiciones tecnológicas de trabajo, y por ende a ciertos patrones de organización institucional de los servicios que producirá.

Para destacar mejor los impactos de la incorporación tecnológica en la práctica del médico, vamos a valernos de alguna recuperación histórica de la evolución de la medicina moderna, y sobre todo examinar los contrastes entre los dos momentos bien delimitados: la medicina liberal, que ocupa el período histórico desde el siglo XIX hasta los años 20-60 de este siglo (alrededor de los años 20 para los países desarrollados, como los

Estados Unidos por ejemplo, y de los años 50-60 para los países de desarrollo capitalista más tardío); y la medicina tecnológica, contemporánea y más actualizada, especializada y que incorpora la tecnología material.

Nuestro objetivo con este procedimiento será señalar la complejidad de las fases de transición entre momentos de esta naturaleza, es decir las que definen modos de intervención estructurados y maduros desde el punto de vista de sus fuerzas productivas. Inclusive porque sostenemos la hipótesis de que en el actual momento histórico la medicina enfrenta un nuevo pasaje.

Se trata de una transición de esta medicina tecnológica con su división técnica y social del trabajo hacia otra muy diferente. Todavía no sabemos cómo madurará en cuanto a modelo de intervención, pero ya podemos vislumbrar su reorientación en cuanto a la finalidad social de la acción médica. También podemos vislumbrar que la segmentación tripartita en medicina clínica, quirúrgica y diagnóstico-terapéutica, tradicional en la medicina tecnológica pero impensable en la medicina liberal, no conseguirá mantenerse inalterada, ya sea en términos de la repartición técnica de las tareas, o en sus respectivos valores para la sociedad.

Si tuviéramos razón con esta hipótesis, no solo tendríamos que reformar la escuela médica, una problemática ya ampliamente enfatizada tal vez hasta por la percepción de muchos acerca de la importancia del momento histórico que estamos atravesando. Una oportunidad sin igual que nos abren las fases de transición es la de la elección consciente, aunque relativa, de nuevos rumbos: repensar conscientemente sobre la medicina en cuanto a acción social y reorientar en las escuelas médicas el sentido social de la educación.

III. EL PANORAMA DE LA PROFESIÓN

Una buena parte de la bibliografía que se dedica a una apreciación crítica acerca del ejercicio de la medicina ha puesto énfasis en señalar un cambio radical de la situación que este trabajo ocupa hoy en día en la estructura social, en referencia con su posición en el pasado.

En la medicina liberal, el trabajo médico se estableció como una profesión noble, un trabajo de élite al cual correspondió una gran soberanía profesional.

En el plano social más general, al médico le cupo un gran prestigio y poder por el respeto, la confianza y la aceptación social de su autoridad técnica. En realidad diríamos que, en conjunto, operando como una empresa cerrada y bien estructurada, los médicos obtuvieron la validación de las ciencias médicas y la legitimización de sus aplicaciones tecnológicas y adquirieron el status de profesión noble en el consenso social;

a lo largo de todo el siglo XIX se construyó toda una hegemonía cultural en este sentido.

En el plano más específico de su acción, como intervención en la vida social que recupera a los enfermos y más adelante se torna hacia la salud, esta situación privilegiada en la sociedad le permitió al médico retener por más de un siglo el control total de su ejercicio: los monopolios del saber, de la enseñanza, de la ejecución técnica y de la evaluación de su desempeño. En síntesis, una profesión autorregulada.

Una vez que se volvió profesión, la medicina también se desarrolló como parte del movimiento propio de la sociedad en que se aceleró radicalmente una producción en **escala** de bienes y servicios; se redefinió la repartición del trabajo social, se modificaron los patrones de vida y se transformaron los estratos sociales. En este proceso de desarrollo, la medicina amplió, diversificó y alteró de tal modo la configuración de su ejercicio que, para muchos, "se perdió" en la complejidad que creó. Actualmente se usan mucho términos como "desprofesionalización" y "proletarización" de la medicina para definir desde esta perspectiva negativa, las transformaciones que han tenido lugar. El primer término pone el acento sobre la pérdida de la soberanía profesional del consumidor, y el segundo sobre una pérdida idéntica de parte del poder de la dirección de los servicios. No vamos a entrar en este debate, pero compartimos con este la percepción de que, en la medicina tecnológica de estos días, el trabajo médico varió las bases tecnológicas de la intervención de manera tal que reorientó la antigua autonomía de sus agentes, ya sea en la conformación institucional de los servicios médicos, o en la organización de la acción técnica.

A nuestro parecer, esta reorientación tuvo diversos efectos, ya sea que se trate de la corporación en su conjunto o del médico en forma individual en su ejercicio que funciona como trabajador directo. Pero este hecho no va a ser nuestro objetivo central de examen.

Teniendo en cuenta la dimensión más general de la transformación ocurrida en la soberanía profesional, con las pérdidas consiguientes en el dominio que ejercían anteriormente los médicos sobre la medicina, estaremos buscando su significado y su dirección particularmente en lo que hace al agente de este trabajo: al médico como productor directo del servicio, considerando las dos dimensiones ya mencionadas: la de la asistencia producida y la de la actividad del trabajo realizado.

Uno de los dos primeros aspectos contrastantes que podemos señalar al comparar la medicina tecnológica con la medicina liberal, es el que se relaciona con la forma más inmediata por la que se perciben los servicios.

En la medicina liberal, la característica que nos llama más la atención es la constatación de las conformaciones institucionales, la uni-

formidad de los procedimientos dentro de la pequeña pero existente diversidad de las acciones técnicas. El establecimiento de la medicina tecnológica instaura diferenciaciones de todo tipo: extiende los servicios ampliando la asistencia para la población, pero simultáneamente formaliza mecanismos de diversificación en la producción de servicios, legitimizando la constitución de prácticas que no solamente son técnicamente diversas, sino que son cualitativamente desiguales en su capacidad de satisfacer las necesidades asistenciales. Lo peculiar del actual modelo no está en haber cambiado el patrón de práctica y de asistencia, sino en haberlo hecho por medio de la institucionalización de las diferencias.

Por una parte, el contenido técnico del trabajo individual se multiplica en las especialidades médicas con una incorporación sólida y simultánea de los equipos terapéuticos y de diagnóstico al acto técnico. Por otra parte, la organización de estos trabajos (ahora cada vez más interdependientes entre sí), se transforma de unidades de servicio cuya base fue el trabajo más aislado e independiente del consultorio privado, a unidades de servicio que se fundan en el trabajo típicamente cooperativo, como el hospitalario o el de las clínicas ambulatorias. Se trata del trabajo colectivizado, cuya composición, en términos de trabajos parciales, cualitativa y cuantitativamente, se diferencia por los diversos patrones sociales y técnicos en la dependencia de la organización empresarial de las instituciones.

Esta configuración del modelo empresarial en la organización del trabajo, por implicar diferentes patrones financieros para la constitución de las unidades de producción que resultan en una variada gama de instituciones con grados diversos de concentración de recursos, estableció unidades más o menos amplias de producción a medida que los nuevos equipos daban como resultado costos crecientes. Es a partir de este proceso que se presentan varios focos de problematización: los gastos de consumo de asistencia médica; la disociación entre los grados de especialización del trabajo deseables o los técnicamente indicados y los institucionalmente posibles; las variantes interinstitucionales de la eficacia del acto médico; la capacidad del sistema como un todo para cumplir por igual con la demanda del consumo, y también las formas y la velocidad de las transformaciones tecnológicas dentro de los servicios.

En términos de la articulación de la medicina con los demás sectores de la producción social, todo este proceso representó una alteración importante de la autonomía de la práctica médica para establecer, desde su interior, sus patrones de producción de servicios, que pueden ser observados desde tres ángulos diferentes.

En primer lugar, como efecto inmediato se vincula la práctica médica a las políticas públicas al pasar el Estado a interferir en forma directa en la producción y la distribución de la asistencia médica. En segundo lugar, observamos que a través de esa regulación las cuestiones atinentes a los

costos de producción y de mercado encuentran respuesta en la capitalización del sector, capitalización invariablemente medida por el Estado. Dependiendo de las condiciones del capital privado para ingresar en esta área, se presentan en los distintos países modalidades particulares para el funcionamiento de los mecanismos reguladores como son la mayor o la menor presencia del Estado como productor directo o como financiador de los productores y de los consumidores; la mayor o menor viabilización de los pequeños productores privados, constituyendo empresas médicas en las que los seguros de salud privados sean o no intermediarios, y en tercer lugar, que no es de modo alguno menos importante en cuanto a la interferencia en la práctica médica, se estrechan las conexiones entre los servicios médicos y los ramos industriales productores de tecnología material, de los cuales las industrias de equipamientos y la farmacéutica son ejemplos clásicos, y las políticas industriales de obsolescencia programada pasan también a interferir directamente en la estructuración de los servicios conformando nuevos patrones de práctica. De parte del capital privado, su impacto será el de diferenciar las instituciones productoras de servicios médicos, obedeciendo a la lógica de sus propias necesidades de acumulación y de competencia, guardando ciertos límites técnicos en la prestación de los servicios, que no obstante pueden ser, como lo son de hecho, variables dentro del conjunto social.

De distinta forma, pero que puede responder a criterios análogos de optimización de recursos, o a criterios directamente político-sociales, una estatización igualmente dispondrá la organización de los servicios en padrones que escapan al control del productor directo.

Con esto, el capital privado, la empresa pública y las políticas de salud regularán cada vez más la inserción del profesional en el mercado de trabajo, tanto en lo que respecta a las prácticas especializadas efectivamente absorbidas como en cuanto a los tipos de vínculo entre el médico y la institución y entre el médico y el paciente. Una polarización de tendencias entre las prácticas más generales y las ultraespecializaciones, de la misma forma que la polarización entre el asalariamiento y la propiedad, está permeada de situaciones de trabajo muy diversas entre sí: en el carácter más o menos rutinario del trabajo; en la mayor o menor intensificación de la jornada de trabajo; en las formas y en el valor de la remuneración, estableciéndose importantes diferenciales de renta en el interior de la categoría. También se diversifican el vínculo y la permanencia de cada médico en una misma situación de trabajo, lo que significa relaciones inestables y variadas con la clientela. El médico tiene que convivir no solo con los patrones cambiantes de trabajo, que es consecuencia del desarrollo científico y tecnológico, sino también con una gran variabilidad de los patrones simultáneos de trabajo en su ejercicio, vale decir con un ejercicio profesional heterogéneo como sello de su desempeño individual.

Con todo esto, el médico enfrenta posibilidades diversas de control efectivo sobre el proceso de trabajo tanto desde el punto de vista de su autonomía en el acto creador que proyecta una intervención dada sobre el enfermo, cuya mejor estimación es la conformación de su “decisión clínica”, como también desde el punto de vista de la autonomía de ejecución, en la que se altera el antiguo poder autorregulador del ejercicio con el surgimiento de la dirección institucional que normatiza y evalúa su trabajo. Por lo tanto, el médico pierde su libertad individual para decidir las políticas de salud, las políticas públicas de administración directa, o las políticas empresariales del capital privado.

No obstante esta pérdida en el plano individual, la categoría profesional participa de estas intermediaciones y está por consiguiente presente en forma desigual en la conformación de las normas que van a presidir la organización de la producción de los servicios, las que deberán adecuarse al desempeño concreto de todos los médicos productores directos.

Además de esto, todo el proceso se traduce para la población en una tendencia hacia la universalización del derecho al consumo de los servicios, al mismo tiempo que, sin embargo, los diversos tipos de asistencia ya tienen una disposición diferente para los distintos segmentos sociales.

De ese modo, las transformaciones sufridas por la medicina tecnológica originan tensiones de diverso orden entre el médico, como individuo, y su categoría; entre la población y los servicios; entre el trabajador directo y la organización de la producción de los servicios. Nos interesa de manera especial examinar mejor este último caso para preguntarnos si las cuestiones que determinan en la formación de la decisión médica y las referentes a las relaciones entre el médico y la dirección de los servicios, son también posibles de intervención, a partir de la calificación escolar del médico y por lo tanto, a través de la educación médica en cuanto a problemas pertenecientes al ámbito del trabajador directo, además de modificables por interferencias relacionadas con las condiciones de trabajo.

En otros términos, estamos preguntando si el desempeño del médico se determina por la estructuración de su ejercicio, exclusivamente por la organización institucional de los servicios, o si hay algún espacio para la inscripción de este agente de trabajo como un “agente sujeto” en su intervención. Y una vez que, mediante nuestro análisis anterior, no desconozcamos ni descalifiquemos la relativización de la autonomía profesional por determinaciones venidas de la tecnologización y de la institucionalización de la medicina, no tomaremos la decisión que el médico formula o su actitud frente al trabajo colectivo como ejercicios de subjetividad que pudiesen ocurrir independientemente de la condición social de la organización de su ejercicio.

Entendemos que este ejercicio de subjetividad debe ser un “lidiar consciente” con el carácter independiente y cooperativo de su área de

trabajo, con el carácter social general que determinan las necesidades de sus pacientes, y con la particular necesidad que trae su paciente. También, además, un "dirigente consciente" con las dificultades que apareja el terreno del ejercicio, producto de la organización institucional del trabajo, pero también en parte producto de las dificultades del traslado de la ciencia al caso individual, en donde las normas técnicas y científicas obligatoriamente siempre serán releídas.

Tenemos que decir que estas preocupaciones nuestras no son exactamente una novedad entre los que estudian las asuntos relacionados con la calidad del ejercicio de la medicina y de los servicios ante la creciente elitización de la asistencia. Tal vez la diferencia esté en la pretensión de cómo tratarlas, lo que pasa exactamente por la noción arriba indicada de "conciencia" del sujeto trabajador, mezcla de las concepciones subjetivas con la realidad objetiva en la que se encuentra el médico, un procedimiento en que este agente puede articular su ideal de ejercicio con la base tecnológica que está concretamente a su disposición en el servicio.

Por consecuencia, no propondremos examinar la calidad de la decisión médica desde su ángulo más técnico por los conocimientos de los que dispone el médico en el aspecto clínico o epidemiológico, o por lo que se relaciona con la política de salud y la administración de los servicios, ni tampoco por los medios de trabajo a su disposición. ¿Queremos en realidad destacar el ángulo ético de la conducta del médico en lo que respecta a la decisión clínica, por el modo de definir escuelas asistenciales y la propia asistencia escogida, por lo que el médico produce como valor al priorizar ciertos planos diagnósticos y terapéuticos? ¿O queremos destacar la relación con el equipo de trabajo por el modo de solicitar o de incorporar los trabajos complementarios al suyo en los proyectos terapéuticos y de diagnósticos, lo que resultará en un valor atribuido al resto del equipo, según las prioridades que él seleccionó?

¿Cuál es el motor de estas opciones? Lo cierto es que en ellas se encuentra la búsqueda para elucidar las patologías. Pero todo médico sabe que estar enfermo, sobre todo intervenir en este estado, es algo que va más allá del diagnóstico de la patología, ya que la terapéutica tiene que ser doblemente eficaz tanto en su producto biológico como en su producto social. Además de esto, varios autores que estudian la decisión clínica señalan el hecho de que las propias escuelas diagnósticas delimitan la diversidad de lo que se va a conocer, y entonces las posibilidades de lo que se va a tratar, inclusive en el plano biológico. Podemos decir que la característica del ejercicio de la medicina es la de ser una práctica difícil no solo por la complejidad de los juicios sino también por la carencia de certeza que se presenta cuando se atraviesa por todas estas dificultades.

Históricamente, los médicos aprendieron a lidiar con este orden de dificultades construyendo un saber operatorio en su trabajo en el que,

al aplicar los conocimientos científicos al caso, necesariamente lo reinterpretaban a través del saber de su experiencia clínica personal. El éxito de la profesión se asentó en dos posibilidades de libertad interpretativa del médico: con referencia a lo social, al tratar de curar al enfermo desde un plano científicamente objetivado; con referencia a la ciencia, al valerse de su "arte" anterior, de su capacidad técnica de negar la objetividad genérica para favorecer la singularidad individual del paciente.

Así se construyó, durante la medicina liberal, la mejor inserción del médico en su proceso de trabajo, definiéndole una posición de autonomía profesional personal relativa al saber, a los instrumentos y a la clientela. Y la práctica que ha sucedido bien permitió construir este ideal de acción en que, si en el proceso de trabajo la autonomía representó cierta independencia frente al saber científico y frente a las interferencias sociales en su acto, desde el punto de vista de la estructuración del servicio el médico se insertó como un agente directo que al mismo tiempo asume la organización directiva del trabajo, reteniendo para sí la capacidad de evaluarlo, o de regularlo, y todavía más, el control de su disposición en el mercado. Está claro el hecho de que ya sea esta posición en el proceso de trabajo, o esta autonomía de producción-oferta de servicio, no solamente cualquiera, sino la que posea atributos bien definidos por las determinaciones de este momento histórico, y ya podemos percibir que los cambios que han ocurrido en la medicina las afectan directamente.

Con todo, si el éxito hizo erigir una hegemonía cultural en la sociedad, en lo relativo al trabajo de médico como trabajo correspondiente a las necesidades de salud, del lado del profesional este mismo éxito le hizo creer en ciertos patrones de desempeño, así como en patrones óptimos de realización técnica. También existe, por tanto, una cultura profesional hegemónica. Y dentro de esta cultura de "cómo actuar", exactamente en razón de su libertad de decisión, los valores ideológicos que el médico tiene acerca de lo que representa vivir en la sociedad o vivir sin enfermedades, se inscriben ampliamente en su práctica técnica.

Partimos del principio de que, aun de una manera no consciente, todo agente de práctica busca de alguna manera inscribir en su condición tecnológica de trabajo el ideal técnico que posee, aun cuando para ello ponga en tensión cada vez más las posibilidades asistenciales del servicio. Este ideal técnico es algo que cada agente acaricia en el espacio educacional, al apropiarse de los conocimientos científicos y de los valores acerca de la salud y de la enfermedad o de lo social que este conocimiento lleva; esos valores enfatizados en la propia forma didáctica escogida en el proceso de enseñanza para el aprendizaje.

La educación y la escuela médica, por lo tanto, tienen un papel que desempeñar en la constitución y en el desempeño futuro de la subjetividad del médico como agente de trabajo.

Pero delante de las condiciones de trabajo, ¿cuál es este espacio? Volvemos aquí, entonces, a nuestras primeras indagaciones, cuyas respuestas orientaremos considerando, desde el inicio, cuáles son las cuestiones ya socialmente colocadas en este ámbito del ejercicio de la subjetividad en la esfera del trabajo y de los servicios, en los cortes también mencionados, a saber: la condición asistencial del servicio, y la condición tecnológica del trabajo. En un segundo momento vamos a considerar lo que estas cuestiones significan para el plan de educación y las tensiones que provocan en las prácticas educativas dentro de la escuela de medicina.

IV. EL EJERCICIO DE LA SUBJETIVIDAD Y LA CUESTIÓN ÉTICA

La característica más típica del trabajo médico es que este se asienta en bases técnicas y éticas conjuntas y necesarias al mismo tiempo. La técnica representa su parte de intervención reparadora y mantiene las condiciones vitales ampliamente deseadas de parte de la sociedad. Ello se refiere, por lo tanto, a la capacidad transformadora de la acción operante: manual directa o instrumentalizada, pero que es siempre una acción. Con respecto a esto existe un saber: la técnica se vincula a la ciencia como dominio de la biología y los conocimientos afines que situarán a esta acción en la esfera del "mundo natural" y de sus cuestiones. Aunque esta no sea la única característica del lado técnico de este trabajo, su valor social la hace recubrir otros sentidos de la técnica. El ideal de esta se identifica con la acción que deriva en el conocimiento del mundo natural sin que sufra otras interferencias. En el caso contrario estaríamos, dentro de esta concepción, en una situación de crisis, de un deber ser frustrado.

Mientras tanto, la exclusiva vinculación de la técnica con la ciencia no solo reducía los aspectos técnicos del mundo natural, sino que, en relación con las "condiciones vitales deseadas en la sociedad", hizo olvidar que la técnica puede discriminar dónde intervenir, es decir que la técnica médica es inmediatamente ética en cuanto a su definición de objetivos.

La faz ética del trabajo de los médicos, a su vez, se refiere a la intervención de un ser humano sobre otro configurándose, por su aspecto de interrelaciones humanas, como un momento de realización de vida social, realización de relaciones entre los individuos en sociedad, si bien de un modo bastante específico. Por eso la ejecución del trabajo implica cuidados propios de un comportamiento pleno de criterio, debido a que se interfiere (si bien la interferencia está permitida), sobre la vida, la privacidad y los sentimientos de las personas. Además, el hecho de que el ejercicio de la medicina esté basado en la consulta privada en cuanto a unidad de trabajo, y el hecho de que esta siempre produzca una relación entre in-

dividuos, parece agotar la dimensión ética de este trabajo en los atributos de las relaciones humanas: el respeto, el afecto, la dedicación, la sensibilidad, la fraternidad y otros tantos constituyentes del mundo de los valores. Y de igual manera que la ética no se percibe a primera vista como valor político e ideológico, una vez que se subordina a las relaciones sociales y a las reglas de la vida en sociedad, ciertamente se concibe como algo que pertenece al dominio de lo subjetivo, en contraste con la objetividad que se le atribuye al mundo de lo natural.

La reducción de la dimensión ética de la relación entre seres humanos hace olvidar, como efecto de ciertas posibilidades técnicas, que la ética médica puede establecer como adecuados ciertos objetivos de los procedimientos desde el punto de vista moral. El trabajo médico, por lo tanto, tiene que ser especificado como un trabajo en el que la ética y la técnica dependen una de la otra como las caras de una misma moneda y que esta dependencia es necesaria.

La coexistencia de esas dos especificaciones de medicina, por lo tanto, no puede ser algo muy simple. Ellas se disputan la soberanía de la práctica médica pero sin que la una pueda abandonar a la otra. Hoy en día la técnica se ha convertido en algo sumamente importante, lo que hace que se presente como si fuese independiente del ejercicio de la ética. La moral parece ser más una mera circunstancia con recurso adicional al puesto de acción técnica, que parte de la propia sustancia del ejercicio. En vez de una "técnica moralmente dependiente", el ejercicio de la medicina tiene que tomarse como si fuera una técnica moralmente modulada.

Esta dependencia fue la señal de la medicina liberal, en la cual se dio la constitución de la ética como verdadera herramienta tecnológica de la práctica médica. La ética correspondió a la construcción de la autonomía profesional, y se constituyó en el sólido apoyo de la posición de la autonomía profesional lograda.

Vamos a examinar mejor esta propuesta, rescatando por lo menos dos aspectos históricos de la medicina liberal. Lo primero está basado en que la medicina liberal en su surgimiento como ejercicio moderno y, por lo tanto, como técnica de carácter científico, se ha estructurado en una organización social de producción de servicios con base en el pequeño productor privado. Por ende la consulta médica se constituye en su unidad de trabajo y previsión, a la vez que, a través de la organización capitalista de la producción social, otros trabajos se colectivizan bajo la forma empresarial de producir. Y recordemos que el tiempo del "contraste" fue grande: por lo menos todo el siglo XIX.

De esta figura consagrada del médico en el consultorio particular guardamos buenos recuerdos, relacionados con los aspectos humanos de la práctica más que con lo que es propiamente su carga científica, hoy ya corporizada en los instrumentos materiales y los equipamientos de trabajo.

Y aquí surge nuestro segundo hecho histórico para considerar, dado que esos recursos técnicos científicos eran muy escasos y precarios, lo limitado de los conocimientos ofrecían una intervención calcada en las vivencias clínicas de cada médico, en su saber inmediato, mucho antes de que preanunciase el movimiento progresivo de perfeccionamiento de la ciencia y de la diversificación de la aplicación técnica.

Así, cada médico apoyaba su decisión técnica en esa dimensión del saber, como principal medio de trabajo. Sin embargo, se respaldaba en un saber que sobrepasaba la calificación escolar, y sobre todo que se adquiría en la vivencia de un hacer, una experiencia personal e intransferible, consolidada en una historia de aciertos y de errores. Se trataba de un saber hacer lleno de tentativas que se lanzaron y de hechos heroicos; de ahí que hubiera falta de certeza y de ahí que la complejidad del juicio y la falta de certidumbre parecieran ser todavía mayores.

Desde el punto de vista público, esta era una herramienta relativamente frágil en la sociedad. El carácter subjetivo del "saber" como instrumento y el carácter privado de su uso terminaron por exigir una disciplina moral cuidadosa en el ejercicio de la profesión, que se constituyó en la conjugación técnico-ética de la acción: una intervención con la eficacia de la técnica científica, cuyo valor se basa en su objetividad, esto es, en su capacidad de ser neutral, desapasionada en la acción, y simultáneamente restringida por un riguroso código de ética. Esto define adecuadamente la inscripción de la subjetividad del médico como una persona dotada de sentimientos que solo puede emitir un apasionado juicio de valor ante la situación del enfermo: aquel que hace consubstancial sus posibilidades técnicas con la defensa de la vida del paciente.

Dado que el médico le tiene que dar una objetividad patológica a las quejas subjetivas que le trae el paciente, no tiene otra alternativa tecnológica más que la de "invadir" la intimidad de los contextos de la vida personal y social en la que radica la enfermedad. Por esto, en consonancia con su condición tecnológica de trabajo, la anamnesis será su procedimiento más valioso para el reconocimiento del enfermo.

Desde la perspectiva terapéutica también se produce la misma problemática, no solamente la terapia medicamentosa tiene que ajustarse a las condiciones de vida, familiar o social, de cada uno, sino que también será preciso, desde el punto de vista asistencial, conseguir la adhesión del enfermo y de su familia. La única forma de hacerlo es explorar la privacidad del enfermo para llegar a conocerlo como sujeto total. De ahí que la anamnesis también sea un instrumento terapéutico.

Por todos estos aspectos, la inscripción de la subjetividad del médico tendrá que seguir cierta disciplina de adecuación y ciertas normas de desempeño, tanto en el sentido de eximir al enfermo de su responsabilidad ante la situación en la que se encuentra, como evitando desvíos en

el rigor diagnóstico; mientras que lo opuesto es responsabilizarlo de la ejecución de una estrategia terapéutica dada, para poder delegarle a él y a su familia parte de la asistencia. En el caso de que nada de esto ocurriese en la "dosis cierta", la intervención correcta del médico se podría comprender y se pondría en riesgo la profesión.

Por ello, el secreto médico, la privacidad de la relación interpersonal, el aislamiento de la consulta médica y la autonomía de cada acto de intervención fueron los factores estructuradores de la práctica. Sin embargo, estos factores exigieron como contrapartida la responsabilidad, la dedicación, la atención personal y el desempeño tolerante y criterioso con que cada médico debería de insertarse en sus actividades profesionales. El comportamiento de alguien que sirve a otro y que va mucho más allá de una mera aplicación de conocimiento en su trabajo, fue parte de la actuación técnico-ética del médico y no una muestra de su personalidad y de su yo, o solo una consecuencia.

Desde la perspectiva asistencial en la producción de los servicios; este conjunto de especificaciones, combinado con el hecho de organizarse en base al consultorio particular del médico, convierte a la medicina en una profesión de carácter de "consultora", desencadenándose en el trabajo la demanda espontánea del paciente a partir de una solicitud exterior. Por eso la asistencia médica también se estructuró en un conjunto difuso e informal de relaciones. Esta característica permeó la relación de los usuarios con la institución prestadora del servicio definiendo la forma de acceso de la población a la asistencia, y la composición de los trabajos especializados de variación restringida con el objetivo de completar el cuidado necesario para la satisfacción global de cada caso.

A partir de todos esos calificativos de medicina liberal en términos de ideal de trabajo y de asistencia, se crea una imagen de libertad y de maleabilidad, desde la captación de la clientela hasta el levantamiento de una "red" articulada de servicios; así como también desde las relaciones del médico con el paciente hasta las relaciones de los médicos entre sí. Y así como la disciplina moral en el desempeño técnico, el compromiso personal del médico con su accionar en términos de su producto asistencial fue una contrapartida de esta libertad, que definió el interior de la maleabilidad de las relaciones y las formas estables y reiteradas de las relaciones entre sí: el paciente se somete a la autoridad del médico, y los médicos se relacionan como si fuesen iguales.

El compromiso personal también dio coherencia a las relaciones tan "frías", que componen actuaciones mucho más delimitadas o interrelacionadas de lo que suponemos a primera vista. El hilo que unió los diversos actos médicos permitió también que se constituyeran redes asistenciales en la medicina liberal, que está lejos de ser una organización institucional bien estructurada y que hoy en día formaliza el contrato de prestación de ser-

vicios como el de un acuerdo tácito, intersubjetivo, basado sobre todo en un juicio de valor, la confianza personal, los eslabones de aquella cadena asistencial.

No era necesario que la red no se mostrara visible, dado que en ese acuerdo intersubjetivo, en el que hay pertenencia mutua (mi médico, mi paciente), el médico se compromete con las dos dimensiones de la atención médica: la restauración del cuerpo del enfermo por medio de la terapéutica que trata, y el restablecimiento del enfermo por la asistencia que ampara al sujeto y transforma su sufrimiento. Por esto se establecieron principalmente las redes asistenciales alrededor del médico, así como también se estableció la organización tecnológica del trabajo principalmente sobre su desempeño personal.

Las indicaciones acerca de la constitución técnico-ética de la acción del médico en la medicina liberal, no deben tomarse como significantes de una visión idealmente nostálgica sobre un pasado en el que todas las cosas estaban en su puesto. El potencial efectivo de interferencia sobre el "mundo natural" era sin embargo extremadamente escaso, y la capacidad de cobertura de las necesidades totales de la población de servicios médicos es insignificante. Tanto el dominio efectivo sobre la enfermedad, como su generalización al conjunto de la sociedad, en la fase de conquista, y que constituyen el valor histórico-objetivo de la equidad, solo fueron posibles a base de nuevas técnicas y de la medicina tecnológica como forma de organización social de práctica.

Por lo tanto, se procesan grandes transformaciones con la medicina tecnológica, cuyo sentido histórico más general es la aproximación del ideal de cobertura total de las necesidades de los individuos de forma socialmente justa. Restringiendo la atención hacia los planes más particulares de ese movimiento, nos interesarán más de cerca dos alteraciones básicas.

En el plan de organización tecnológica del trabajo, la incorporación compacta de equipos de diagnóstico y terapéuticos hará migrar de la historia de la vida, rescatada por la anamnesis, la base de apoyo para la decisión clínica. Sin embargo, dado que alguna presencia de la vida personal y social del enfermo será siempre necesaria, la migración solo puede tener lugar mediante la introducción de otros mecanismos de aprehensión de esta dimensión del enfermo.

Un segundo punto reside en el plan asistencial, en el que veremos que se produce, en razón de la colectivización del trabajo con la consiguiente fuga de los servicios hacia los empresarios, una disociación de las dimensiones referidas del cuidado médico, es decir el tratar y el asistir.

Si el tratar, en el sentido de encontrar un camino terapéutico, restó calidad al trabajo del médico en su consulta, la asistencia, que se da apenas por medio de la realización concreta de los caminos proyectados,

volvió a entrar en la esfera institucional, en la que se organiza la producción y la distribución de los servicios. Se introduce de este modo, la necesidad de que se constituyan las conexiones entre ambas, lo que encontrará una solución en cuanto a la relación de productores y consumidores —una masa despersonalizada— y ya no más entre el médico y su paciente. El médico y el paciente pertenecen, ahora, a un tercero: los servicios de asistencia pública, los servicios que ofrece una determinada empresa médica, los servicios a través de contratos con los seguros de salud, y otros.

De este modo, definida por medio de un contrato jurídico o en dependencia de la capacidad de consumo de cada uno como consumidor privado, esta nueva característica de asistencia médica hace que la institución medie como variable adicional para la adecuación entre la producción de los cuidados y las necesidades de salud que existen socialmente. Se trata, en este sentido, no solo de conocer la naturaleza de esta mediación, que fracasa de acuerdo con las modalidades empresariales, sino que, dada esa variabilidad, se trata de desarrollar en la actuación profesional los métodos de escoger la forma de mediación más adecuada.

Pero la medicina más especializada y tecnologizada no produce apenas esta distinción entre el tratar y el asistir. El nuevo modo de trabajar invierte la proporción aparente de la presencia de sus partes objetivas, las de carácter técnico-científico y las de carácter ético. Crecen los dispositivos diagnósticos y terapéuticos y hacen que disminuya la dependencia, anteriormente casi exclusiva, del raciocinio clínico y de la decisión médica en lo relativo al saber, y se amplía la base científica del conocimiento que informa a la intervención. Por otra parte, se contrajo sensiblemente la base subjetiva, que implicaba el juicio personal del médico y cuya viabilidad y control exigían una relación exclusivamente interpersonal, con excepción de un comportamiento moral dado. Esta base encontró sustitutos que no siempre eran los adecuados, como fueron los mecanismos institucionales que crearon una clientela con patrones, con una pauta explícita de derechos y deberes acordados legalmente.

Con la producción institucionalizada y con las modalidades empresariales que responden a un mercado “libre” o neo-liberal, hubo una repartición clara de los derechos y los deberes relacionados con la atención médica y se instituyeron segmentos de población con acceso exclusivo a las calidades asistenciales y a las terapéuticas diferenciadas, además de no permitir la correspondencia directa entre una calidad y la otra. La base de regulación del contrato será el poder de compra de cada clientela; compra que es estimulada en forma incesante por el propio modelo tecnológico actual de intervención y es elitizada en forma progresiva por varios componentes del modelo, como por ejemplo el costo de la asistencia. Será a través de la capacidad de consumo permitida por la renta del consumidor, que se delimitarán aquellas mismas calidades. Es evidente el carácter con-

tradictorio de esa pseudo-solución ética con referencia a la objetivación de la equidad como valor histórico.

Desde la perspectiva de la organización tecnológica del trabajo, la referida patronización de la clientela instauro colectivos para la intervención como si estos fuesen individuos singulares.

De un lado vamos a tener grupos de población que, por la pauta común de haber sido contratados, se unen en cuanto a los derechos y deberes relativos a la prestación de servicios. Por otro lado, los médicos también se unen según las instituciones en que trabajan. Y si eso pasa a configurar el médico "del" convenio, el médico "del" seguro de salud, el médico "del" hospital particular, entre otros, en sustitución de "mi" médico, lo mismo ocurrirá con el paciente.

La despersonalización que ahora se produce no se reduce por la pérdida de la antigua forma de aproximación entre el médico y su paciente, que parecía más humana por ser más íntima. Aquí se producen también cambios del abordaje de la necesidad individual, que será ahora imputada al grupo, y aprehendida colectivamente. Examinaremos mejor cómo se procesa esto en la organización tecnológica del trabajo sin dejar de advertir que si la reducción del individuo al grupo es capaz de operar en forma tecnológica y ética durante un cierto tiempo, no converge ni siquiera con los valores históricos del liberalismo.

Tomemos el procedimiento más significativo en el modo de intervención anterior, símbolo de humanización de la práctica o de la autonomía del profesional: la anamnesis. La anamnesis fue casi eliminada, reorientada, casi extinta precisamente en el momento en que, por la presencia de los recursos más objetivadores del raciocinio médico, el paciente podía tener mayor participación en sus decisiones. Este "robo" del tiempo de conversación en la medicina tecnológica, la imagen de la asistencia despersonalizada no se puede inscribir sino como una posibilidad abierta por la existencia de sustitutos tecnológicos equivalentes; hay otros medios para que el médico pueda obtener, desde el punto de vista que ahora le exige una acción técnica, los datos que antes solo le podía suministrar la anamnesis. Hay que notar que esta equivalencia se reduce a la dimensión técnica de la práctica; en la dimensión ética el valor no puede ser el mismo.

Como ilustración de lo anterior, observemos que en la asistencia médica, la vida social y hasta cierto punto la vida individual de las personas que siguen un cierto patrón institucional al que se insertan en forma colectiva, pasan a ser estimadas según esa inserción. Esta estimación parece ser suficiente para el acto técnico, que se sigue produciendo como consulta individual. De esta manera, cada individuo del grupo institucionalizado es considerado según su condición de vida y según el grupo de consumidores a que pertenece, que crea estereotipos fijos adheridos al colectivo de las personas representado como situación institucional. Cada paciente tiene

características dadas a priori, independientes de quién llega a la consulta del médico. Lo mismo ocurre con los médicos. Cada médico es también, nada más ni nada menos, que uno más entre muchos con una misma profesión.

Claro está que, tensionadas radicalmente las imágenes de práctica y asistencia ideal, ambos, médico y pacientes formularán estrategias de rescate de sus valores ya constituidos. Por ejemplo, una cierta exageración del médico en el sentido de sobrevalorar las dificultades de la especialidad o una cierta exageración en la elitización del saber especializado frente al aporte cultural de los pacientes, parece ser un comportamiento más reactivo a su "vulgarización" por la publicidad que trae la tecnología, que a una evaluación epistemológica o científica del médico con respecto a su saber y a sus técnicas. Otra estrategia de recuperación de su autonomía, de la cual el paciente se vuelve cómplice, al tratar de rescatar también su personalización y su pertenencia exclusiva a un determinado médico, es el regreso a la antigua libertad de componer los procedimientos diagnósticos o terapéuticos para la "canasta del consumidor privado". Ambas estrategias presentadas aquí requieren un examen mejor, aunque es evidente que presionan sobre el ya abusivo costo asistencial haciéndolo aún más elevado, y acentúan la elitización y la desigualdad en la asistencia.

Debemos evitar que se confunda nuestra reflexión acerca de las estrategias para no aceptar los efectos de la medicina tecnológica en el trabajo médico y en la producción de los servicios, con las restricciones impuestas por un cierto maniqueísmo nostálgico de ciertos aspectos de la medicina liberal, que ve en el procedimiento de juzgar al paciente de acuerdo con los estereotipos colectivos establecidos, una mera distorsión coyuntural en la relación médico-paciente.

Esto es aun más cierto cuando se aplica a la medicina pública, donde los estereotipos colectivos son desagradables, o descalificadores de los sujetos. Cuando sucede lo contrario, le corresponde el estereotipo al tipo dominante de la élite social, como ocurre en las instituciones particulares donde se concibe el procedimiento de la tecnología asistencial como algo tan "natural", que apenas nos damos cuenta que ocurre. Si aquello que el médico conoce a través de su propia institucionalización o de los criterios de su clientela como consumidor colectivo, es de hecho información incierta o insuficiente, y le "distorsiona" el dato, es un asunto diferente. De la misma forma si su "mirada" es más "verdadera" bajo el lente del consultorio, tal vez sea porque la condición social de esta clientela se aproxima más a la suya, y es entonces cuando juzgará por el conocimiento que tiene de sí.

¿Cuáles son las estrategias para recusar, ya sea al profesional o a la clientela? ¿Cuál es el conocimiento que tiene que tener el médico de su propia institucionalización y de la de su clientela? ¿Cómo adquirirlo, y

principalmente, de qué modo se le valoriza en forma positiva? Estos son los aspectos que sin duda se tienen que considerar individualmente y enfrentar como desafíos educacionales y gestión, específicamente.

Lo que queremos con todo esto es destacar el hecho de que, en esta nueva forma tecnológica el hilo delicado de la "confianza personal" no podrá nunca más costurar la red de acciones y servicios, y la tan reclamada "confianza institucional", insistentemente presente en las propagandas de las empresas que se disputan el mercado. Para que esto se implante, se exige otra evaluación de eficacia más compleja, porque se trata de una eficacia derivada de un conjunto de trabajos para satisfacer un conjunto de necesidades, y es el proceso de trabajo colectivizado y cada necesidad, una totalidad de demandas. Esto también configura una tensión nueva y real para la organización tecnológica del trabajo, ya que la calidad asistencial de los servicios no busca corresponder con las necesidades sociales en salud.

Consideremos que si en la medicina liberal el médico tratara de resolver personalmente la tensión y actuar en el ámbito privado de la relación médico-paciente, o extender la problemática a su orden profesional, también así la tentativa escaparía de sus dominios objetivando cada vez más sus determinaciones de trabajo social al interior de la propia práctica técnica, la medicina transforma esa esfera de tensiones entre lo individual y lo colectivo, y lo institucional y lo profesional. Falta decidir si la pretensión sería la de superarlas por este medio.

V. LOS CONFLICTOS EDUCATIVOS

El plan educacional en sí, de la misma forma que la práctica de la medicina, sufrió grandes cambios desde su conformación como enseñanza y aprendizaje científicos y acompañó la modernización del trabajo médico.

También aquí veremos desde el inicio, el movimiento de la uniformización de las estructuras de enseñanza alrededor de las escuelas de medicina, y el movimiento de uniformización de las prácticas de la enseñanza, en cuanto al aprendizaje de los conocimientos científicos y de sus técnicas de transmisión. Y así como la medicina pasó a tener en su modernización una naturaleza inmediatamente práctica, la educación, conforme con este mayor valor que se le atribuye al pragmatismo, procuró calificar a los médicos de modo que correspondieran con la creciente intervención sobre los hombres y la naturaleza, con las eficacias técnicas exigidas. Capacitarlos en conocimientos científicos, como garantía de precisión técnica, y adiestrarlos en procedimientos de manipulación progresiva de sus objetos de práctica, volviéndose también a la educación para esta filosofía del pragmatismo. Esta fue la contribución de las escuelas médicas

en la reorientación general de la vida en sociedad con rumbo a su sentido más instrumental.

Aun más; en consonancia con las propias características de la práctica médica, la educación supo reproducir en su interior una cultura profesional dominante, trasmitiéndola a través de sus contenidos curriculares, sus tecnologías de enseñanza, así como también a través de aquello que incentivó u oprimió y ordenó o jerarquizó ayudando a construir su hegemonía en la sociedad.

El valor de la científicidad, tanto en cuanto al valor de la libertad de la medicina como ciencia y como arte, se hace presente en forma permanente en la escuela médica. Por ejemplo, los métodos de aprendizaje por medio de extensos y precoces currículos paralelos, semiocultos, semi-valorizados y sin embargo igualmente admitidos con acuerdos tácitos entre profesor y alumno, estuvieron presentes en el proceso de enseñanza desde la reforma escolar modernizadora. Ya entonces se podía denotar la libertad de escoger y de tomar decisiones.

De igual manera, su otra cara: el rigor de la selección para las universidades, las célebres clases magistrales —sin olvidarse del “respeto al ser humano vivo o muerto”— enseñó los compromisos de aquella libertad.

La disposición de la enseñanza práctica, que detenta de una manera tan valiosa y que progresivamente cuenta con contenidos técnicos propios, surge desde el inicio como un complemento de la teoría. Simbolizó, a través de esta posición, un carácter todavía subordinado de cualquier manipulación instrumental en la medicina, en el raciocinio clínico, algo ya bien expresado en la noción de exámenes complementarios. Es casi transparente el significado de esto en la transmisión de mayor valor dado el juicio médico y la necesidad de su autonomía; en la transmisión de la noción de que son juicios complejos los que envuelven la intervención clínica; en la transmisión de un proceder criterioso por los riesgos consiguientes a una manipulación apresurada, teniendo en cuenta lo incierto que resulta cualquier decisión médica; en la transmisión, por lo tanto, de la concepción de que los fenómenos vitales son exclusivos y no se reducen a “certezas” físicas y químicas; en la transmisión del temor obligatorio al error y, por encima de todo, a través de todo este conjunto y también de su significado de aculturación con respecto al ser humano.

La ampliación tecnológica que se procesa en el ámbito de la práctica terminará por exigir una reorientación educativa. Este lado técnico presiona por un cambio en la disposición de extranjera y en la proporción de la enseñanza, en el momento específico del aprendizaje de la dimensión propiamente manipuladora del enfermo; el adiestramiento práctico volverá con más cargas curriculares y horarios cada vez mayores.

De esta manera, sin abandonar totalmente el sentido anterior, el proceso educacional se va transformando para recubrir materialmente

las nuevas demandas de práctica, y repasa por este medio, las transformaciones que ocurrieran en la calificación del profesional en términos de los valores que son importantes para desempeñar su labor.

La extensión de los métodos de adiestramiento técnico en la dirección de los servicios de comunidad, la ambulatorización del hospital, la escolanzación de los servicios de red común con la asistencia a la población, así como la transformación en instituciones de pesquisa de los servicios "de punta" en lo que se refiere a innovación tecnológica, fueron también movimientos en el ámbito de la educación ligados con la institucionalización de la práctica. También fueron respuestas que suscitó la medicina tecnológica. Es la inscripción progresiva del carácter social de la medicina en el interior de su técnica lo que legitima nuevas disciplinas de naturaleza sociológica y humanística para el currículum escolar.

También tenemos en el plano educacional, que tal vez sea más grave que otros, una escuela médica singularizada por una única filosofía educacional, y como institución, impar en la transmisión de un saber y de un qué hacer, se pulverizó en instituciones desiguales. Esta diversificación de escuelas se dio igualmente debido a su extensión hacia los contingentes más amplios de alumnos conjugándose con su tecnologización, lo que involucra costos crecientes en la enseñanza. También la educación se elitizó y radicando su diferenciación en el acceso relativo facilitado a varios segmentos sociales, mostró cada vez más claro su rostro de desigualdad social.

La especialización en la medicina pasó por una parte, a exigir mayores inversiones en el aspecto tecnológico de las escuelas y por otra, a producir importantes definiciones en términos de vocaciones de enseñanza específicas. Y si la ya existente división social de las escuelas las diferencia por su grado de especialización, es decir por su capacidad tecnológica y además por la calidad de la enseñanza más o menos especializada, para muchos esto representa apenas un primer paso. Siguen a él las propuestas ultrarrecientes de una potencial división técnica de las escuelas en diferentes áreas: clínica, quirúrgica, de salud colectiva y otras. El impacto de esa proposición será sin duda, no solo producir servicios escolares diferentes, sino educaciones distintas entre sí.

Por todo esto se supone que habrá una discriminación analítica mucho más extensa si intentamos todos los cambios en curso en la práctica de la medicina. Estos cambios se subordinan a dos imperativos en las prácticas educacionales aún desconocidos, lo que hacen mucho más difíciles las proposiciones de intervención sobre el proceso de cambio.

Consideremos en primer lugar que, según los compromisos que el "mundo del trabajo" tiene con la sociedad, aquellos compromisos relacionados con la producción y con la transmisión del saber no serán los mismos. Aunque en todas las prácticas de la vida social haya una dimensión educativa que reproduce y mantiene la hegemonía cultural del modo va-

lorizado de vivir, no será idéntica la responsabilidad, la carga atribuida en esta dirección para las prácticas sociales orientadas hacia la cultura, en su papel de socializar a las personas.

Será por esta calificación particular de la educación en la vida social que, en segundo lugar, tenemos que estar atentos al hecho de que la atribución de la escuela de capacitar profesionalmente, como su anterior forma de socialización de las personas, no corresponde a una situación meramente de reflejo; la educación, inclusive en un escolar, no es solamente un espejo para el "mundo del trabajo". Considerando las necesidades de capacitación de los agentes de trabajo, la escuela de hecho reproduce en calificaciones del trabajador las especificidades del trabajo; pero hay que saber cuáles son los intermediarios en cuanto a la relación entre la ciencia y el trabajo, así como la relación entre la educación y el trabajo, para que comprendamos la respuesta apropiada que el proceso educacional encuentra en cuanto a la relación educación-sociedad.

La presencia de mediaciones en las relaciones arriba mencionadas se hace cada vez más clara para los educadores; sobre todo a partir de la medicina tecnológica; la heterogeneidad que se instala en los patrones de práctica difícilmente puede seguir obteniendo respuestas satisfactorias, ya sea en la calidad de cada agente capacitado, o en la formación del trabajador colectivo formado, ante un proceso de capacitación único y uniforme.

Así, por ejemplo, los ya referidos prolongamientos del "brazo educacional" en dirección a la red usual de servicios para la población, en vez de permanecer restringida a los hospitales o a los establecimientos ambulatorios-escuela, proveen en parte esa percepción. La introducción de nuevas disciplinas curriculares es también en parte, su producto.

Pero la heterogeneidad de la práctica suscitó algo más complicado, ya que al hacer mayor la distancia para lograr una educación homogénea, lo mismo que con las desigualdades institucionales y el desempeño práctico heterogéneo, causó también tensión en los planes importantes de la filosofía educacional en pauta. Como por ejemplo, lo que se refiere a la suficiencia educacional en el ámbito de la enseñanza de la ciencia y del adiestramiento de las tecnologías más complejas, para recubrir las exigencias de la complejidad de la práctica en el ámbito esencial de los servicios.

Para corroborar esto, podemos decir que el registro ya bastante aceptado, tiene la dificultad o la impropiedad de las transposiciones del proceder técnico vinculado con los equipos complejos de los hospitales-escuela para responder al trabajo asistencial en los ambulatorios, inclusive considerando patologías iguales. La impropiedad se agrava mucho más en las situaciones en las que la demanda asistencial configura una realidad patológicamente simple pero epidemiológicamente compleja.

Lo cierto es que la dinámica de las transformaciones de educación no responden directamente a los cambios de la práctica del trabajo —aun cuando ambas forman parte de una misma historia en cuanto a lo social y en cuanto a la medicina— la educación médica y su institucionalización escolar no evolucionan con el mismo ritmo o con el mismo modelo de contenido y de trabajo. De algún modo, su movimiento particular muestra cambios “más acá y más allá” de los cambios ocurridos en el mundo del trabajo, siempre desplazándose en la misma dirección general.

Tal vez lo más complejo de la educación sea comprender este movimiento propio, algo relativizado y al mismo tiempo siempre relacionado con otros dos movimientos en una “independencia subordinada” a lo social global y al trabajo específico para el que se capacita a los agentes. Pero su entendimiento será vital para que percibamos que, reteniendo algo del pasado, ya se proyecta más hacia el futuro en cuanto al curso del trabajo, y se prosigue con su incumbencia social específica de reiterar y también de hacer evolucionar una cultura dada: de actuar profesionalmente y de “simplemente” proseguir viviendo en el modo electo de vida social.

Y en este sentido, por trabajar con los aspectos simbólicos e imaginarios sociales, es que la educación, que tanto se “adelanta” en propuestas de nuevos valores y de experiencias materiales que los objetivan en la sociedad, al mismo tiempo se “atrasa” por defender conquistas pasadas.

En momentos de transiciones tecnológicas en el ámbito del trabajo, como lo que señalamos para la medicina actual, esta ambivalencia de objetivos en el plano educacional, que es en el sentido anterior hasta cierto punto original, se torna dramática pues pone en descubierto los valores opuestos de la práctica médica: el arte y la tecnología; la decisión privativa del médico y la publicidad de las revelaciones (objetividad) técnico-científicas; la autoridad privada del agente en la intervención y la asistencia concretamente compartida; la soberanía profesional y la interdependencia en el trabajo.

Y esto ocurre porque las transiciones de la medicina como práctica social —si no en la apariencia inmediata sí en su esencia odontológica— ponen en discusión, cuestionan y cambian el orden actual de valores sociales más generales.

Y así, la reorientación de la autoridad técnica, el redimensionamiento del poder de decisión, la redistribución de las competencias en las evaluaciones técnicas que recalifican las relaciones del médico con el saber y su uso tecnológico en el trabajo, así como las relaciones del médico con el paciente y todo su equipo de trabajo, son algunas de las cuestiones éticas ya colocadas en el ámbito de la práctica profesional, y que aguardan, como desafío actual, las proposiciones propias de la esfera educacional. Y en su camino, la educación no va a poder evitar un enfrentamiento claro y directo con los problemas acarreados por la práctica de la medicina. Al

sustituir su objetivo en la sociedad, va de la mejora de la calidad de la vida presente a la garantía de la calidad de la vida futura, y asume el lema de la longevidad; la práctica médica trae al ámbito educacional la problemática de los cambios en los valores más genéricos de la vida social, la que, en términos de la esencia educacional, es el lugar por donde pasa el dilema escolar que se inicia: escoger si se acepta o no la diferencia, es decir lo heterogéneo en su ambiente propio, para tomar una decisión que tiene que definir primeramente cuáles serán sus valores como educación genérica y socialización de la ética de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Belmartino S, Bloch C, Persello AV, Carmino, MI. *Corporación Médica y Poder en Salud — Argentina. 1920-5*, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1988.
- Boyer R. *Theorie de la Regulation: Une Analyse Critique*. París: La Decouverte, 1986.
- Chaves M, Rosa AR (Organizadores). *Educación Médica Nas Americas. O desafio dos anos 90*, São Paulo, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)- Federação Panamericana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM). São Paulo: Cortez; 1990.
- Donnangelo MCF *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, São Paulo: Pioneira; 1975.
- Freidson E. The Reorganization of the Medical Profession, *Medical Care Review* 1985;42:1,1 1-35.
- Freidson E. *Professional Dominance*. New York: Atherton Press; 1970.
- Freidson E. *Profession of Medecine*. New York: Harper and Row; 1970.
- Frenk J, Alagon J, Nigenda G, Munoz del Rio A, Robledo C, Vaquez, Segovia LA, Ramirez-Quadra C. Patterns of Medical Employment: A Survey of Imbalances in Urban Mexico. *Am J Public Health*. 1991; 81(1):23-29.
- García JC. *La educación médica en la América Latina*, Washington DC, OPS, 1972. (Publicación Científica 255).
- Larson MS. Proletarianization and Educated Labor. *Theory and Society*. Rio de Janeiro: 1980;9(1):131-77.
- Lipietz A. *Audácia: Uma Alternativa para o Século XXI*. São Paulo: Nobel; 1991.
- Medici AC. As Fronteiras da Universalização: O Dilema da Política Social na Virada do Seculo. En: CEBES ed. *Revista Saúde em Debate*, Londrina (PR), junho de 1991;32:21-26.
- Medici AC. Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras. En: IPEA ed. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília (DF), dezembro de 1990;4:83-98.
- Medici AC. A Formação do Médico e o Social no Brasil: Questões da Pós-Modernidade. En: ABEM ed. *Revista Brasileira de Educação-Médica*. Rio de Janeiro (RJ), set/dez de 1987; V.11: 3:97-102.
- Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e Historia: raízes sociais del trabajo médico*. México: Siglo Veintiuno; 1984.
- Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: PMS-CEFOP, 1992.
- Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para o debate teórico*. Brasília, OPS; 1988.
- Nunes, E.(organizador). *Juan Cesar Garcia — Pensamento Social em Saúde na America Latina*. Cortez/ABRASCO, 1989:179-188.

- Organización Panamericana de la Salud. *Programa Colaborativo de Estudios Sectoriales Sobre Recursos Humanos*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, DC, OPS, mayo de 1991. (Documento interno).
- Organização Mundial da Saúde. *Changing Medical Education. An Agenda for Action*, Ginebra, División de Desarrollo de Recursos Humanos, WHO/Educ/91.200; 1991. (Documento interno).
- Reiser SJ. *La medicina v el imperio de la tecnología*. México, Secretaría de la Salud/Fondo de Cultura Económica; 1990 (Biblioteca de la Salud-serie Formación e Información).
- Schmidt HG, Lipkin M Jr., de Vries MW, Greep JM (organizadores). *New Directions for Medical Education. Problem-based Learning and Community-oriented Medical Education*. New York: Springer-Verlag; 1989 (serie- Frontiers of Primary Care).
- Schraiber LB. *Trabalho Médico. Técnica e Poder: as transformações da autonomia profissional*. São Paulo, Hucitec(prelo); 1992.
- Schraiber LB. *Educación Médica e Capitalismo: as relações educação e prática médica na ordem social capitalista*, São Paulo, Hucitec; 1989.
- Schraiber LB. A Pesquisa em Educação Médica: indagações da perspectiva dos serviços in *Rev Divulgação para Debate em Saúde*. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1991;5:51-54.
- Schraiber LB. Profesión Médica: representación, trabajo y cambio. *Educ Med Sal* 1991;25(1):58-71.
- Stall P. *A Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982.

TENDENCIAS ACTUALES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA Y PROPUESTA DE ORIENTACIÓN PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA

*Niall Byrne*¹ y *Manuel Rozental*²

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene dos objetivos principales: 1) ofrecer un análisis crítico de las tendencias actuales en materia de educación médica y 2) proponer los elementos básicos para elaborar un plan estratégico con base en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que sea aceptable en diversas jurisdicciones, posible de ejecutar y concebido para aprovechar al máximo la capacidad de trabajo que se encuentran en el terreno en los diferentes países y regiones, con el fin de mejorar la educación médica en América Latina.

El análisis crítico se desarrollará en dos partes. La primera estará concentrada en un análisis contextual externo que presente las condiciones independientemente de la influencia de la educación médica, y la segunda estará orientada hacia un análisis de la validez interna de las innovaciones gemelas que en la actualidad encabezan los cambios en la educación médica: el aprendizaje basado en la solución de problemas (ASP) y el Programa de estudios adaptado a la comunidad (PAC). En tiempos recientes ha surgido toda una bibliografía académica, en general favorable al PAC y al ASP, que emana principalmente de América del Norte y de escuelas nuevas de medicina tanto de países en vías de desarrollo como de países desarrollados. Su énfasis es en general psicológico, y describe las ventajas que los métodos nuevos de educación médica tienen sobre los convencionales en cuanto al pensamiento crítico, la memoria y la satisfacción de los estudiantes. Los

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Toronto.

² Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, Washington, D.C.

autores de estos trabajos son en su mayoría integrantes de escuelas que han incorporado una o ambas innovaciones en sus programas. Por otra parte, los factores económicos, demográficos, epidemiológicos y sociales que contribuyen o se ven afectados por dichos cambios han recibido escasa atención académica. La bibliografía relacionada con esos factores y sus relaciones con la educación médica está llena de opiniones y especulaciones antes que de evidencia empírica. De esa forma, la orientación hacia los cambios educacionales está guiada por una psicología del valor, que al mismo tiempo pasa por alto las fuerzas contextuales, económicas, sociales y sanitarias.

El plan estratégico propuesto se compone de principios y procesos concebidos para crear una carta orgánica iterativa para las escuelas médicas de América Latina que sea sensible a las realidades económicas, al desarrollo tecnológico y a su difusión, para alcanzar la equidad en la salud y encontrar mecanismos de perfeccionamiento y colaboración para el cambio, con métodos para fiscalizar y evaluar dichos cambios. La carta orgánica iterativa para la educación médica en América Latina también se considera una contribución singular a la evolución de la educación médica en otras partes del mundo.

Las características principales del plan estratégico son: diversidad, contexto, redes y evaluación. La diversidad es un objetivo basado en el principio de que diferentes innovaciones en diferentes escuelas de medicina producen un ambiente conducente a nuevas ideas y métodos educativos. El contexto se refiere a las circunstancias específicas de las diferentes facultades de medicina con respecto a las tradiciones y prioridades sanitarias, sociales y económicas de sus respectivos países. La formación de redes es el mecanismo propuesto para asegurar un intercambio continuo de ideas, métodos y logros entre las escuelas médicas de la Región. La evaluación es el instrumento que verifica las condiciones y los éxitos innovadores y que lleva a una planificación iterativa y a la actualización de la carta orgánica.

Con respecto al proceso de preparación del presente documento, al comienzo se realizó una serie de rastreos en computadora para facilitar la descripción y el análisis de las tendencias actuales en el terreno. Posteriormente se mantuvieron entrevistas y conversaciones con funcionarios clave de asociaciones de escuelas médicas de Estados Unidos y Canadá. La correspondencia con las contrapartes europeas de estas asociaciones se concentró principalmente en la conferencia que este grupo realizó en París en 1991, que sirvió como pauta de referencia y de la que surgió un plan estratégico para el desarrollo y la coordinación de las escuelas de medicina en Europa. Se mantuvieron conversaciones telefónicas con miembros de PAFAM con el fin de obtener datos actualizados sobre los planes y novedades de esa organización. Se entrevistó al Dr. Víctor Neufeld de la Escuela

de Ciencias Médicas McMaster, uno de los iniciadores de dicha organización y más tarde Secretario General de la Red de Instituciones Educativas para las Ciencias de la Salud Orientadas hacia la Comunidad, para que hiciera una evaluación de la red.

Por último, y lo más importante, se mantuvo una serie de conversaciones con funcionarios clave de la OPS con el objetivo de obtener información sobre las novedades actuales en la Región, y sobre todo para recoger opiniones sobre planificación estratégica.

El informe final está organizado de forma que cubra las influencias que impulsan el cambio en la educación médica, las evaluaciones críticas del ASP y el PAC y su aplicabilidad en América Latina, y contiene recomendaciones para elaborar un plan estratégico de la OPS sobre educación médica en América Latina, concebido para que produzca una carta iterativa.

ANTECEDENTES: ANÁLISIS CONTEXTUAL EXTERNO

La proximidad del siglo que se aproxima ha sido, y probablemente seguirá siendo, un polo de atracción para el análisis y la planificación hacia el futuro. En la actualidad las utopías para la condición humana son lugares comunes en las publicaciones académicas. Las escuelas de medicina y la educación médica no se han mantenido inmunes a estos impulsos pronosticadores. No obstante, a menudo perdido y olvidado en la premura por proponer reformas, renovaciones, novedades y cambios, queda el hecho de que las ideas más prácticas sobre el futuro tienen sus raíces en la continuidad humana y específica de la vida cotidiana y de las formas en que las prioridades y las clases específicas de fuerzas sociales, económicas y políticas realzan o perturban esta continuidad.

Las escuelas de medicina son construcciones sociales y la educación médica es una práctica social cuyo principal objetivo es producir profesionales médicos y sanitarios capaces de contribuir al mejoramiento de la condición humana. En qué consiste o debería consistir dicha contribución constituye el motivo y el foco de la educación médica. La forma en que se puede hacer dicha contribución está ligada en forma integral a los adelantos científicos y tecnológicos, a los modelos de práctica, al sistema de atención de la salud, a las estructuras sociales y a las tendencias históricas. Cuán apropiada es la contribución depende de la claridad con que se comprende y se responde a la condición humana.

La suposición implícita dominante de las reformas a la educación médica, tanto de las puestas en ejecución como de las propuestas, ha sido que la dirección de causa-efecto avanza de una educación médica renovada a cambios en la calidad y enfoque de la práctica médica (1-12). La calidad se conseguirá con la aplicación de la práctica informada de la ciencia social

y biomédica. El enfoque necesariamente coincidirá con las necesidades de atención de la salud. Existe el sentido, antes que la visión, de que la práctica médica que se manifiesta en la actualidad evolucionará en calidad y enfoque a medida que los egresados de los programas de estudios reformados gradualmente se integren a la profesión médica, trayendo consigo una mejor educación médica. En este proceso, el papel y el lugar dominantes de la profesión médica no sufrirán ninguna erosión. Antes bien, contando con conocimientos científicos y a la altura de los tiempos, su posición puede ser más inexpugnable que nunca.

Lo opuesto a esta suposición no ha sido considerado seriamente como estrategia. Parecería que el cambio orientado a los estudiantes y a la enseñanza de la medicina, específicamente en el programa de estudios para obtener el primer título universitario o realizar estudios de subgrado, es políticamente mucho más deseable que los esfuerzos encaminados a cambiar los modelos de la práctica. Una visión equilibrada de los mecanismos de cambio argüiría que las reformas a ambos simultáneamente son deseables en el contexto de un sistema renovable de atención de la salud, con la cooperación y el apoyo del público.

Desde que se adoptaron las recomendaciones de Flexner (13) a principios de este siglo y su aceptación general en la mayoría de las escuelas de medicina en los años veinte, la educación médica prácticamente no ha cambiado. El informe Flexner de 1920 condujo a un programa académico estandarizado de cuatro años para los estudiantes universitarios de nuevo ingreso, en el que las ciencias básicas de los dos primeros años sentarían las bases para la educación clínica posterior. La universidad, con nexos en hospitales universitarios afiliados, sería la piedra fundamental de una nueva educación médica basada en las ciencias experimentales. En décadas posteriores, según Ludmerer (14), las escuelas médicas de Estados Unidos se ampliaron en tamaño y en burocracia con un currículo modificado en lo necesario para que reflejara los conocimientos del momento. En los años cincuenta, la mayoría de las escuelas de medicina de Estados Unidos y Europa habían incorporado una infraestructura y un programa de salud pública y comunitaria sin contravenir la fórmula de Flexner.

Sin embargo, en los años noventa se hizo patente que existía un deseo generalizado de reformar la educación médica. Si bien todavía no se ha escrito una historia completa del impulso en pro de la reforma, se perfilan tres fuentes claras de influencia: científica, social y educacional. Cada una de ellas percibe de manera bastante diferente el descontento que existe con la educación médica de Flexner, pero, aunque parezca extraño, encuentran puntos comunes para su remedio. Tenemos así tres análisis y diagnósticos diferentes con una terapia común. Tal vez el que mejor resume esta terapia para la educación médica sea Bloom (15), en el informe de la Comisión Robert-Wood Johnson sobre educación médica y las ciencias de

CUADRO 1. Bloom: modelos de cambio del modelo tradicional al nuevo modelo propuesto para la educación médica.

De: Modelo tradicional	A: Modelo propuesto
Dominio completo de los conocimientos básicos como primer paso indispensable para el aprendizaje de la medicina: el programa pre-clínico de dos años.	Dominio substancial selectivo de los conocimientos de base: seis a ocho meses.
Objetivo principal de la primera etapa: acervo de conocimientos memorizados.	Comprensión de los principios de la conducta biopsicosocial del hombre.
Enseñanza-aprendizaje dirigidos: concentrado en el contenido, profesor en papel dominante de autoridad, estudiante pasivo y dependiente.	Concentrado en el estudiante.
Predomina el método didáctico: clases magistrales con programa detallado de los conocimientos existentes.	Métodos basados en la resolución de problemas, en grupos pequeños: el objetivo es preparar para el autoaprendizaje, base de conocimientos en constante cambio.
Orientado hacia la disciplina, enseñanza en etapas de bloques diferenciados por departamentos autónomos.	Integrado, interdisciplinario: en el plano horizontal abarca todas las ciencias; en el vertical conecta las ciencias básicas con las clínicas.
Las aplicaciones clínicas se enseñan después de una sólida base de conocimientos.	Aplicación clínica y exposición a casos comienza en creciente detalle a principios del primer año.
Biología humana y destrezas clínicas se estudian con enfoque en el varón adulto.	El marco de referencia es el crecimiento y el desarrollo humano, con igual énfasis entre los sexos.
Percepción de la responsabilidad médica como diagnóstico y cura de la enfermedad somatogena.	La prevención y mantenimiento de la salud comunitaria reciben igual énfasis que la enfermedad.
El paciente es considerado como un objeto pasivo.	El paciente es considerado socio en una transacción de salud.

la práctica médica titulado *La educación médica en transición (16)*. Bloom propone un nuevo modelo para la educación médica basado en la "Nueva biología" y los "Imperativos sociales", estos últimos surgidos de presiones de "las necesidades de salud de la sociedad y la población en general".

Si bien Bloom no reconoce a la educación como la fuerza del cambio, la considera el medio para responder a los requisitos de la nueva biología y del contrato social que las escuelas médicas tienen con la sociedad en general. Sin embargo, una extensa bibliografía en el campo de la educación médica considera a las innovaciones en materia de educación como la fuerza principal en la formación de médicos liberados por las ideas creativas, en contraste con aquellos limitados por los hechos. Más adelante en este informe diremos si este objetivo ha sido alcanzado o si es alcanzable. Por ahora baste decir que las fuerzas científica, social y educacional predominan en las escuelas de medicina de los países económicamente desa-

rrollados. Mientras que los llamados a la reforma de la medicina invariablemente llegan del brazo de una u otra o de todas estas fuerzas. Por el momento el cambio hacia una acción aceptable se ha limitado al nivel de la técnica. Pese al planteamiento de una reforma, la reestructuración fundamental de la educación médica no ha recibido promesas generalizadas entre las escuelas de medicina y en esencia ha quedado a la zaga de la aceptación de la reforma por el método de la técnica.

Los antecedentes de los cambios propuestos en la educación médica contienen un número de documentos ampliamente divulgados escritos en forma de declaración de objetivos, entre los que se destacan "La educación profesional general de los médicos del siglo XXI" de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (AAMC) de 1984 (17); la "Declaración de Edimburgo" de 1988 (18) y el informe de la Fundación Robert-Wood Johnson (16). Los apéndices I, II y III contienen, respectivamente, un resumen de las recomendaciones de cada uno de estos informes.

Los autores del informe de la AAMC, observaron una erosión en la competencia de los clínicos practicantes y encontraron que el problema radicaba en los métodos de enseñanza y en la organización del diseño y manejo de los programas de las escuelas de medicina. La propuesta estaba orientada a reducir el número de conferencias y su duración, a hacer más hincapié en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, a encontrar un contenido que reflejara el cambio demográfico y del sistema de atención de la salud, y a integrar la educación básica y clínica mediante el aprendizaje independiente y la resolución de problemas por parte del estudiante. La Declaración de Edimburgo, más sensible a las estrategias de atención primaria de la salud y salud para todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientó la educación médica en el sentido de la producción de médicos "que promuevan la salud de toda la población". El contenido de esta educación debe integrar la salud y su promoción, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona en su totalidad, de los valores sociales y de la comunicación. Los métodos deben ser activos y autodirigidos con el fin de promover la capacidad de los estudiantes de aprender y comunicarse. El documento elaborado por la Fundación Robert-Wood Johnson llegó a la conclusión de que "la medicina molecular, incluidos los campos más nuevos de biología molecular, celular, estructural y neural, está creando un nuevo paradigma para la biología" (19). Este paradigma decía "está produciendo una nueva unidad en la enseñanza y en el aprendizaje de las ciencias que garantizará la futura vitalidad de la práctica de la medicina. Los cambiantes modelos de enfermedad y la transformación de la práctica médica, así como un nuevo énfasis en la prevención, requieren que los estudiantes también adquieran conocimientos de las ciencias sociales y del comportamiento, de la epidemiología

clínica y de las ciencias de la información". La comisión pasó de ahí a recomendar que a través de las escuelas de medicina se integraran estas ciencias a una capacitación que fuera más allá de los hospitales de atención terciaria, y se aplicaran métodos apropiados de evaluación y manejo institucional para garantizar el éxito. Ocho escuelas de medicina de los Estados Unidos, que se adaptaban a los requisitos científicos y organizacionales de esta comisión, recibieron hasta US\$ 2,5 millones cada una para ejecutar este sistema.

Los autores de la AAMC consideraron que el objetivo era corregir una educación inapropiada. El grupo de Edimburgo consideraba que la razón del fracaso era la descomposición del contrato social, mientras que los miembros de la comisión de la Fundación Johnson entendían que el cambio de paradigma en las ciencias era condición necesaria y suficiente para reformar la educación médica. La integración de la enseñanza, desde los niveles moleculares a los sociales, desde la ciencia básica hasta la clínica y desde el individuo hasta la comunidad, era la estrategia de preferencia para las tres posiciones. Dicha integración tenía su punto focal en el giro de la presentación discreta, tradicional y departamental de la información hacia un aprendizaje autodirigido. La elección de un currículo basado en problemas y orientado hacia la comunidad era la opción inevitable para organizar el aprendizaje autodirigido y garantizar así la integración.

Durante aproximadamente el mismo período de inquietudes por la reforma de la educación médica, que comenzó con los objetivos de la OMS en 1977 de salud para todos en el año 2000 (20), la subsiguiente declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de la salud (21) y la estrategia global de 1981 de salud para todos (22), se han hecho públicas numerosas declaraciones de objetivos, todas con miras a mejorar la salud de la población mediante la ampliación de las definiciones de las condiciones que conducen a la salud. Una respuesta típica a estos llamados, incluidos la Carta de Ottawa de 1986 (23), las declaraciones "Sundsvall Statement on Supportive Environments" de 1991 (24), y "Meeting Global Health Challenges" (25) del mismo año, ha sido el silencio sobre los mecanismos para integrar nuevos análisis e iniciativas a la educación de los médicos. Con la excepción del objetivo implícito de Alma-Ata de producir médicos mejor capacitados para la atención primaria de la salud, las otras declaraciones han evitado proponer reformas educacionales en las profesiones de la salud, y han orientado sus recomendaciones hacia los gobiernos y el público.

Todos estos esfuerzos por crear un nuevo orden en el campo de la salud suponen un mundo benigno en el cual la voluntad social, económica y política puede ser movilizada para alcanzar los objetivos deseados. No obstante, las duras realidades económicas, las guerras, hambrunas, violencia, desastres naturales, el medio ambiente y los intereses políticos en

vías de cambio, han hecho del éxito un objeto distante. Más aun, la resistencia institucional ha sido generalizada. A lo sumo, las declaraciones universales de principios aumentan la toma de conciencia sobre los problemas y proporcionan una justificación general para emprender las reformas.

De ahí que todavía no se hayan enfrentado los retos a la reforma. En el campo de la educación médica, en forma prácticamente independiente de interpretaciones más amplias, se ha emprendido una serie de reformas, con el objetivo de adaptarse a los métodos "modernos" de educación más que con un objetivo social definido. Por lo general, las escuelas de medicina de los países muy industrializados no se han planteado las difíciles preguntas implícitas en la tarea de comprender sus reformas en el contexto social en general. Preguntas como "¿en qué forma las reformas que planeamos afectan la distribución de las enfermedades en la sociedad, los hábitos de práctica de los médicos, nuestra responsabilidad de fomentar la ciencia y su práctica, nuestra función colectiva en el desarrollo tecnológico, nuestro lugar en la universidad?" y otras se dejan a un lado por considerarse "filosóficas", y por lo tanto no solo insolubles sino dilatorias del proceso de cambio. Lamentablemente, la lectura de la bibliografía existente sobre los cambios emprendidos hace difícil entenderlos solo como la sustitución de una serie de técnicas educativas por otra. Ante la elección entre técnicas de transmisión de información y técnicas de búsqueda de información, las escuelas de medicina han abandonado o están abandonando las primeras y acudiendo a las segundas. Para decirlo con palabras que suenan más nobles, las escuelas de medicina están cambiando su enfoque de, "centradas en el profesor" a "centradas en el estudiante", con el objetivo de producir alumnos capaces de pensar críticamente y no de repetir datos ignorando la realidad de que la primera actividad no se puede desarrollar si no se cuenta con datos.

Sería injusto catalogar las reformas de la educación médica únicamente como un cambio de la transmisión a la búsqueda de información. Las tendencias actuales, algunas de las cuales ya se han indicado, son más difusas e incluyen el aprendizaje basado en la resolución de problemas, y el currículo orientado hacia la comunidad; el humanismo; la educación y la promoción de la salud, y los métodos de evaluación.

Todas estas innovaciones se analizarán críticamente en la próxima sección, basándonos en una amplia mirada a pruebas de apoyo principalmente. A partir de la lectura de la bibliografía, los beneficios prometidos no se han hecho realidad. Términos como ASP se interpretan en forma vaga y equivocada como si estos significaran destrezas para resolver problemas, y el currículo orientado hacia la comunidad se interpreta como si este consistiera en experiencias breves en centros que no son hospitales, principalmente en las primeras partes de la educación médica de los estudiantes que inician sus estudios universitarios. Los aspectos científicos de

la comprensión, que van desde factores moleculares a sociales, con frecuencia se pasan por alto en una educación concentrada en ciertos problemas clínicos seleccionados y su resolución. Por lo general, las innovaciones se concentran en las primeras etapas del currículo, tradicionalmente ocupadas, y en la actualidad cada vez con más frecuencia abandonadas por las ciencias básicas. No se han observado cambios profundos a nivel de médico interno ni de residente.

EVALUACIÓN CRÍTICA DE INNOVACIONES ACTUALES EN EDUCACIÓN MÉDICA: ANÁLISIS DE VALIDEZ INTERNA

Aprendizaje basado en la resolución de problemas y currículo orientado hacia la comunidad

Antecedentes históricos

La combinación de un clima económico favorable, el sentido de que la educación médica tradicional asfixiaba el entusiasmo y la creatividad de los estudiantes, la creencia de que a los estudiantes se les recargaba de datos y que por lo tanto su rendimiento era deficiente en la capacitación técnica, el reconocimiento de que la enseñanza organizada alrededor de departamentos era una barrera para la integración de los conocimientos y la toma de conciencia de que el volumen de información clínica y científica excede la capacidad de recibir instrucción adecuada en un programa de cuatro años, llevó a los creadores de la Facultad de Ciencias de la Salud McMaster a elaborar un método que sirviera de alternativa a la educación médica (26, 27).

Basándose en su propia experiencia y en lecturas sobre educación y psicología que mostraban las ventajas de la resolución de problemas sobre el aprendizaje mecánico y la memorización, el grupo de McMaster elaboró un nuevo programa de tres años para la educación médica a nivel de subgrado, con los dos primeros años dedicados íntegramente al aprendizaje mediante la resolución de problemas. Mientras que los departamentos en la facultad se organizaban en forma tradicional, la responsabilidad por esos dos años iniciales se depositó en lo que entonces se llamaba método de educación médica por manejo de matrices. Para explicarlo en pocas palabras, el manejo de matrices entrañaba un compromiso de la universidad con la educación de subgrado según el cual los profesores, como obligación institucional, se ausentarían temporalmente de sus departamentos para ser tutores (no profesores) en el nuevo programa. Los fundadores del programa pensaban que dado que el trabajo de un médico se caracteriza por tener que resolver problemas, al programa le correspondía asegurarse de

que los estudiantes fueran educados en la solución de problemas. Aun así, el programa no se consideraba un regreso a los días en que se comenzaba como aprendiz, sino como la educación liberal de estudiantes de medicina, puesto que la gama de problemas detrás de cada situación no tenía restricciones y en gran medida seguía el interés de cada alumno. De esa manera, un caso de dolor de pecho podía llevar a aprender sobre anatomía, fisiología o bioquímica del sistema cardiovascular. También podía llevar a la bioquímica de las enfermedades cardíacas o a los aspectos emocionales del dolor causado por el amor.

Para 1969 McMaster tenía su programa en marcha y recibía miradas escépticas de las escuelas médicas establecidas que la rodeaban. Con el tiempo otras escuelas, entre ellas una en los Países Bajos, una en Israel y una en Australia, seguidas prácticamente por todas las escuelas nuevas de medicina del mundo en desarrollo, adoptaron el método de McMaster, como resultado de la labor misionera de los partidarios del método ASP. Para 1984, cuando se redactó el informe de la AAMC "Médicos para el siglo XXI", el programa de McMaster concitaba la atención de las escuelas de medicina de todo el mundo y tuvo una fuerte influencia sobre las recomendaciones del informe.

La selección de los problemas a resolver en las escuelas ASP pronto se convirtió en motivo de discordia. El grupo de conversos alegaba, y en general aceptaba, que la selección debía guiarse por la prevalencia y gravedad de las enfermedades que afectaban a la sociedad o comunidad en la cual prestaban servicio las escuelas ASP, de ahí el término currículo orientado hacia la comunidad. No solo los estudiantes recibirían educación en la solución de problemas, sino que los problemas seleccionados serían aquellos que se encontrarían en la práctica de la profesión.

Así, en 1979 se estableció la red de instituciones educacionales para las ciencias de la salud orientadas hacia la comunidad. Los objetivos de la red eran:

- fortalecer a las instituciones afiliadas en su puesta en práctica del aprendizaje orientado hacia la comunidad y de métodos educativos apropiados;
- fortalecer la capacidad de los profesores en lo que respecta a la educación basada en la comunidad;
- elaborar tecnologías, métodos y herramientas apropiados para un currículo orientado hacia la comunidad, como por ejemplo el aprendizaje basado en la resolución de problemas;
- promover conceptos de población en el sistema de servicios de salud y el currículo, y por último,
- asistir a las instituciones en países que tienen la intención política de introducir innovaciones en la capacitación de su personal de

salud, con el objetivo final de mejorar la atención de la salud y contribuir a conseguir "salud para todos" (28).

Desde entonces el número de escuelas de medicina que se ha adherido a la red asciende a más de 200 en todas partes del mundo, incluidas muchas de América Latina. Las escuelas de la red tienen su sede en Maastricht, se reúnen con regularidad y publican un boletín en el que se mencionan las novedades introducidas.

A medida que aumentaba la afiliación a la red, ocurría un crecimiento paralelo de las escuelas ASP por motivos diferentes. En 1986 la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard inició una sección ASP separada en su programa de subgrado (29) y pocos años más tarde convirtió todo su programa preclínico a una orientación ASP. La adopción del ASP por parte de Harvard significó un reconocimiento de legitimidad para que otras escuelas en América del Norte siguieran el ejemplo. La siguiente declaración del comité de enlace para la educación médica (LCME) fomenta la causa de la ASP:

"Los profesores deben fomentar en los estudiantes la capacidad de aprender mediante estudios autodirigidos e independientes a lo largo de toda su carrera profesional" (30).

El LCME es el órgano oficial de acreditación para la educación médica en América del Norte, en cooperación con el Comité de acreditación de escuelas médicas canadienses (CACMS). La principal responsabilidad del LCME es dar fe de la calidad de la educación en los programas acreditados. Sin embargo, dado que el término "aprendizaje autodirigido" se ha convertido en sinónimo de ASP, en el proceso de acreditación existen presiones sutiles y no tan sutiles para que las escuelas de medicina sigan esta orientación.

Situación actual del ASP

Si bien por el momento apenas unas pocas escuelas de medicina ($N = 7$ o el 5,6%) en los Estados Unidos se han convertido plenamente al ASP, suponemos que muchas otras escuelas (31), inspiradas por Harvard y estimuladas por el apoyo del LCME al aprendizaje autodirigido están en proceso de cambio. Parece probable que muchas de ellas adopten un currículo mixto en el cual el enfoque ASP irá acompañado de ciertos cursos departamentales y clases magistrales. En Canadá, 7 de 16 (44%) de las escuelas ya se han plegado al ASP y las ocho que quedan están en proceso de planificar los cambios (32). Las escuelas europeas se han movido con menos rapidez, pero ya la Asociación Europea de Escuelas de Medicina está hablando en favor de cambios similares (33). Existen escuelas ASP en

los Países Bajos, Alemania, Inglaterra y Suecia, y con algunas variantes en España e Italia. Suiza también está estudiando de cerca diferentes modelos ASP establecidos en América del Norte.

Entre las aproximadamente 1.350 escuelas de medicina que existen en el mundo (34), se sabe que unas 60 (4,4%) son escuelas ASP, en todo o en parte. En términos de la magnitud del cambio podemos hacer dos comentarios. Las tendencias actuales, al menos en América del Norte, se inclinan por un currículo inicial mixto de dos años con parte de ASP e instrucción adicional. El objetivo principal del cambio se basa en los dos primeros años de la escuela de medicina, que en Ontario, Canadá, por ejemplo, representaría como máximo la mitad del programa de subgrado o una tercera parte del tiempo del currículo, incluidos dos años de internado, antes de la certificación para la práctica general. La proporción de tiempo ASP en comparación con la suma total de tiempo en la educación de subgrado y de posgrado se reduce a una cuarta parte o menos en relación con el tiempo necesario para la especialización.

Dadas estas restricciones, los cambios realizados o propuestos son modestos, y han recibido una atención desproporcionada para la magnitud del cambio. ¿Cómo, entonces, se justifica tanta preocupación por los cambios del ASP? Un punto de vista está claramente enraizado en la percepción de que los egresados de las escuelas de medicina no cumplen con los objetivos sociales de garantizar la salud en sus comunidades. Otra perspectiva sostiene que los fundamentos científicos de la medicina peligran ante el currículo tradicional y, hasta cierto punto, por el ASP. Otra opinión dice que la educación que generalmente se imparte en las escuelas de medicina gradúa médicos clínicos sin motivación para continuar el aprendizaje. Si bien todas estas opiniones tienen cierta justificación, todavía quedan dudas persistentes sobre los objetivos y los efectos del cambio.

En vista de las críticas, podría preverse que el cambio se concentraría en las etapas finales de la educación médica, principalmente en el aspecto clínico. Los partidarios de las ciencias querrían ver más ciencias a lo largo de todo el proceso educativo. También sería legítimo esperar un llamado a la diversidad, y reconocer que una escuela dada puede no tener la capacidad necesaria para producir egresados que ostenten la excelencia deseada. En un país, o jurisdicción política, sería lógico dividir las responsabilidades entre las escuelas de medicina para que estas tengan fines especializados y singulares. Una escuela puede asumir la responsabilidad de capacitar a científicos clínicos mientras que otras pueden preparar a médicos de atención primaria de la salud, como se concibió en Alma-Ata, o concentrarse en medicina social. Ninguna de estas escuelas enseñaría estas especialidades exclusivamente, pero buscaría candidatos que por orientación profesional y antecedentes se encuadren en los objetivos expresados por el currículo. Dicha planificación no ha tenido lugar ni ha ocupado un lugar importante en los planes de cambio. Las escuelas de medicina son

renuentes a fijar objetivos referidos al modelo de médico clínico deseado y además no han mostrado disposición para elaborar ni desarrollar planes conjuntos con respecto a tipo ni a número de médicos. Esta falta de disposición por lo general se explica por dos razones: 1) se piensa que el mercado dictamina el tipo y número de médicos que necesita, y 2) no tener como principal objetivo la formación de clínicos y científicos sería visto como una pérdida de prestigio. No obstante hay otra razón, no manifiesta, en la resistencia de las escuelas de medicina a desafiar la práctica hegemónica.

Todos los cambios propuestos en la educación médica están orientados a mejorar, no a cambiar, la práctica de la medicina. Frente a una corriente de críticas, algunas internas y otras por parte del público, el peso de la carga se ha desplazado a la primera parte de la educación médica a nivel de subgrado. El control de la práctica médica no ha sido problema. Pero como práctica social, parecería apropiado y necesario definir la forma en que la práctica de la medicina satisface las necesidades de la sociedad. Cambiar la educación médica, no la práctica médica, parecería ser la opción fácil, la que aparenta responder a las críticas pero en realidad mantiene el *statu quo* en lo que respecta al control sobre el tiempo y el volumen de los servicios que se le ofrecen al público.

Esto no quiere decir que la especialización y sus intervenciones tecnológicas no son necesarias. La decisión que debe tomarse tiene que ver con la distribución y subvención de los diferentes tipos de médicos en una sociedad dada. Esta distribución y su financiamiento deben realizarse en relación con las necesidades de salud y las enfermedades de la sociedad y necesitan de una voluntad política para atraer a personal gubernamental y peritos de diversas disciplinas relacionadas con la salud. Las jurisdicciones que tengan diferentes distribuciones y cargas de enfermedad necesariamente requerirán distribuciones diferentes de personal sanitario. Por lo tanto, la educación médica tiene la obligación de promover y participar en la creación de diversos planes consonantes con sus necesidades.

En el contexto de las necesidades de salud de la población, el ASP ofrece una pequeña distracción, no una solución. Sea cual sea su valor como herramienta educacional o instrumento para el diseño del currículo, el ASP no debe ser considerado como un reto a la práctica médica hegemónica. Si se pone en práctica con éxito, este éxito será pasajero y muy pronto superado por las realidades de la capacitación clínica y la práctica tal como están constituidas en la actualidad.

Problemas del ASP sin resolver

Desde el punto de vista de la bibliografía sobre educación médica, el desproporcionado volumen de artículos dedicados al ASP darían la im-

presión de una amplia aceptación del ASP como el modelo educacional de preferencia. Si en la realidad la suave tendencia hacia el ASP se acelera, esto se debe más a la necesidad sentida de estar entre los "innovadores" o, peor aún, de evitar "quedarse atrás", que a las pruebas de su eficacia. Adoptar el ASP es, en un sentido, una gran empresa que requiere el apoyo de la institución para capacitar a los tutores y renovar las instalaciones, y el esfuerzo del cuerpo docente para no crear una serie de problemas. En Harvard se ha establecido un programa de capacitación de tutores, y desde los años setenta funciona uno en McMaster. Más aun, ha surgido un mercado para casos de ASP ya preparados. Las escuelas que contemplan el cambio tienen la opción de comprar casos ya preparados o bien de elaborar los propios. La elección de la primera opción puede ser vista como un insulto a la reputación y al prestigio de la institución. La opción de elaborar casos propios lleva mucho tiempo y por lo tanto es costosa.

El ASP, con sus numerosas variantes, se orienta principalmente a los dos primeros años del programa de subgrado (36), dejando prácticamente intacta la capacitación clínica por los departamentos correspondientes. Su función integradora está concebida para fusionar los principios y datos de las ciencias básicas con métodos clínicos y para integrar, en el plano horizontal, las disciplinas de las ciencias básicas. En los últimos tres o cuatro años nadie ha contemplado seriamente el papel del ASP en la integración horizontal ni vertical de las disciplinas clínicas. Así, mientras cumple una función percibida como benéfica mediante la integración horizontal de las ciencias básicas y vertical con las ciencias clínicas, también erosiona la integridad departamental de las ciencias básicas, las cuales ven un papel reducido para sí mismas en la educación médica y un papel ampliado para las disciplinas clínicas (37). Puesto que por lo general los casos que se estudian en ASP son casos clínicos, estructurados de tal forma que el objetivo final de los estudiantes es llegar a un diagnóstico a partir de una serie de síntomas, pasando por la investigación y debate de los escritos pertinentes, y después justificar su diagnóstico, las oportunidades y motivaciones para investigar a fondo y descubrir los fundamentos científicos de los casos presentados por lo general no constituyen una prioridad. Dada la orientación clínica de los casos, los profesores de ciencias básicas por lo general se muestran renuentes a asumir la función de tutores. En consecuencia, existe una barrera estructural, creada por la selección y diseño del ASP, a la participación por parte de los practicantes de las ciencias básicas. Los argumentos y la bibliografía que dicen que el ASP fomenta el pensamiento científico tienden a poner este argumento en el mismo plano que el método de razonamiento hipotético-deductivo usado como proceso ASP (38-40), no con los hechos sustantivos y los principios de las ciencias básicas.

La integración es uno de los razonamientos clave que opera en favor del ASP. Con bastante razón, los proponentes del ASP arguyen que

un currículo tradicional, departamentalizado (excluidas las disciplinas clínicas) no les ofrece información útil a los alumnos, y en cambio hace hincapié en los hechos antes que en los principios y transmite contenido de escasa aplicación cuando la capacitación clínica se encuentra más adelantada. En cambio, reza el argumento de que el enfoque en los casos clínicos empleando el método ASP fomenta la integración de la información en la mente de los estudiantes. La literatura sobre integración no ayuda. Todavía sigue sin aclararse en qué consiste exactamente el proceso de integración, ya sea social o psicológica. Se da por sentado que la información proveniente de las diferentes disciplinas es compatible y que, por lo tanto, se puede unir en una sola formulación lógica en defensa, digamos, de un diagnóstico. En consecuencia, supone que la información (producida por medios científicos o de otro tipo) conduce a un todo coherente, a una armonía de orquesta, pasando por alto que la ciencia prospera con las inconsistencias y las contradicciones. Por ejemplo, ¿qué significa la integración en presencia de evidencia contradictoria, como es el caso de la reducción de los niveles de colesterol para reducir el riesgo de enfermedades coronarias, corroborada por los resultados patofisiológicos pero contradicha por resultados epidemiológicos? El tema en discusión es el significado preciso de integración. Interpretado psicológicamente como procesamiento paralelo, en el cual pueden convivir la armonía y las contradicciones de información, no es lo mismo que la interpretación que afirma la unidad de la información. La segunda interpretación domina la bibliografía, por lo cual es casi seguro que a través de la selección de casos se elimina el examen a fondo de las cuestiones científicas o el análisis de los resultados científicos.

En lo que se refiere a resultados de los programas ASP, la bibliografía es escasa. Aparte de estudios de beneficios psicológicos, la medida preferida para medir los efectos han sido los resultados de los exámenes. En su resumen de evaluación de la investigación que compara los efectos del ASP con los programas convencionales, Schmidt y colaboradores (41) sugieren que los estudiantes del segundo tipo de programa obtienen resultados "algo mejores" en los métodos tradicionales de medir el logro académico que los alumnos de los programas ASP. Los datos sobre la competencia clínica no son concluyentes. Maastricht (42) y Nuevo México (43) comunican resultados similares, que muestran mejores resultados para los alumnos de los métodos tradicionales en exámenes administrados anteriormente y lo opuesto en favor de alumnos ASP en exámenes clínicos posteriores. Sin embargo, las diferencias observadas en el logro académico han sido pequeñas y por lo general no tienen peso estadístico. Los estudios de los egresados de McMaster muestran resultados similares. Además, Woodward y colaboradores (44) han intentado descubrir diferencias de práctica entre los alumnos de ASP y los educados con métodos convencionales. Proporciones similares de cada grupo eligieron la práctica de la atención básica, mientras que fue mayor la selección de la carrera de me-

dicina interna y menor la de cirugía por parte de los graduados de McMaster que por el grupo de comparación. Se observaron diferencias tanto en el estilo de la práctica como en la combinación de servicios. Los graduados de McMaster que practicaban la atención primaria de la salud trabajaban el mismo número de horas pero atendían a un número menor de pacientes, prestaban menos servicios y por lo tanto ganaban menos que el grupo convencional. Woodward y colaboradores interpretan que estas diferencias y otras que se observaron significan que los graduados de McMaster tratan a los pacientes "en forma algo diferente..." pasando más tiempo con cada paciente y prestando más atención a los aspectos psicológicos de estos.

Las conclusiones preliminares a que han llegado los investigadores se deben a diversos factores no controlados que destacan Schmidt y colaboradores: diferencias en criterios y procedimientos de admisión; bajo índice de respuestas; cambios desconocidos que afectan los resultados de un programa; grupos de comparación inadecuados, y diferencias de exposición previa entre los instrumentos empleados en la investigación y los usados en los exámenes de respuesta múltiple. También podrían haber considerado, pero no lo hicieron, las limitaciones autoimpuestas de estos estudios, a saber, el significado contextual de los resultados. Por ejemplo, no se sabe con claridad cuáles fueron los resultados de los exámenes en comparación con los modelos de práctica. Tampoco está comprobado que tratar a un número menor de pacientes y atender más a sus necesidades psicológicas sea un modelo de práctica más beneficioso que aquel con el cual se le comparó. Es evidente que estos estudios prevén que los resultados del ASP, como sus contrapartidas convencionales, se adaptarán a los moldes del sistema de práctica y atención de la salud. Mientras dichos moldes permanezcan fijos, los estudios comparativos no podrán producir resultados que no sean "variaciones sobre un mismo tema".

La falta de pruebas convincentes en pro o en contra del ASP, o currículo novedoso, ha aumentado la conciencia sobre la necesidad de estudios sistemáticos de los resultados. Blumberg (45) de McMaster escribe: "Si estamos orgullosos de nuestras novedades educacionales, y lo estamos, deberíamos estudiar sistemáticamente estas innovaciones en la práctica y los efectos que tienen sobre qué y cuánto aprenden nuestros alumnos y lo que se llevan consigo cuando se reciben." Kassebaum (46) y Manning y Kassebaum (47) señalan que el interés público en los Estados Unidos de mejorar la calidad y el costo de la atención de la salud exige una evaluación más explícita que la que tenemos actualmente sobre los resultados de la educación médica. En el Apéndice V se muestran los objetivos típicos de las escuelas de medicina y las correspondientes mediciones de resultados por las que aboga Kassebaum, que sostiene que el objeto de estudiar los resultados es concentrarse más de cerca en el logro de objetivos definidos, facilitar el mejoramiento de programas y garantizar la competencia de los graduados.

Muchas fundaciones importantes en los Estados Unidos han manifestado su interés por cambiar la educación médica y apoyar estudios de resultados. En fecha reciente la Fundación Josiah Macy Jr. patrocinó un congreso (48) para considerar diseños de estudios de evaluación de resultados comunes y diferentes de los programas novedosos. Los resultados diferentes previstos eran de índole psicológica (aprendizaje, trato interpersonal, satisfacción), mientras se preveía que los resultados comunes serían equivalentes en costo y en la resolución de problemas clínicos. En 1990 la Fundación Robert-Wood Johnson subvencionó a ocho escuelas en los Estados Unidos para que examinaran su programa completo, pusieran más énfasis en la integración de las ciencias básicas con la clínica, exploraran nuevos métodos de enseñanza y evaluación e intentaran establecer una relación más estrecha entre la educación médica y las necesidades profesionales de la práctica médica (16). La Fundación W.K. Kellogg comprometió US\$ 47,5 millones a un nuevo esfuerzo llamado "Alianza comunitaria". Siete instituciones formaron un consorcio de escuelas de medicina para orientar la educación de los profesionales de la salud mediante la creación de centros de enseñanza basados en la comunidad, que no fueran hospitales y que tuvieran como principal misión la atención primaria de la salud y la investigación multidisciplinaria (48). Por último, Pew Charitable Trusts y la Fundación Rockefeller establecieron el proyecto "La salud del público", cuyo objetivo es reorientar la medicina académica hacia estrategias para la corrección de deficiencias importantes en el sistema de atención de la salud (49).

Queda por ver si alguna o todas estas iniciativas logran su cometido. Su principal objetivo consiste en cambiar la práctica de la medicina dentro del sistema de atención de la salud actualmente en funcionamiento. Evidentemente, la opinión de estas fundaciones es que la relación entre los cambios de la educación y la práctica ha pasado al frente de las prioridades. La estrategia de cambiar la educación para que tenga efecto sobre la práctica de la medicina todavía no ha sido probada. Lo probable es que la inquietud de las fundaciones refleje la aprensión general sobre los aumentos continuos en los gastos nacionales de salud, la baja proporción de médicos de atención primaria de la salud que sale de las escuelas de medicina de los Estados Unidos y el número de personas, en su mayoría pobres (calculadas en unos 30 millones) que no tienen seguro de salud.

Por último, si observamos en forma general las realidades del ASP, vemos que la mayoría de los estudiantes prefieren que su tutor sea un experto facilitador (50, 51). Dado que los casos son clínicos e individuales (en lugar de sociales, de población, etc.) casi invariablemente se considera que este experto debe ser un clínico. Los progresos esperados y previstos en el razonamiento científico del alumno dependen en gran medida de los clínicos tutores, quienes son, en primer lugar, la razón por la que se aboga por graduados con mentalidad más científica. La lógica de este sistema que

confía en un clínico científico con preparación inadecuada para que facilite el aprendizaje de un estudiante mejor preparado científicamente no es convincente. Una manera de describir la situación expuesta es que gradualmente se está desplazando a los científicos básicos de la educación médica de subgrado, quienes están siendo reemplazados por médicos de hospital. Si también se aceptara la propuesta de que el ASP contenga un fuerte elemento del antiguo sistema de los aprendices, podría decirse que la novedad favorita de las escuelas de medicina de Estados Unidos y de otros países se remonta a los tiempos antes de Flexner. Con todo, estos no son los argumentos ni las inquietudes que preocupan a la bibliografía ni a las declaraciones de objetivos que se han publicado.

Si el currículo de los dos primeros años de educación médica cambia totalmente al ASP, la rama de las ciencias sociales y epidemiológicas seguirá el mismo camino. Nuestra investigación no descubrió ningún caso ASP en el que la unidad de análisis tuviera un enfoque social, económico, demográfico ni de población (52). La educación pública o comunitaria solo apareció en ASP como una dimensión del problema individual, por el interés personal de un alumno y con un tutor capacitado para orientar el aprendizaje en esa dirección. Hay escasas probabilidades de que en un programa ASP se estudien a fondo los problemas de salud pública o comunitaria.

De esa forma surge la cuestión de la creciente y sostenida contribución de las ciencias clínicas, dada la función reducida de las ciencias básicas y sociales. Es evidente que el programa requiere mucho tiempo y, ante la falta de un sistema de compensaciones para el tutor, traducidas en ascensos o en reembolso salarial para compensar el tiempo clínico perdido, no es de prever un compromiso sostenido. La evidencia que se desprende de nuestras lecturas es que ni los ascensos ni la compensación salarial son probables en una escuela con ajustado presupuesto (53, 54) que sigue sin convencerse de que la tutoría debe ser recompensada con una promoción (55-58).

Todo esto conduce a un pronóstico dudoso no solo de la viabilidad sostenida del ASP, sino también de la función vital que le asignan las declaraciones de objetivos, que declaran su misión de cómo sacar al currículo tradicional del estancamiento y forjar un nuevo médico, científicamente astuto, socialmente consciente y capaz de resolver los problemas más recalcitrantes de los pacientes.

Currículo basado en la comunidad

En vista de los recursos y compromiso de tiempo que se necesita, es improbable que el currículo se transforme íntegramente en ASP. En

Canadá (59) se favorece un programa mixto que incluye ASP pero que también ofrece oportunidades singulares para métodos novedosos de enseñanza de las ciencias y programas basados en la comunidad (60). Estos últimos se ponen en práctica enviando a los alumnos de primer o segundo año, a un centro de salud no hospitalario durante un período breve. Por lo general el currículo basado en la comunidad requiere que los alumnos participen en “proyectos” en y con la comunidad (61). Los proyectos varían desde entrevistar a los pacientes y tomar sus historias clínicas hasta participar en actividades de educación de la salud (62–64) y programas de prevención de enfermedades (65). Un grupo especial para la investigación y el desarrollo de la salud ha propuesto el más interesante y promisorio de los métodos para elaborar el currículo, titulado “Investigación esencial en la salud nacional” (ENHR). Esta es una iniciativa nueva (66) que ofrece un marco estratégico para la educación y la acción en la salud y el desarrollo humanos, y tiene sus raíces en Alma-Ata. El objetivo de ENHR es lograr que cada comunidad en desarrollo establezca y fortalezca su base de investigación en salud para:

- comprender sus propios problemas
- aumentar la efectividad de sus limitados recursos
- mejorar la política sobre salud y su manejo
- fomentar la innovación y el manejo, y
- servir de apoyo para una voz más fuerte de los países en desarrollo en la fijación de prioridades internacionales.

Los participantes de ENHR se definen como comunidades (percepciones y necesidades de salud), investigadores (investigación multidisciplinaria, incluida la participatoria) y encargados de formular políticas y decisiones (expertos en datos y en salud). Se propone que allí donde los tres intereses convergen, los países podrán crear sistemas efectivos y sostenibles de salud comunitaria para mejorar la calidad de vida. ENHR ha comenzado este proceso en las Filipinas, México, Mozambique y Tailandia. Para nosotros, lo interesante es que ENHR es igualmente aplicable a los países desarrollados. En particular observamos que este temario de investigación no es establecido por peritos sino por las propias comunidades con el apoyo de peritos. La parte interesante de este proyecto desde el punto de vista de la educación médica es que tiene el potencial de ofrecer oportunidades de que los estudiantes participen en investigación comunitaria, y en nuestra opinión dicha investigación es (a) una poderosa herramienta de aprendizaje; (b) una experiencia, basada en principios ENHR, que puede enseñar a los alumnos mucho más sobre la comunidad y sus prioridades de salud que los programas simplistas y de aplicación pasajera de que disponen por el momento, y (c) aumenta la probabilidad de que los estu-

diantes se comprometan a practicar la medicina en forma sensible a la comunidad.

Pruebas

Es común emplear términos como ASP y destrezas en la resolución de problemas (DRP) indistintamente, o se da por sentado que ASP es un medio para obtener DRP. Eso no es así, señala Norman (67), quien pasa a argüir (68) que la aplicación horizontal de DRP para la resolución de problemas no es la indicada. De modo que DRP no promueve destrezas generales y ASP no conduce a DRP. El justificativo para elegir DRP tiene solo dos dimensiones: los estudiantes prefieren el método DRP entre otras alternativas y disfrutaban más de la experiencia, y el conocimiento es más fácil de recordar, o de llevar a la conciencia, en el contexto en el cual se le asimiló originalmente (69). En los dos casos las pruebas son escasas; en el primero debido al resultado de una encuesta entre los estudiantes sin un grupo de control ni de comparación, y en el segundo debido en gran medida a una generalización de las lecturas de psicología.

El grueso de la evidencia en apoyo del DRP (70–80) es que los egresados no son diferentes a los de las escuelas tradicionales. Para aquellos que, a partir de la experiencia, reconocen la influencia de la capacitación técnica y los ambientes en los que dicha capacitación tiene lugar, la prueba de la igualdad no les resultará ninguna sorpresa. Tampoco lo será para aquellos que conocen los estudios señeros de Clute (81) en Canadá y de Peterson (82) en los Estados Unidos, quienes, estudiando a practicantes de la medicina 10 ó 12 años después de haberse graduado, no pudieron distinguir las escuelas en las cuales dichos médicos habían recibido su capacitación. La estructura y la organización de la práctica de un médico, independientemente de la escuela a la cual asistió, fueron los mejores elementos para predecir el tipo de medicina que dicho médico practicaría.

Los partidarios del ASP aceptan la falta de diferencias entre los estudiantes expuestos al ASP y los otros como prueba de las ventajas inherentes de su método porque sus estudiantes disfrutaron más de sus estudios y, tal vez, recuerdan mejor la información en contexto. Los numerosos partidarios del ASP se dieron cuenta de que era necesario encontrar justificativos en la práctica para defenderse o rechazar las críticas de las escuelas tradicionales. Los últimos, no acostumbrados a las críticas, no sintieron la necesidad de averiguar en qué forma los egresados de los programas tradicionales son superiores a los del grupo ASP. De ahí que exista evidencia en favor de una sola parte, que, empleando como medición los resultados de la junta examinadora nacional llegaron a la conclusión de "igualdad +".

También existe cierta evidencia (83) de que los estudiantes de un currículo ASP tienen más inclinación a razonar con el método hipotético-deductivo —lo que es natural puesto que el método es un componente del sistema— mientras el graduado tradicional se inclina por la inducción, usando los hechos y el conocimiento para generar hipótesis. Al parecer el grupo ASP genera mayor número de hipótesis, y en consecuencia mayor número de errores, que el grupo tradicional. Los grupos tradicionales proponen un número mucho menor de hipótesis y son más conservadores para con los “hechos”.

Habiendo examinado más de 50 escritos, se elaboró un cuadro de puntajes basado en la coherencia entre las afirmaciones del ASP y las pruebas que las apoyan. Conforme al sistema de tabulación que se muestra en el Cuadro 2, ASP no cumple con su responsabilidad de aportar pruebas que corroboren sus afirmaciones. Cabe reconocer que al currículo tradicional y a sus afirmaciones no se les aplicó un sistema similar de puntaje. No obstante, ASP goza de tal popularidad en la actualidad que pocas personas están dispuestas a apostar públicamente en favor del programa tradicional.

Cabe señalar que todo lo que se ha escrito justificando el ASP se concentra en los factores psicológicos. Es posible que el ASP produzca estudiantes con más sentido de cooperación e interacción social, pero no hay pruebas de esto. La preocupación de los resultados psicológicos es algo perturbadora, puesto que reduce a un nivel trivial lo que de otra forma sería un método interesante. Con toda seguridad debe ser posible ir más allá de la estrecha definición de Barrows y Tamblin (84) del ASP como “aprendizaje individualizado que resulta de los procesos de búsqueda de

CUADRO 2. Resultado obtenido de las afirmaciones del ASP y las pruebas que las apoyan.

Afirmaciones psicológicas	Pruebas
1. Destreza en la resolución de problemas	0
2. Placer en los estudios	1
3. Retención de información	1
4. Destreza en la búsqueda de información	1
5. Preparación para el aprendizaje clínico	0
6. Aprendizaje integral para la autodirección	1
7. Destrezas de pensamiento crítico	0
9. Razonamiento hipotético deductivo	2
10. Razonamiento científico	0
Puntaje de validación	6 (33%)

0 No hay pruebas
 1 Hay pruebas débiles
 2 Hay pruebas fuertes
 18 Puntaje máximo posible

solución o resolución de un problema”, que parece haber establecido la tónica y el enfoque de la investigación evaluativa subsiguiente. A causa de su restricción a los dos primeros años de la educación médica de subgrado y puesto que por lo general va seguido de una intensa y a menudo intimidante experiencia clínica, es difícil plantear preguntas serias de consecuencia. Por ejemplo, sería inútil tratar de averiguar si los graduados del ASP tienen más capacidad de aprender a lo largo de toda su vida, o si son más sensibles desde el punto de vista social a las inquietudes de sus pacientes, o si tienen la capacidad de analizar los problemas de sus pacientes desde lo individual a lo social. Demasiado “ruido” interviene, que hace imposible una evaluación sustantiva de la eficacia del ASP.

La conclusión es que el ASP no pasa su propio programa psicológico y no puede ser puesto a prueba adecuadamente, al menos a la altura de los hechos, para determinar efectos profundos o a largo plazo. Sin tal evidencia, solo se puede recomendar el ASP como un sistema de creencias.

Solo en un pequeño rincón de la bibliografía es posible encontrar otros métodos novedosos en la educación médica con cierta promesa de capacidad para integrar la información y crear una experiencia agradable en el proceso sin exponer a los estudiantes a una ignorancia mayor que aquella a la que puedan verse expuestos con otros métodos. Las novedades que se encontraron varían desde el trazado de mapas conceptuales (85, 86) al aprendizaje por comisión de errores (87), pasando por el análisis de problemas (88) y, como ya se ha mencionado, proyectos de investigación.

Humanismo

La educación médica ha sido objeto de creciente interés porque se le considera el origen a la solución de la percepción de que los médicos han abandonado el arte de la medicina (89). El informe de Flexner (13) explícitamente respaldaba un ideal particular de ciencia como la base de la capacitación y práctica médica. El énfasis en el laboratorio, la fe en los datos objetivos cuantificables, la preocupación sobre la enfermedad como entidad que funciona mal, orientaron a la educación y la práctica de la medicina flexnerianas hacia una tecnocracia (90) y afirmaron que la ciencia reduccionista es el único criterio para la validez del conocimiento en la medicina (91).

En las últimas décadas un coro de voces cada vez más audibles ha clamado por una reforma de la educación médica. Esta demanda intransigente ha hecho hincapié en la relación del médico con el paciente, no solo para ofrecerle apoyo emocional, sino también para comprender los aspectos del contexto que desempeñan un papel decisivo en la enfermedad.

No obstante, la preocupación por la adquisición de datos concretos, destreza técnica y análisis biomédico de la enfermedad y su tratamiento han dejado poco espacio para el aprecio de las dimensiones humanas que son fundamentales para atender al paciente y comunicarse con él. Los médicos que se reciben con su empatía y sus ideales intactos lo hacen a pesar de la educación médica (90). La brecha entre los crecientes adelantos científicos y tecnológicos y el mantenimiento de la calidad humana sigue existiendo.

La teoría de que la capacitación científica debe verse equilibrada por los aspectos humanos ha sido presentada en La educación profesional general de los médicos del siglo XXI (17), en la Declaración de Edimburgo (18) y en Alma-Ata (21), cuando afirman el derecho de las personas a participar en la atención de su propia salud. Es posible ver esta postura como parte de una politización radical de la medicina en la que se desafía la autoridad exclusiva del médico. Sin embargo, la posición más influyente en la que se apoya el método humanístico de educación médica ha sido el modelo psicosocial de Engel (92). Concebido como respuesta a lo estrecho del modelo biomédico reduccionista, Engel arguye que la distinción fundamental no está entre "ciencia" y "arte" sino entre pensar y proceder científicamente y no pensar o proceder (93).

El "paradigma" de Engel emplea los principios de la teoría de sistemas para ampliar el foco de la medicina clínica y abarcar las inquietudes psicológicas y sociales, con el objetivo de capacitar al clínico "para que tenga en consideración todos los niveles de organización que pueden participar en el curso de una enfermedad y apreciar cómo dicho conocimiento amplía la capacidad de intervenir en el nivel de sistemas apropiado en el momento apropiado" (92). Engel mantiene que el modelo biopsicosocial es un modelo científico del siglo XX que reemplaza a la visión del siglo XVII. El reto, insiste, radica en ampliar los horizontes de los médicos para que el método científico encaminado a la comprensión de los sentimientos y la conducta del hombre se aplique con el mismo rigor con el que se aplicó el método a la comprensión de la enfermedad y la patofisiología (92).

En lugar de un reto a la autoridad y al poder del médico, el objetivo del método de Engel parece que es permitir que dicha autoridad y poder abarquen todavía más mediante la incorporación de las ciencias sociales bajo el control del médico. Más aun, el paradigma que Engel propone puede no estar exento del reduccionismo científico que pretende desafiar. Smoller (91) opina que servirá para realzar el reduccionismo y, argüimos nosotros, agrandar la brecha entre la preocupación del médico con la morbilidad y la del paciente con la enfermedad.

Kleinman (94) estableció la distinción entre morbilidad y enfermedad, la primera reduce señales y síntomas a un proceso fisiopatológico, la segunda abarca la experiencia intrínsecamente humana de síntomas y sufrimiento e incluye la red de significados personales y sociales que acom-

pañan a la experiencia. Es, expresa Kleinman, el acto de reconocer e interpretar estos significados que se convierte en terreno común para la relación y la comunicación con el paciente. La consecuencia lógica de la posición de Kleinman es que entre el médico y el paciente se establece un diálogo, que además de proporcionar la información histórica y funcional que conduce al diagnóstico de la enfermedad, también permite explorar el significado compartido de la enfermedad.

En la medida en que las escuelas de medicina responden al problema de humanizar el currículo estableciendo programas sobre la relación entre el paciente y su médico, enfrentan la opción entre un modelo biopsicosocial o uno que reconoce la separación entre ciencia y arte. También existe cierta controversia acerca de si es posible enseñar conducta humanística, dado que la conducta humana es el principal problema de la sociedad que se refleja en las relaciones interpersonales (95, 96).

Es notable que tanto el método de Engel como el de Kleinman consideran que la relación entre el médico y el paciente es precisamente lo que se debe cambiar en la educación médica. Tal vez de todos modos no importe si se elige uno o ninguno porque el sistema de información en los hospitales y en los consultorios médicos está diseñado para producir diagnósticos de enfermedades y no un diagnóstico creado conjuntamente tras un diálogo dinámico entre el médico y el paciente. Es prácticamente imposible crear una relación de transformación tanto para el médico como para el paciente sin crear cambios apropiados en la estructura del sistema de atención de la salud que reconoce el diagnóstico y no el significado, la competencia técnica y no la situación humana.

No obstante, en las escuelas de medicina cada vez hay más cursos sobre la relación entre el médico y el paciente, con la esperanza de producir un médico más sensible. Si bien se ha propuesto el ASP como un método para que el alumno aprenda mejor, la bibliografía contiene muy poco sobre su aplicación para mejorar la relación entre el médico y el paciente. Si el aprendizaje autodirigido es el método preferido para que los alumnos aprendan, ¿no podría emplearse también este método para que los pacientes aprendan más sobre su enfermedad? Pero aquí también hay barreras estructurales que tienen que ver con eficacia e ingresos. Lo común es decirle al paciente lo que necesita saber, mientras que con el nuevo currículo al estudiante no hay que decirle sino hay que estimularlo para que averigüe por su cuenta lo que necesita saber.

Otros autores (97) argumentan que la medicina humanizada comienza por escuelas de medicina humanizadas, y definen a la educación como la relación entre el profesor y el alumno. Por eso, las escuelas de medicina tienen la obligación de responder a las necesidades de los estudiantes. Si a los estudiantes de medicina no se les atiende tal vez no aprendan a interesarse por los demás. La tesis de Grémy (98) es que la educación médica que reciben los estudiantes los priva de que entiendan su significado.

Al no inculcarles “la necesidad fundamental del ser humano”, se les impide que puedan ofrecerles a sus pacientes la respuesta a sus exigencias más profundas. Ahí, según Grémy, radica la fuente de la relación actual entre el médico y el paciente.

Con respecto a la relación médico-paciente, a la educación médica se le carga la responsabilidad de corregir los errores de la práctica médica y una vez más, mediante una lógica retorcida, se les pide a los responsables de la relación defectuosa entre el médico y el paciente, que garanticen que sus estudiantes no seguirán la senda equivocada. Nuestra opinión es que si las reformas a la educación médica incluyen programas sobre la relación médico-paciente, tales reformas no conducirán a cambios fundamentales en la práctica de la medicina a menos que haya un cambio equivalente en dicha práctica.

Educación y promoción de la salud

El impulso por incorporar educación y promoción de la salud³ en los programas de las escuelas de medicina ha sido mucho más visible en Europa que en América del Norte, donde este campo sigue siendo un componente de la instrucción por departamentos de salud pública y comunitaria asociados con epidemiología, demografía y ciencias de la conducta. En 1991, de un total de 142 escuelas de medicina de América del Norte, 75 manifestaron tener programas en promoción de la salud y prevención de enfermedades (99). La mayor parte de los programas de promoción de la salud se ofrecían como un aspecto secundario de los programas de prevención de enfermedades, y los programas que constituían una unidad en sí mismos se ofrecían como materias electivas. En Europa, por otra parte, ha habido una activa campaña para que la educación en salud fuera un curso separado y obligatorio en las escuelas de medicina. Por eso, esta sección se concentrará principalmente en lo que ha sucedido y está sucediendo en las escuelas de medicina de Europa.

³ La educación en salud se define como: “La combinación de acciones sociales y experiencias de aprendizaje planificadas, encaminadas a capacitar a la gente para que asuma control de los determinantes de la salud y comportamientos asociados, así como de las condiciones que afectan el estado de su salud y el estado de salud de los demás.” La promoción de la salud se define como (24) acciones sociales planificadas encaminadas a mejorar y coordinar políticas de salud pública, reglamentaciones y leyes relacionadas con la salud de la comunidad y de la población.

Antecedentes

El congreso de Alma-Ata sobre atención primaria de la salud (21) tuvo una importancia decisiva, ya que concentró la atención de todo el mundo en la educación para la atención primaria de la salud como medio para reorientar los servicios de salud y su atención. Desde entonces el paso de los cambios se ha acelerado rápidamente en términos de la conciencia y la planificación universal y local sobre la salud, los servicios de atención de la salud y la preparación de profesionales de la salud para carreras en el terreno.

En 1981 la OMS adoptó una estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 (22). El objetivo de dicha estrategia es que:

“todos los habitantes de todos los países alcancen como mínimo un nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad en la cual viven”. Los tres objetivos principales de la estrategia eran promover estilos de vida saludables, prevenir las afecciones prevenibles y fomentar la rehabilitación de aquellos cuya salud ha sido dañada. Cada uno de estos objetivos implicaba una nueva visión del contenido y de los métodos apropiados para la educación y capacitación de profesionales del cuidado de la salud.

Posteriormente, en 1985, la OMS propuso sus “Objetivos en apoyo de la estrategia europea de salud para todos” (100). En el camino para obtener salud para todos, 33 países se pusieron de acuerdo sobre 38 objetivos como pasos esenciales. Dentro de estos objetivos se reconoció que “a la gente se le debe dar las oportunidades sociales y económicas de desarrollar y mantener su salud” y que se deben crear mecanismos que fomenten el potencial de salud y promuevan la “capacidad de salud” de todas las personas. Estas capacidades incluyen la de plantear problemas, encontrar soluciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica, resolver conflictos, comunicarse con efectividad y cuestionar e intervenir activamente en beneficio propio cuando haga falta. Los países miembros asumieron responsabilidad por elaborar programas específicos que realzaran el papel de la familia y de otros grupos sociales en el desarrollo y apoyo de estilos de vida saludables. Para facilitar esta capacidad de los individuos y los grupos, los programas de educación en salud deben aumentar los conocimientos, la motivación y las destrezas de modo de fomentar la conducta favorable para la salud y desalentar la desfavorable y asegurar la conciencia y participación de la comunidad, de modo de proteger el medio ambiente de los peligros para la salud en forma efectiva. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud (23) reforzó en 1986 el énfasis en el desarrollo de destrezas personales y en el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Los cuestionamientos sobre la educación apropiada de los médicos han sido tema de un número de congresos nacionales (101) e internacionales (102). Entre Alma-Ata, la Consulta de 1989 de Perugia, Italia (103) y el Taller de Perugia, Italia en 1991 (104), se desarrollaron dos canales de discusión, independientes pero complementarios. Se originó un tema de debate sobre la educación en salud cuyo objetivo era modificar la educación médica de manera que produjera médicos capaces de contribuir a los objetivos de salud para todos. El segundo debate surgió como resultado de extensas críticas a la educación médica y tuvo sus orígenes en los movimientos en pro de la reforma de las escuelas de medicina (17, 18).

El objetivo 31 de la estrategia europea de salud para todos proponía reorientar la atención tradicional de la salud de modo que la atención primaria de la salud se convirtiera en el centro de estos sistemas con el apoyo de "modificaciones apropiadas a los recursos humanos, políticas y programas de salud". Los servicios secundarios y terciarios se concebían como "en una función de apoyo". La atención primaria de la salud se definió como la participación de las personas y de la comunidad que trabajan en colaboración con personal sanitario para planificar y entregar el cuidado médico. Todo esto contenía mensajes implícitos muy claros para el personal sanitario: aprender a manejarse con la nueva orientación. Surgieron dos direcciones para la preparación futura de los profesionales de la salud: 1) tener más conciencia del valor de la contribución de los pacientes y fomentar la participación que esta toma de conciencia implica y 2) mejorar la comunicación con las personas, las familias y las comunidades. "A los estudiantes de medicina se les deben dar conceptos más amplios sobre la salud de los pacientes y sus necesidades, así como un conocimiento más a fondo de las contribuciones que los otros profesionales pueden realizar..." Durante la capacitación es importante hacer hincapié en cómo comunicarse con personas clave "teniendo en cuenta la cuestión de la 'aceptabilidad para el paciente y sus familiares' y el 'medio cultural' ". Evidentemente, los que formularon la estrategia europea consideraron que la educación en materia de salud para el encuentro médico-paciente es uno de los aspectos clave para reformar tanto la educación como la práctica médica.

El énfasis de la estrategia europea de salud para todos como la función central y el principal enfoque del sistema de atención médica de cada país claramente indica un cambio fundamental para que la educación del equipo de atención primaria de la salud cumpla su nueva función. A partir de 1985 se ha hecho obvio que la clave para alcanzar estos objetivos es el médico clínico o el de cabecera. Almagor (105) proporciona una descripción y un análisis útil de los cambios, tanto en estructura como en contenido de la educación médica de posgrado de los médicos de atención primaria de la salud en un número de países europeos. Olenik (106) informa sobre un grupo especial que en 1991 analizó el papel del médico en

la salud y la educación del paciente, especialmente en Israel y en los Países Bajos.

Movimiento para introducir la educación en salud en la educación médica

En los últimos años en varias escuelas de medicina de Europa ha surgido un creciente interés e inquietud en apoyo de la educación en salud en cuanto a la capacitación de los médicos. Este movimiento creó la base sobre la cual se constituyó un grupo central que se reunió en 1988 en el Centro Experimental para la Educación en Salud, en Perugia, Italia, con el patrocinio de la OMS. Entre las actividades planificadas y ejecutadas por el grupo figuraban la investigación del estado de la enseñanza de la educación en salud en las escuelas de medicina de Europa. El taller de Perugia de 1991 se concentró en elaborar estrategias de ejecución basadas en las recomendaciones de la consulta de 1989.

Para 1990 la enseñanza de educación en salud en Europa era todavía muy deficiente. Solamente algunas escuelas contaban con educación en salud como disciplina en su currículo, por lo general en los últimos años del curso y sin integrarla con las otras disciplinas (107). Estaba claro que se necesitaba un plan para introducir la educación en salud en la educación médica.

La educación en salud ha obtenido reconocimiento como una de las herramientas más importantes para definir y mejorar la salud de la población. El campo se ha visto enriquecido por una vasta cantidad de experiencia y por un creciente número de publicaciones, proyectos de investigación y actividades de capacitación. Los principios y la metodología de la educación en salud han sido definidos claramente (108-109). En particular, la educación en salud ha sido definida como tecnología sanitaria orientada hacia el ser humano, cuya función es ayudar a la gente a cambiar su conducta hacia la salud y la enfermedad. Su función debe basarse en la comprensión de lo que podría llamarse "la cultura sanitaria de una comunidad" y cómo esta cultura se ve influenciada por fuerzas sociales como la dinámica del cambio social y cultural y la organización económica de la comunidad.

La educación en salud como proceso de comunicación desempeña un papel clave en la ampliación del espacio común que comparten los médicos y la población, para que puedan compartirse puntos de vista sobre los problemas de salud, las necesidades sanitarias y las soluciones apropiadas. El proceso de comunicación debe ser un intercambio en dos sentidos entre la población leiga y los médicos, ya que ambos tienen diferentes conocimientos y diferentes responsabilidades sobre los problemas de salud. De esa manera la educación en salud requiere una nueva relación

entre los médicos y la población, la cual debe basarse en el respeto mutuo, la apertura y la cooperación.

La consulta y el taller de Perugia proporcionaron pruebas de la existencia de varios ejemplos de éxito en la introducción de la educación en salud en las escuelas de medicina. Más aun, varios sistemas nacionales de salud ponen gran énfasis en la educación en salud, entre ellos el Reino Unido, Italia, España y los Países Bajos. En estos países se crearon estructuras y puestos de trabajo en educación en salud, a diferentes niveles del sistema, que promueven, planifican, coordinan y realizan proyectos de educación en salud. También se crearon centros nacionales de documentación.

Las reuniones de Perugia produjeron una serie de estrategias para incorporar la educación en salud en la educación médica (110). Estas estrategias, resumidas a continuación, se convirtieron en el temario principal para la reunión de 1991 de las escuelas europeas de medicina, que tuvo lugar en París:

1. Crear puestos subvencionados en educación en salud en las escuelas de medicina.
2. Establecer redes de educación en salud entre las escuelas de medicina y los centros de educación en salud.
3. Elaborar y poner en ejecución programas de perfeccionamiento de personal.
4. Crear métodos novedosos para evaluar la salud.
5. Diseñar e implementar programas efectivos de demostración.
6. Elaborar un currículo interdisciplinario común para el personal de atención de la salud.
7. Organizar programas para elevar el interés y la dedicación de todo el personal universitario.
8. Organizar programas para elevar el interés y la dedicación de los estudiantes.
9. Crear vínculos entre las familias y los servicios de salud.

Los resultados de la iniciativa europea todavía no se han logrado. Sin embargo, el método para reformar la educación médica a través de la educación en salud es muy diferente al que contempla el ASP. Por definición, educación en salud requiere la participación conjunta de los individuos y de público para alcanzar el éxito. Nos parece un comienzo promisorio orientado a reformar la práctica de la atención primaria de la salud y de la educación médica al mismo tiempo.

Nuevos métodos de evaluación

La introducción de innovaciones en la educación médica ha aumentado el interés por elaborar nuevos métodos para la evaluación de las

escuelas de medicina, de la enseñanza de la medicina y del rendimiento de los estudiantes.

Escuelas de medicina

Una monografía reciente de la OMS sobre la evaluación de la calidad de la educación médica indica que

“Se necesitan puntos de referencia para guiar los importantes cambios que la educación médica debe experimentar para satisfacer las necesidades presentes y futuras del sistema de atención de la salud y las expectativas de la sociedad sobre la atención y la práctica médicas. Las recomendaciones de que se reoriente la educación médica hacia una mayor relevancia social y eficiencia en el proceso de aprendizaje, así como de que las escuelas de medicina sean consideradas más responsables por la mejora del cuidado de la salud deben ir apoyadas por indicadores y criterios de planificación y evaluación. En este documento se proponen aspectos de los cuales se deben extraer indicadores, y se sugieren métodos para emplearlos en la autoevaluación. En el futuro se debe realizar una amplia investigación en forma permanente en colaboración con los encargados de formular políticas de atención de la salud, educadores y practicantes de la medicina, a fin de definir en qué consiste la educación médica de calidad e identificar maneras de medirla, en respuesta a las necesidades específicas de los diferentes contextos nacionales.”

La monografía contiene información sobre la manera de diseñar un sistema de garantía de calidad con el objetivo explícito de “mejorar la educación médica actual”, y sus recomendaciones siguieron de cerca el informe “Función y estructura de una escuela de medicina: normas para la acreditación de programas de educación médica conducentes al título de médico” (30), del Comité de Enlace sobre Educación Médica y del Comité de Acreditación de las Escuelas de Medicina de Canadá.

“Para proporcionar una base de comparación de la calidad de la educación médica entre diversas escuelas se emplearán procedimientos normalizados. Esto significa que deberán tomarse decisiones sobre los datos que se recogerán, y cómo se recogerán y se presentarán. Los cuerpos encargados de tomar las decisiones en cada escuela (consejo, directorio o comité encargado del currículo) deberán participar desde el principio y analizar los resultados.

Un autoestudio institucional es un rasgo central de los sistemas de garantía de calidad. El autoestudio es un análisis por parte de los integrantes de la comunidad académica de una universidad, de los recursos de que dispone la facultad de medicina y la efectividad de sus programas educacionales. En un autoestudio el cuerpo docente, los funcionarios administrativos, los estudiantes, los integrantes del cuerpo directivo y los

egresados de la institución evalúan los logros actuales y preparan una declaración sobre las expectativas colectivas para la institución del futuro.

El autoestudio puede ser parte del proceso de acreditación de una institución. La acreditación sistemática de las escuelas de medicina se lleva a cabo para "certificar que se mantienen ciertas normas básicas de educación en la zona geográfica definida por el alcance de la responsabilidad de la agencia acreditadora. En Canadá lo hace el CACMS y en los Estados Unidos el LCME. En los dos países la acreditación es voluntaria y se lleva a cabo a pedido de las instituciones. En general en los dos países, no obstante, las leyes de licenciamiento de los médicos requieren que estos hayan recibido su título en una escuela de medicina acreditada.

El proceso de acreditación es tanto evaluativo como formativo. Puesto que la acreditación puede ser plena o provisional, el proceso de autoestudio y sus resultados, así como las recomendaciones del LCME o del CACMS pueden tener un profundo efecto sobre la evolución de la institución.

En el proceso de acreditación se definen claramente los criterios, normas y procedimientos a seguir, y existe considerable experiencia en todos los aspectos del proceso. Al otro extremo del proceso y por diversas razones —deficiencias percibidas del programa, cambios en la dirección, cambios en la misión de la institución— muchas escuelas de medicina realizan ejercicios periódicos o *ad hoc* de renovación o evaluación. Es interesante destacar que pese a que las escuelas de medicina y las entidades que otorgan licencias a los médicos reconocen la validez del proceso de acreditación, existe escasa evidencia de que la experiencia relacionada con el proceso haya sido explotada en los ejercicios de renovación del currículo menos formales y más prevalecientes" (111).

La adaptación de un método sistemático normalizado para la evaluación de las escuelas de medicina parecería ser un cambio apropiado tanto para las escuelas de Europa como para las de América Latina, en el que se juzgue a cada escuela según las circunstancias y su propia misión, pero siguiendo criterios y normas que reflejen las prioridades del país.

Enseñanza de la medicina

Muchas escuelas de medicina en proceso de reforma han creado programas de perfeccionamiento de personal para entrenar a los profesores en los nuevos métodos de enseñanza como el ASP. Lo más importante es que varias escuelas han ido más allá de la capacitación en técnicas y han elaborado programas de educación general a niveles de maestría y doctorado. Estos programas académicos están destinados a médicos, personas que trabajan en ciencias básicas y sociales y otros profesionales de la salud

con el objetivo de crear cuerpos de profesores capacitados para facilitar los cambios y la organización del currículo. En Toronto y Laval en Canadá, en Illinois y en la Universidad del Sur de California en Los Angeles, en Maastricht, Holanda y en la Universidad de Nuevo Gales del Sur en Australia se han establecido con éxito programas académicos para mejorar la educación de los profesionales de la salud.

El programa de la Universidad de Toronto, por ejemplo, en la actualidad está formando un consorcio de cinco escuelas de medicina de Ontario en colaboración con el Instituto de Estudios de Educación de Ontario para establecer un programa que abarque a toda la provincia. Cada escuela organizará sus propios cursos con una parte del currículo común a todas que se dictará en Toronto. Los proyectos de investigación en educación médica, un requisito del programa, se realizarán en la institución local del estudiante. En la actualidad asisten a este programa más de 50 profesionales de la salud y se piensa establecer una red de profesores y alumnos entre Maastricht, Illinois y Toronto. El grupo de Toronto se complacería en establecer enlaces apropiados con escuelas de medicina de América Latina, con la idea de que estas tengan su propio programa pero que a su vez mantengan relaciones con Toronto en cuanto a intercambio de profesores, cursos y alumnos.

Evaluación de los estudiantes

Varios congresos internacionales recientes (112, 113) se han concentrado en nuevos métodos para evaluar a los estudiantes. Es evidente que los exámenes con pregunta de respuesta múltiple, de amplia difusión en América del Norte, no son adecuados para evaluar el pensamiento crítico, la competencia clínica y la destreza para resolver problemas. Una serie de nuevas pruebas como el examen clínico objetivo normalizado (OSCE), el examen modificado de respuestas completas (MEQ), exámenes simulados o normalizados de pacientes y pruebas de "aspectos clave" están reemplazando gradualmente a los de respuesta múltiple.

El presente informe no se propone analizar las pruebas de fiabilidad o de validez de estos nuevos formatos. Sin embargo, es justo decir que ha habido un renacimiento en el pensamiento y en los métodos para examinar los conocimientos de los estudiantes. También está igualmente claro que las escuelas de medicina están asumiendo más responsabilidad en medir la calidad de la asimilación del conocimiento por parte de los estudiantes en forma mucho más abierta. Sin embargo, en vista de que todavía se encuentran en una etapa temprana de su desarrollo, los nuevos formatos no deben considerarse necesariamente apropiados para las escuelas de América Latina.

REPERCUSIONES DE LAS TENDENCIAS PARA LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

En capítulos anteriores hemos demostrado que el motor de las novedades actuales en las escuelas de medicina de Europa y América del Norte es la percepción de que la prestación de servicios médicos y de salud padece de problemas fundamentales. Esta percepción se ha convertido en un tema educacional en virtud de la suposición de que los problemas se originan en la educación de cada uno de los profesionales, suposición que con mucha efectividad enmascara la posibilidad de que haya problemas más profundos en los fundamentos de la ciencia reduccionista y la práctica de la medicina. Haciendo hincapié en la educación de las personas antes que en las estructuras sociales que producen el conocimiento médico y su práctica, la profesión médica está tratando de proteger la hegemonía de la práctica actual de la medicina.

También hemos demostrado que las novedades implementadas y contempladas, principalmente el ASP y la educación orientada hacia la comunidad, se concentran prácticamente en su totalidad en las etapas iniciales de la educación médica de subgrado, alienando con toda efectividad a los practicantes de las ciencias básicas, quienes perciben una erosión de su contribución tradicional a la educación médica. Por otro lado, se puede decir sobre base firme que la enseñanza tradicional de las ciencias básicas no ha mantenido el ritmo de los adelantos recientes en el conocimiento y los métodos recientes de la medicina molecular, la cual abarca los nuevos campos de biología molecular, celular y neural, que algunos ven como un nuevo paradigma para la biología. Los críticos de la enseñanza de las ciencias básicas señalan justificadamente que la enseñanza por departamentos fragmenta el currículo de manera tal que ha dejado de tener relevancia para la práctica clínica. Los proponentes del ASP aseveran, sin demostrarlo, que su método tiene capacidad para integrar, y que de hecho integra, las materias de las ciencias básicas con los casos clínicos de ASP. Un análisis cercano de la realidad del ASP indica lo contrario. Algunos aspectos de las ciencias básicas o de la biología molecular rara vez son temas prioritarios en un programa en el que el diagnóstico de un caso y su justificación son preponderantes.

Por último, hemos demostrado que las innovaciones recientes no han sido demostradas por las pruebas ni por el éxito, aun aquellas de orientación psicológica. Observamos que las escuelas tradicionales se están sintiendo presionadas para efectuar cambios y que se ha designado a una de las opciones de cambio como la preferida y tal vez suficiente. Si bien es poco lo que se puede criticar del ASP como un método más, la responsabilidad que se le ha asignado de integrar la información y producir médicos que puedan cambiar fundamentalmente el carácter de la práctica de la

medicina es una carga que ningún método puede llevar por sí mismo con efectividad.

Las escuelas de medicina, reconociendo su contrato social y respondiendo a las presiones internas y externas en pro del cambio, han optado por el ASP. La mayoría de las escuelas, por supuesto, todavía resisten la presión y, por la información que hemos recogido, aceptan una versión modificada que contiene una combinación de métodos tradicionales y nuevos. Esta selección todavía plantea un interrogante: ¿para qué sirve el cambio? Ha habido una reticencia a analizar si las innovaciones realmente logran o no los objetivos que se proponen. Una opinión cínica diría que estos cambios educativos son solo un sustituto de los cambios estructurales necesarios pero que bastan para aliviar las presiones sentidas. De la misma forma, las novedades actuales sirven para demostrar que los médicos y las escuelas de medicina están contribuyendo a mejorar el mundo. Dicha contribución se reduce a un poco de enseñanza en forma de tutoría, como si ello fuera a tener efectos incalculables en la práctica posterior de la medicina. La probable creencia que resulte de que las innovaciones salvarán el sistema de atención de la salud y por lo tanto la salud de la población las alienará aun más de sí mismas y del público que cada vez espera más de ellas. La alienación de sí mismo surge como consecuencia de creer en una causa que no tiene base sólida en las realidades de la práctica cotidiana. Asimismo, con una erosión del conocimiento sobre ciencia y tecnología, el médico así capacitado tendrá que presentar una imagen pública que él sabe que no es verdadera.

En el contexto de América Latina, las tendencias actuales parecen ser aun más inadecuadas. Algunos economistas (114, 115) señalan que el hecho de que América Latina no hubiera adoptado una estrategia de desarrollo orientada hacia la exportación de productos manufacturados en el período de la posguerra precipitó importantes dificultades económicas y monetarias. Con la crisis de la deuda llegó la catástrofe. El salario real ha decaído en toda la región. Grandes devaluaciones, a las que, en los casos de Argentina, Brasil y Perú se suma la hiperinflación, son parte de la tendencia que deprimen el sueldo real. En la actualidad, los países de América Latina son los que tiene una economía industrial con los sueldos más bajos del mundo, mientras que luchan por aumentar sus exportaciones y pagar sus deudas. Desde 1970 el número de pobres ha ascendido de 113 millones a 183 millones (116). La crisis de la deuda ha acentuado los patrones regresivos de distribución de ingresos en la Región. En el marco de estas dificultades económicas, la capacidad que los sistemas de atención de la salud tienen de satisfacer las necesidades de salud y cuidado de las enfermedades se ha visto drásticamente reducida.

Los estudiosos de la educación médica en América Latina (117, 118) han estudiado el terreno y sus perspectivas en el contexto socioeconómico más amplio. Montilva (118) observó que, en vista de las condiciones

de vida regresivas de la mayoría de la población, hay una brecha cada vez más honda entre los continentes, países y grupos sociales para el logro de salud para todos. Se necesita un compromiso mundial en lo social y en lo político que vaya más allá de un solo sector o institución. Con tal reto el papel de las universidades y escuelas de medicina debe ser examinado nuevamente. Montilva pasa a argüir que no hay una sola clase de médico ni de perfil médico. Cada realidad social impone sus peculiaridades y exige sus propias divisiones del trabajo estructurales y técnicas en el campo del cuidado de la salud. Las decisiones tomadas por las escuelas de medicina acerca de la educación y las obligaciones son diversas y no coinciden necesariamente con las prácticas en curso en materia de salud, adelantos científicos, estructuras sociales hegemónicas, tendencias históricas, valores, conocimientos ni estructuras de poder. En consecuencia, la manera de abordar las innovaciones no son responsabilidad de las escuelas de medicina únicamente, sino de consorcios intersectoriales que tengan en cuenta el contexto y los objetivos de los cambios educacionales.

De la misma forma, Ferreira y colaboradores (119) han terminado un programa de análisis prospectivos de la educación médica empleando un proceso conceptual que considera el contexto socioeconómico; el contexto político; los adelantos científicos y tecnológicos; el perfil de salud; los modelos de práctica profesional, y la prestación de servicios en el sector salud. El objetivo del método prospectivo fue facilitar la comprensión por parte de las universidades de los determinantes sociales de la enfermedad, la participación de la sociedad, el uso apropiado de la tecnología, los modelos de accesibilidad a la atención de la salud, el mayor conocimiento social y epidemiológico de las regiones de salud y el mejor uso de la información para la atención primaria, y permitir que las escuelas de medicina asuman un papel en la reorientación del método tradicional salud y salud-enfermedad, en la transformación de la práctica hegemónica que conocemos y en el desarrollo científico y tecnológico. El análisis prospectivo ofreció a todas las escuelas de medicina que participaron datos sobre el estado de su propio desarrollo y cambio.

Si bien estos métodos "ecológicos" presentan mayores dificultades de organización e integración de los datos apropiados, también garantizan que los cambios emprendidos en el campo de la educación médica tengan objetivos sociales definidos y contextuales y que sean sustantivos. Difieren fundamentalmente de los métodos para el cambio al estilo norteamericano que por lo general adoptan técnicas educacionales que no están basadas en el análisis social. En esencia es la diferencia entre el cambio y la transformación.

Dado que parte de la tarea ya se encuentra en curso, parecería inútil introducir tendencias novedosas de escuelas de afuera cuyas ventajas no solo no han sido demostradas sino que, de tener éxito, no tendrían ningún efecto sobre la salud de la población ni sobre la forma en que se

prestan los servicios médicos. Los métodos que se basan en la red de ciencias de la salud y su orientación comunitaria son igualmente inapropiados para América Latina, puesto que ellos también se basan en la educación médica de subgrado y solo introducen cambios menores en el currículo.

En conclusión, no hay ningún motivo por el cual escuelas individuales en América Latina no puedan incorporar las tendencias actuales, o aspectos de ellas, en sus programas. Sabemos que algunas escuelas, como por ejemplo la de Xochimilco ya integran la red de escuelas orientadas hacia la comunidad. Mientras estas escuelas no se engañen y piensen que por adoptar estas tendencias se encuentran en el cauce principal de las innovaciones y transformaciones substanciales, nada malo sucederá. Estas tendencias innovadoras deben verse como herramientas educacionales concebidas para mejorar las experiencias psicológicas de los estudiantes de subgrado. Se hace una excepción para la investigación esencial en la salud nacional (ENHR), iniciativas que, como ya hemos señalado, hacen participar a los estudiantes en proyectos de investigación en salud en comunidades que definen sus necesidades de investigación.

Los países de América Latina están experimentando enormes dificultades sociales, políticas y económicas que no pueden excluirse de los análisis de los cambios en la educación médica. Mientras que todos los países en la actualidad enfrentan el problema de cómo hacer más con menos recursos, las cargas peculiares de muchos países de la Región son pesadas. Tal vez estas crudas realidades sean la base de las diferencias fundamentales en los métodos de educación médica adoptados por los estudiosos en la América Latina, en comparación con el estrecho enfoque de sus contrapartidas en Estados Unidos. En todo cambio que se proponga para la educación médica está en juego el objeto social en su sentido más amplio, que cumple dicho cambio. Las tendencias actuales en educación médica no han definido estos objetivos sociales en términos que se puedan medir. En consecuencia, es difícil no llegar a la conclusión de que, sea cual sea su valor intrínseco, dichos objetivos son superficiales. Más aun, la conformidad con el espíritu y la adopción de estas tendencias parece estar en ascenso, dejando atrás al concepto de diversidad.

A continuación resumiremos las recomendaciones hechas a través de este informe en los siguientes puntos:

- Crear una estrategia para difundir este documento entre las instituciones de educación médica de América Latina con el propósito de elaborar una postura regional singular y apropiada a la Región, para su presentación en Edimburgo.
- Crear una estrategia para la elaboración de una carta orgánica iterativa para la educación médica en América Latina que fomente la diversidad, el contexto, la formación de redes y la evaluación.

Además, se recomienda que las escuelas de medicina de América Latina consideren 1) la iniciativa de salud básica nacional, que contempla la participación de estudiantes de medicina en prioridades de investigación fijadas por la comunidad; 2) incorporar programas de educación y promoción de la salud en el programa de estudios de medicina; 3) diseñar y ejecutar un sistema de garantía de calidad para la educación médica en la Región y 4) asociarse a programas académicos latinoamericanos y europeos de educación para profesionales de salud.

REFERENCIAS

- 1 Almy TP, Colby KK, Rubkoff M, Gephart DS. Health, society and the physician: problem-based learning in the social sciences and humanities. Eight years of experience. *Ann Intern Med.* 1992;116(7):569-574.
- 2 Donner RS, Bickley H (1990) Problem-based learning: an assessment of its feasibility and cost. *Hum Pathol.* 1990; 21(9):881-885.
- 3 DesMarchais JE, Bureau MA, Dumais B, Pigeon G. From traditional to problem-based learning: a case report of complete curriculum reform. *Med Educ.* 1992;26(3):190-199.
- 4 Godfrey R. Medical Education. All change? *Lancet.* 1991;338(8762):297-299.
- 5 Laguna Garcia J. The university: protagonist or antagonist of the health revolution. *Salud Pública Mex.* 1991;33(2):190-193.
- 6 Martenson D. Education development in an established medical school. *Med Teach.* 1989;11(1):17-25.
- 7 Moreno JP. The new Spanish curriculum: reasons for change. *Int Dent J.* 1991;41(5):308-312.
- 8 Nickens NW, Petersdorf RG. Perspectives on prevention and medical education for the 1990's. *Am J Prev Med.* 1990;6(Supl 2):1-5.
- 9 Polglase RF, Parish DC, Buckley RL, Smith RW, Joiner TA. Problem-based ACLS instruction: a model approach for undergraduate emergency medical education. *Ann Emerg Med.* 1989; 18(9):997-1000.
- 10 Rogers JC, Swee DE, Ullian JA. Teaching medical decision making and students' clinical problem solving skills. *Med Teach.* 1991;13(2):157-164.
- 11 Sukkar MY. Curriculum development: a strategy for change. *Med Educ.* 1986; 20(4):301-306.
- 12 Swinford AE, McKeag DB. Innovations in human genetic education: Incorporation of genetics into a problem-based medical school curriculum. *Am J Hum Genet.* 1990;47(4): 753-758.
- 13 Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada.* New York. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
- 14 Ludmerer KM. *Learning to Heal: The Development of American Medical Education.* New York, Basic Books; 1985.
- 15 Bloom SW. Medical Education in Transition: Paradigm change and organizational status. En: Marston RD, Jones ED, eds. *Medical Education in Transition.* Princeton: The Robert-Wood Johnson Foundation; 1992:15-25.
- 16 Marston RD, Jones RM (Eds.). *Medical Education in Transition.* Princeton: The Robert-Wood Johnson Foundation; 1992.
- 17 Association of American Medical Colleges. *Physicians for the twenty-first century: A report of the project panel on the general professional education of the physician.* Washington, DC: AAMC;1984.
- 18 World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet.* 1988;8608(464).

- 19 Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
- 20 World Health Organization. *From Alma-Ata to the Year 2000*. Geneva: WHO; 1988:3.
- 21 World Health Organization. *Primary Health Care Alma-Ata Health for All*. Series 1. Geneva: WHO; 1978.
- 22 World Health Organization. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: WHO; 1981.
- 23 Canadian Public Health Association. *Ottawa Chapter for Health Promotion*. Ottawa: CPHA; 1986.
- 24 Sundsvall Statement on Supportive Environments. Sundsvall, Sweden; Junio 1991:9-15.
- 25 Dhillon HS, Tolsma DD (1991) *Meeting Global Health Challenges: A Position Paper on Health Education*. XIV World Conference in Health Education. Helsinki; Junio 1991:16-21.
- 26 Neufeld VR, Barrows HS. The 'McMaster Philosophy': an approach to medical education. *J Med Educ*. 1974;49:1040-1050.
- 27 Neufeld VR, Woodward CA, MacLeod SM. (1989) The McMaster M.D. program: A case study of a renewal in medical education. *Acad Med*. 1989; 64:423-432.
- 28 The Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Science. 1 Objectives. Article 1. Maastricht, Secretariat; 1985.
- 29 Tosteson DC. New pathways in general medical education. *N Engl J Med*. 1990;322(4):234-238.
- 30 Liaison Committee on Medical Education. *Functions and Structure of a Medical School*. Washington DC: AAMC; 1991.
- 31 Kassebaum DG. Personal Communication. Washington, DC: AAMC; 1992.
- 32 Barkun H. Personal Communication. AAMC; 1992.
- 33 Association for Medical Education in Europe. *Changing Medical Schools in Europe*. Paris: AMEE; 1991.
- 34 World Health Organization. *World Directory of Medical Schools*. Geneva: WHO; 1985.
- 35 Norman GR, Schmidt HG. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Acad Med*. 1992;67 (9):557-565.
- 36 Bloom SW. The medical school as a social organization: the sources of resistance to change. *Med Educ*. 1989; 23(3):228-241.
- 37 Ferreira HG. The relation of basic sciences and medicine: institutional, professional and pedagogic implications. *Acta Med Port*. 1990;3(1):39-42.
- 38 Schmidt HG. Problem-based learning: rationale and description. *Med Educ*. 1983;17:11-16.
- 39 Boring JR, Nutter DO. Analytic thinking: Educating students for the practice of modern medicine. *J Med Educ*. 1984;59:875-880.
- 40 Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Education strategies in curriculum development. The spices model. *Med Educ*. 1984;18: 284-297.
- 41 Schmidt HG, Dauphinee WD, Patel VL. Comparing the effects of problem-based and conventional curricula in an international sample. *J Med Educ*. 1987; 62:305-315.
- 42 Claessen HFA, Boshuizen HPA. Recall of medical information by students and doctors. *Med Educ*. 1985;19:61-67.
- 43 Kaufman A, Mennin S, Waterman R, Duban S, et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Acad Med*. 1989; 64(6):285-394.
- 44 Woodward CA. Effects of the innovation in medical education at McMaster: a report of follow-up studies. *Pedagogue*. 1990;2(2):1, 3-5.
- 45 Blumberg P. Two unknowns in PBL Research (1990) *Pedagogue*. 1990;2(2): 2-3.

- 46 Kassebaum DG. The measure of outcomes in the assessment of educational program effectiveness. *Acad Med.* 1990; 65(5):293-296.
- 47 Manning TE, Kassebaum DG. *Sourcebook on Outcomes Analysis in Schools of the Health Professionals: Medical Schools.* Washington, DC: AAMC; 1992.
- 48 Friedman CP, de Bleck Grear DS, Mennin SP *et al.* Charting the winds of change: evaluating innovative medical curricula. *Acad Med.* 1990;65(1): 8-14.
- 49 Reynolds RC, Shuster AL. Other Foundation Initiatives in Medical Education. En: Marston RQ, Jones RM (Eds.) *Medical Education in Transition.* Princeton: The Robert-Wood Johnson Foundation; 1992:42-43.
- 50 Eagle CJ, Harasyn PH, Mandin H. Effects of tutors with case expertise on problem-based learning issues. *Acad Med.* 1992;67(7):465-469.
- 51 Davis WK, Nairn R, Paine ME, Anderson RM, Oh M.S. Effects of expert and non expert facilitators on the small group process and on student performance. *Acad Med.* 1992;67(7): 470-474.
- 52 Norman G. Personal communication. McMaster; 1991.
- 53 Donner RS, Bickley H. Problem-based learning: an assessment of its feasibility. *Hum Pathol.* 1990;21(9):881-885.
- 54 Mennin SP, Martinez-Burrola N. The cost of problem-based vs traditional medical education. *Med Educ.* 1986; 20(3):187-194.
- 55 Holloway RL, Hale KL, Rakel RE. Academic promotion and tenure in the US Family Medicine Units. *Acad Med.* 1989;64(5):270-272.
- 56 Jonas HS, Etzel SI, Barzanski B. Undergraduate medical education. *JAMA* 1991;266(7):213-220.
- 57 Vertucci PJ, Wear D. A study of merit pay in medical schools. *J Med Educ.* 1983;58(8):655-656.
- 58 Rogers DE. *Clinical Education and the Doctor of Tomorrow: An agenda for action.* New York, New York Academy of Medicine; 1988.
- 59 Barkun H. Personal communication. ACMC; 1992.
- 60 University of Toronto Medical School. *The Undergraduate Medical Curriculum.* Task Force for Curriculum Renewal; 1991.
- 61 Farrant W. Addressing the contradictions: health promotion and community health action in the United Kingdom. *Intern J Health Services.* 1989; 21(3):423-439.
- 62 Farrant W. "Health for All" in the inner city. Exploring the implications for medical education. En: Weave K, ed. *Developing Health Promotion in the Undergraduate Curriculum.* London, Health Education Authority; 1988.
- 63 Engel CE, Majoor GD, Schmidt HG, Vluggen PMJ. *Annals of Community Oriented Education.* Vol 3, Parts I & II. Maastricht, Holland. Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Services; 1990.
- 64 Richard R. Fulop T. *et al.* Innovative School for Health Personnel: Report of 10 schools belonging to the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences; 1987. (WHO offset publication).
- 65 Taylor WC, Pels RJ, Lawrence RS. A first year problem-based curriculum in health promotion and disease prevention. *Acad Med.* 1987;64(11):673-677.
- 66 Essential National Health Research. *A Strategy for Action in Health and Human Development.* Geneva, Task Force on Health Research for Development; 1991.
- 67 Norman GR. The fall and rise of the art of teaching. *Pedagogue.* 1991;3(3): 1-4.
- 68 Norman GR. Problem solving skills, solving problems, and problem based learning. *Med Educ.* 1988;22:279-286.
- 69 Godden DR, Baddeley AD. Context-dependent memory in two natural environments: on land and under water. *Br J Psychol.* 1975;66:325-332.

- 70 Schmidt HG, Dauphinee WD, Patel VL. Comparing the effects of problem-based and conventional curricula in an international example. *J Med Educ.* 1987; 62(4):305-315.
- 71 Newble DI, Clarke RM. The approaches to learning of students in a traditional and in an innovative problem-based medical school. *Med Educ.* 1986; 20(4):267-273.
- 72 Baca E, Mennin SP, Kaufman A, Moore-West MA. A comparison between a problem-based, community-oriented track and a traditional track within one medical school. En: Khattaz *et al.*, eds. *Innovations in Medical Education: An Evaluation of its Present Status.* New York, Springer; 1987.
- 73 Bickley H, Donner RS, Walker AN, Tift JP. Pathology educational in a problem-based medical curriculum. *Teach & Learn in Med.* 1990;2(1):38-41.
- 74 Bridgham R, Solomon D, Haf J. The effect of curriculum era on NBME Part 1 outcomes in a problem-based versus a traditional curriculum track. *Acad Med.* 1991;66(Supl 9):82-84.
- 75 Blumberg P, Eckenfels E. A comparison of student satisfaction with their preclinical environment in a traditional and problem-based curriculum. *Proc Ann Conf Res Med Educ.* 1988;27:60-65.
- 76 Blumberg P, Michael JA. Development of self-directed learning behaviors in a partially teacher-directed problem-based learning curriculum. *Teach & Learn Med* 1992;4(1):3-8.
- 77 Coles CR. Differences between conventional and problem-based, curricula in their students' approaches to studying. *Med Educ.* 1985;19:308-310.
- 78 Martensen D, *et al.* Medical chemistry: evaluation of nature and problem-oriented teaching methods. *Med Educ.* 1985;19: 34-42.
- 79 Moore GT. The effect of compulsory participation of medical students in a problem-based learning. *Med Educ.* 1991;25(2):140-143.
- 80 Verwijen GM, Van der Vleuten C, Imbos TA. Comparison of an innovative medical school with traditional schools: an analysis in the cognitive domain. En: Khattaz, *et al.*, eds. *Innovations in Medical Education: An Evaluation of its Present Status.* New York, Springer; 1987.
- 81 Clute KS. *The General Practitioner.* Toronto, University of Toronto Press; 1963.
- 82 Peterson OL. An analytical study of North Carolina general practice 1953-1954. Part 2. *J Med Educ.* 1956;31(12).
- 83 Patel VL, Groen GJ y Norman GR. Effects of conventional and problem-based medical curricula on problem solving. *Acad Med.* 1991;(7):380-389.
- 84 Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based learning.* New York: Springer; 1980.
- 85 Chastonay P, Guilbert JJ, Rougemont A. The construction of a 'topic tree': a way of familiarizing a teaching staff to problem-oriented learning in a master's programme in public health. *Med Educ.* 1991;25(5):405-413.
- 86 Mason CL. Concept mapping: a tool to develop reflective science instruction. *Science Educ.* 1992;76(1):51-63.
- 87 Whitte MH. Medical ignorance, failure and chaos: bright prospects for the future. *Pharos* 1991;54(2):10-13.
- 88 Byrne N. *Issue Analysis in Health Professional Education.* Toronto; 1992.
- 89 Nelson AR. Humanism and the art of medicine: our commitment to care. *JAMA.* 1989;282(9):1228-1230.
- 90 Tauber AI. The two faces of medical education: Flexner and Osler revisited. *The Royal Society of Medicine.* 1992;85:598-602.
- 91 Smoller Jordan W. Cynicism and medical education. *The Pharos.* Summer. 1991;20-26.
- 92 Engel GL. The biopsychosocial model and medical education. *N Engl J Med.* 1982;306:802-805.
- 93 Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom.* 1992;57:3-16.

- 94 Kleinman A. *The Illness Narrative, Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books; 1988.
- 95 Arnold RM, Povar GJ, Howell JD. The humanities, humanistic behaviour and the human physician: a cautionary note. *Ann Intern Med*. 1987;106:313-318.
- 96 Glick SM. Humanistic medicine in a modern age. *N Engl J Med*. 1981;304:1036-1038.
- 97 Penney June C. Humane Medicine begins with humane medical schools. *Humane Medicine*. 1989;5:13-17.
- 98 Grémy E. Crisis of meaning and medical informatics education: A burden and/or a relief? *Methods of Information in Medicine*. 1989;28:189-195.
- 99 Association of American Medical Colleges. *1991-1992 AAMC Curriculum Directory*, Washington: AAMC; 1992.
- 100 World Health Organization. *Targets in Support of the European Strategy for Health for All*. Geneva: WHO; 1985.
- 101 World Health Organization. *New Approaches to Health Education in Primary Health Care*. Geneva: WHO; 1983. (Technical Report Series 690).
- 102 World Health Organization. *L'Education pour la Sante. Manuel d'Education pour la Sante dans l'Optique des soins de Sante Primaires*. Geneva: WHO; 1990.
- 103 Weare K, Kelly P, eds. *Health Education in Medical Education. A Report of a WHO consultation at the University of Perugia*. Perugia, Italy; 1989.
- 104 Byrne N, Pagliacci D, eds. *Health Education in Medical Education: A Report of a Workshop at the University of Perugia*. Perugia, Italy; 1991.
- 105 Almagor G. From Alma Ata 1978 to Barcelona 1990. *Atención Primaria*. 1990;7(11):691-693.
- 106 Olenik A, ed. *Physicians Role in Health and Patient Education*. Perugia: International Union for Health Education Task Force; 1991.
- 107 Editorial. Health promotion in medical education: a challenge for the 1990's. *Med Educ*. 1991;25:97-99.
- 108 Commission of the European Communities. *The Role of the Physician in Health Education*. EEC Luxembourg; 1980.
- 109 World Health Organization. *Education for Health in Europe*. Copenhagen: WHO; 1987.
- 110 Byrne N, Pagliacci D. *Health Education in Medical Education*. Preliminary draft for discussion by WHO, Copenhagen; 1991.
- 111 Boelen C, Bandaranayake R, Bouchwits PAJ, Page GG, Rothman AI. *Towards the Assessment of Quality in Medical Education*. Geneva: WHO; 1992.
- 112 Wakeford R, Bashook P, Jolly B, Rothman AI. *Directions in Clinical Assessment*. Cambridge, England: Cambridge University School of Clinical Medicine; 1985.
- 113 The Association for the Study of Medical Education. *Proceedings of 5th Ottawa International Conference on Assessment of Clinical Competence*. Dundee, Scotland: University of Dundee; 1992.
- 114 Sachs J. Social conflict and populist policies in Latin America. NBER Working paper 2897. Cambridge, Mass; 1989.
- 115 Mahon JE, Jr. Was Latin America too rich to prosper? Structural and political obstacles to export-led industrial growth. *The J Devel Stud*. 1992; 28(2):241-263.
- 116 Adrian B. Santiago's miraculous lettuce. *Guardian Weekly*. Septiembre. 1992;27:16.
- 117 Pulido PA. Strategies for developing innovative programs in international medical education: a viewpoint from Latin America. *Acad Med*. 1989;64(Supl 5):517-522.
- 118 Montilva L. La educación médica y salud para todos. *Educ Med y Salud*. 1991;25(4):432-447.
- 119 Ferreira JR, Coelho-Neto A, Collado CB, Linger C, Luna R, Purcallas D, Yopez R. Un análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Med y Salud*. 1988;22(3):241-367.

LOS CAMBIOS EN LA PROFESIÓN MÉDICA Y SUS IMPLICACIONES. EL CASO DEL PERÚ

*César Lip*¹

CAMBIOS ECONÓMICOS, POLÍTICOS Y SOCIALES EN EL PERÚ

La crisis económica

El Perú de fines del siglo XX es un país pobre. La imagen del Perú como "El Dorado" definitivamente pertenece al pasado. En los últimos años, la mayoría de la población vive una realidad económica nunca antes tan grave, signada por la relación costo de vida-ingreso económico. Es ahora común escuchar que el Perú es un país con un costo de vida japonés y un ingreso económico africano.

El producto interno bruto per cápita (PIB) es alrededor de US\$ 850, lejos no solo de los Estados Unidos (US\$ 17.480) o Japón (US\$ 12.840) sino también de países latinoamericanos como Costa Rica (US\$ 1.480) o México (US\$ 1.860).

La economía peruana ha sido calificada como una economía en decrecimiento crónico debido a la disminución de la inversión desde fines de los años cincuenta. La tasa global de inversión en los años 50-54 era de 22,2%. En los años 77-78 cayó a 14,5%, y en los años ochenta siguió descendiendo a ritmos desiguales. Lógicamente el PIB decreció -8,4% en 1988, -11,8% en 1989 y -11% en 1990. El PBI per cápita en el período 1970-1989 fue de -0,8%.

El último crecimiento del PIB en 1991 (2,2%) se produjo después de una severa destrucción de la capacidad productiva.

En los años ochenta el producto per cápita disminuyó en un tercio y la estructura económica evidenció una mayor vulnerabilidad, decreciendo más aun los sectores productivos debido a una fuerte contracción en la inversión privada y pública. La crisis económica afectó directamente

¹ Consultor de corto plazo, OPS/OMS.

la estructura de empleo donde se observó una caída en el sector de manufacturas y comercio y aumentó la absorción de mano de obra por el sector servicios, con un aumento del subempleo en 142% entre 1987 y 1989.

Este decrecimiento económico estructural se expresa en la peculiar estructura ocupacional del Perú que sirve de base para su deteriorado perfil social.

La estructura ocupacional (se ajustaría mejor decir la estructura no ocupacional) se caracteriza por tener tasas de empleo, subempleo y desempleo abierto totalmente fuera de los rangos esperados como "normales" en cualquier ordenamiento sociopolítico. En 1970-1974 el desempleo abierto era del 4,3%, el 43% era subempleado y el 52% tenía empleo adecuado. En 1980 la tasa de subempleo era del 50%, en 1989 73% y en 1990 ascendió al 83% de la población económicamente activa (PEA). Actualmente con la crisis estructural, el Perú es un país de subempleados y desempleados llamados eufemísticamente "informales", "cuentapropistas", "ambulantes", que son esencialmente una manifestación mercantilista, aunque algunos autores paradójicamente los califican como capitalistas mientras sostienen que los monopolios son mercantilistas.

La economía peruana es dual, con un pequeño sector llamado moderno y un enorme sector marginal-informal. La escasa riqueza que se produce en el país se distribuye discriminatoriamente. El 1,9% del ingreso nacional se distribuye entre el 20% más pobre de la población, mientras que el 42,9% se distribuye entre el 10% más rico. En 1991, el 21% de los limeños subsistía con un ingreso familiar mensual inferior a US\$ 120, el 3,2% ganaba más de US\$ 1.200 y solo el 0,8% tenía un ingreso superior a los US\$ 3.000. En agosto de 1990 el Instituto Nacional de Estadística e Informática calculó que se requería un ingreso familiar de 454 Soles Nuevos (aproximadamente US\$ 450) para mantener el standard de vida promedio de 1989.

Una investigación reciente auspiciada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) "ratifica la apreciación pesimista y generalizada de que la mayor parte de los peruanos viven en la pobreza". Según este estudio el 70,7% de la población viven en la pobreza, calificada como "la carencia de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, salud y educación). Detrás de esa cifra promedio, la cual en sí es alarmante, se encuentra que el 95,8% de la población del área rural de la sierra está en esa condición.

Este estudio hace una diferencia entre la pobreza crónica estructural de la población del país (40,7%) y la pobreza no estructural o reciente (30%). En el último grupo se encuentran los nuevos pobres debido a las políticas de ajuste recientemente establecidas en el país. Se considera que la pobreza ha crecido geométricamente en los últimos años, en los que

el sistema ha producido una cifra de 548 nuevos pobres cada día (23 cada hora).

El Estado peruano vive una importante crisis fiscal. Si se utiliza la presión tributaria como indicador, se observa que esta se ha mantenido casi al mismo nivel durante varios gobiernos (10,0 durante el gobierno de Odría, 10,4 en el período de Prado, 11,9 en el de la Junta Militar de 1963, 12,1 en el primer gobierno de Belaúnde, 11,4 en el de Velazco, 13,8 en el de Morales Bermúdez, 12,4 en el segundo gobierno de Belaúnde, 9,0 entre 1986–1988 y 5,0 en 1989 durante el gobierno de Alan García.

La crisis fiscal se explica por varios factores que van desde la inflación galopante hasta las políticas de subsidios, y pasa por el pago de la deuda, las políticas impositivas y otros. Hay estudios que muestran que las políticas de subsidios, tal como se han desarrollado en el Perú, han favorecido más al capital que al consumo de la población y dentro de este rubro los grupos con ingresos medios y altos resultaron los más favorecidos. Se considera que de ser ciertos los datos en que se basa el análisis, la crisis fiscal en el Perú es, en gran medida, el resultado del subsidio que el Estado realizó a un capitalismo asistido, costoso e ineficiente.

A los problemas anteriores se debe agregar una inflación anual acumulada que subió de 62,9% en 1986 a 7,6% en 1990 y una deuda externa siempre creciente que llegó a US\$ 17.347 millones en 1990. Los gastos ocasionados por la deuda externa han afectado un porcentaje significativo del presupuesto de la República: 20,4% durante el gobierno del general Velazco, 32,1% durante el gobierno del general Morales Bermúdez, 43,2% durante el segundo gobierno del arquitecto Belaúnde y 31,1% durante el gobierno del presidente García. Las decisiones del presidente García en relación al pago de la deuda externa determinó la exclusión del país de los circuitos financieros internacionales más importantes.

Otro importante elemento en el panorama económico, político y social del Perú es su vinculación con el narcotráfico. Eso se debe principalmente a que el país es el mayor productor de coca en el mundo.

La economía peruana está distorsionada por el narcotráfico que comienza con las actividades de cultivo, procesamiento y distribución de dicho producto, que resulta mucho más rentable que la mayor parte de los bienes agrícolas. La producción de coca tiene un gran impacto en la economía nacional. Entre 1980 y 1985, el PIB decreció en 9,4%, pero si se incluye la producción de coca y pasta básica de cocaína, la disminución fue de 4,2%. En el mismo período, el PIB agrícola pasó de 2,9 a 19,4%, si se toma en cuenta el cultivo de la coca, y el PIB industrial pasó de -18,75 a +3,8% si se incluye el proceso de coca a pasta básica de cocaína. Entre 1979 y 1989, el monto por las exportaciones aumentó un 14,3% si se considera el valor de la pasta básica de cocaína que sale del Perú.

Se estima que una cuarta parte de la producción agrícola se destina al cultivo de coca. Alrededor del 16% de la producción manufac-

turera se dedica a la elaboración de pasta básica de cocaína y, en 1989, el 51% de los ingresos por exportaciones provenían del narcotráfico.

La crisis político-social

La crisis económica descrita en los párrafos anteriores no es la única que se presenta en el país. Esta crisis económica está presente en todo orden de cosas. Sin embargo, merece especial atención para la práctica y la educación médica la llamada crisis del Estado.

Se ha señalado que se debiera hablar con más propiedad y no referirse a **la crisis del Estado**, sino a **las crisis del Estado postoligárquico**, sin dejar de reconocer que “el nudo crítico central es el estallido de la relación populista, clientelista y prebendista del Estado con la sociedad, estallido que nos ha hecho ver el abismo histórico y estructural que los separan”.

Además de la crisis de gestión del Estado, en tanto gestión pública o rol empresarial, se halla en cuestión la capacidad que tiene el Estado de realizar su rol social así como su rol de garante del orden y de la seguridad de los ciudadanos con un nivel aceptable de eficiencia. La violencia política sistemática ha crecido enormemente en la última década, estimándose que entre 1980 y 1989 el número de víctimas por esta causa pasó de 11 a 2.598 personas por año, y alcanzó un total de 13.909 al final del período. Del total de 2.598 víctimas en 1989, 12% pertenecían a las fuerzas armadas o policiales, 42% a las fuerzas subversivas y 45% eran civiles. Además del costo social, el costo económico de la violencia terrorista fue de US\$ 9.185 millones para el período 1980–1988, monto equivalente al 56% de la deuda externa que tenía el país en 1988.

La inseguridad actual y la crisis económica han acelerado la emigración. Entre 1985 y 1988 el número de migrantes que no regresaron al país alcanzó la cifra de 151.639. De estos, el 42% habían cursado estudios superiores, lo que representa una importante pérdida de recursos humanos calificados. La población que abandona el país para no regresar va en aumento en los últimos años. Así en los primeros seis meses de 1990 un número de personas similar al correspondiente al año anterior había abandonado el país.

El Estado peruano vive una pérdida de jurisdicción-territorial que consiste en la falta de autoridad del Estado en muchos lugares del país que están controlados por los grupos terroristas. En esas zonas el Estado no ofrece ningún servicio ni tiene tampoco ninguna autoridad.

El Estado peruano también atraviesa por una crisis de legitimidad que tiene tres dimensiones: 1) la que concierne a los gobiernos 2) la que concierne a los regímenes políticos y 3) la que concierne al Estado. La primera se produce cuando los gobiernos elegidos fracasan en algunas

de las tareas importantes que se proponen y que ofrecen a la ciudadanía (es interesante la observación de que las curvas de popularidad del Presidente de la República tienen una relación inversa con las curvas de inflación); la crisis del gobierno no necesariamente se traduce como crisis del sistema democrático. En tercer lugar, se procesa la crisis del Estado que contiene dos tipos de sociedades (andina y española), dos naciones (indios y criollos), dos países (el país real y el país oficial) que cada vez se separan más.

El Estado y los partidos políticos han perdido la capacidad de dirigir la sociedad. Ambos manejan discursos particularistas, no tienen un mínimo de capacidad para sumar fuerzas y su influencia social es débil. Existe una enorme incapacidad de construir un actor social mayor que pueda dar cuenta de un proyecto nacional, y todas las fuerzas políticas en el Perú son minorías. El Perú es la imagen viva de una sociedad fragmentada. Esta crisis de hegemonía se entrelaza con una crisis de representatividad, de ruptura entre representantes y representados: sociedad política y sociedad civil, entre los partidos y las clases sociales, entre el Estado y la sociedad. La gran mayoría de la población no se siente representada por los políticos ni por los funcionarios del Estado, situación que se ha agravado ahora a raíz del "autogolpe".

La crisis del Estado intervencionista

El conjunto de las crisis mencionadas afectan el llamado Estado postoligárquico. Estas crisis son manifestaciones de las fallas históricas y estructurales del Estado peruano que aparecieron desde el momento mismo de su constitución: su divorcio de la mayoría de la sociedad, su sentido elitista, excluyente y no nacional, su carácter patrimonialista, prebendista y antidemocrático, su fundamento casi exclusivamente coercitivo y su formalismo jurídico.

El Estado intervencionista comenzó a operar en la década de los sesenta con la finalidad de contribuir a cambiar el patrón de acumulación y de desarrollo agrominero exportador que la oligarquía y el capital extranjero venían impulsando desde el comienzo del siglo por otro que tuviera a la industria y al mercado interno como ejes del desarrollo económico y social. Para lograr este fin, sus impulsores realizaron desde el Estado cambios sociales e institucionales y aplicaron políticas macroeconómicas de tipo populista. Sus sectores más radicales acudieron incluso a la nacionalización y estatización de empresas vinculadas a la oligarquía y al capital extranjero.

Las medidas relacionadas a la política de industrialización sustitutiva de importaciones que se implementaron contaron, desde el comienzo, con la actitud favorable de la oligarquía y el capital extranjero, los

que apoyaron la promoción del desarrollo industrial sobre la base de aranceles bajos y exenciones tributarias. Esta política de transacciones se interrumpió durante el gobierno de Velasco en 1968 cuando se rompió con la oligarquía y se acude a medidas radicales para acelerar y consolidar la industrialización sustitutiva y ampliar el mercado interno.

Durante todo el tiempo de aplicación de la política de industrialización sustitutiva, el Estado actuó como contraparte institucional y cumplió la función de demandante ante la insuficiencia estructural de demanda efectiva. Se produce entonces el déficit fiscal que acompaña a los ciclos económicos de expansión.

Las políticas sociales y sanitarias

La política social del Estado surgió después de debelada la insurrección popular de origen aprista de 1932. Las clases dominantes reprimieron drásticamente la insurgencia popular pero se vieron forzadas a abandonar la concepción estatal liberal. En la Constitución de 1933 se consagraron los principios de previsión social. Se produce entonces un intervencionismo inédito por lo oligárquico. En lo social la historia también refleja las transacciones entre los populistas y los liberales.

En 1935 se crearon el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Este último comprendía las direcciones de Salubridad, Trabajo y Previsión Social, y Asuntos Indígenas, y tuvo como base para su creación la Dirección General de Salubridad (parte del Ministerio de Fomento) creada en 1903 por “expreso mandato de la Primera Conferencia convocada por la Oficina Sanitaria Panamericana” en 1902.

En 1936 se creó el Seguro Social Obrero o Caja Nacional del Seguro Social y en 1948 se estableció el Seguro Social del Empleado. La creación y apertura del Hospital del Empleado contó con la oposición del gremio médico nacional que veía en esto un peligro para la demanda de la atención médica privada.

Desde el inicio de los años treinta hasta la década de los sesenta, la pugna —en lo social— entre la oligarquía y el populismo industrialista se dio mediante la confrontación de dos tipos de política social. Por una parte, la oligarquía practicaba un intervencionismo social limitado, preventivo, clientelar y asistencialista, y por otra, el populismo era un promotor social más decidido, estatista-paternalista, expansor de servicios públicos y seguridad social.

Junto con la progresiva predominancia del capitalismo y la acelerada migración del campo a la ciudad que se produce a partir de la década de los cincuenta, se implementó un importante desarrollo de la seguridad

social. Los servicios sociales pasaron de derecho privado a derecho público, lo que se expresó en la aparición de los sistemas de atención masiva.

Entre 1961 y 1966 la cobertura del Seguro Social aumentó en 34%, y entre 1960 y 1971 el ritmo de crecimiento anual de la población asegurada fue de 3,2%.

En un estudio realizado sobre los servicios de salud, en el primer lustro de los sesenta se encontró que funcionaban simultáneamente servicios diferentes para grupos poblacionales diferentes. Estos servicios diferían en su organización, en el método de financiamiento, clases de personal e instalaciones disponibles. El autor describe siete sistemas de atención: la medicina indígena, el sistema de beneficencia, los servicios médicos de las fuerzas armadas y policiales, el sistema del seguro social, el servicio médico gubernamental, el servicio médico industrial y el servicio médico particular.

Frente a este mosaico de sistemas de atención sanitaria, el Estado tenía escasa ingerencia, en parte por su presencia minoritaria como prestador de servicios —solo contaba con centros de atención ambulatoria— y en parte por ser un intervencionista no regulador.

Las políticas sociales tuvieron en el Perú un período de esplendor entre 1963 y 1975. Se produjo un amplio desarrollo de los seguros sociales y de los servicios públicos estatales en educación y salud. Eso fue resultado de la convergencia de una sociedad que se iba organizando y la definitiva predominancia del capitalismo.

Los años sesenta fueron los del “boom” de la educación, la expansión de la infraestructura sanitaria mediante el Plan Hospitalario Nacional, el crecimiento vertiginoso del Seguro Social y el incremento de los gastos en vivienda.

En 1968 se inició el gobierno de Velazco Alvarado que desbarató el esquema de transacción para acelerar el proceso de industrialización sustitutiva y otorgar una mayor participación social a través de un vasto proceso de democratización social impulsada autoritariamente a través del Estado. En el plano institucional el patrimonialismo prebendista asumió la forma corporativa. Arroyo considera que la etapa del gobierno velazquista fue la del apogeo del populismo y la aparición más prominente del estatismo, y que en esta etapa se confundió la conquista de servicios como derecho público con la de servicios estatales centralizados. En el campo sanitario, Arroyo anota como ejemplo de confusión entre derecho público y estatismo la propuesta enarbolada por la izquierda en la década del setenta de conformar un Servicio Único de Salud entendido como la estatización general de los servicios de salud.

A partir de este período se desarrolla una modernización de la estructura sanitaria y de extensión de cobertura. En 1969 se promulgó el Código Sanitario que constituye el marco jurídico de las acciones y de las

relaciones en el campo de la salud y que formaliza una ideología sanitaria concordante con los principios de la salud pública entonces en boga. Casi simultáneamente se promulgó la Ley Orgánica del Sector Salud.

Desde este período el quehacer sanitario en el Perú sigue muy de cerca y recibe la influencia de las concepciones y políticas sanitarias propulsadas por organismos internacionales, especialmente la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

El Ministerio de Salud ha tenido una constante preocupación desde entonces por extender la cobertura de los servicios de salud, tal como se aprobó en la III Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en 1972. Para ello implementó varios programas para personal profesional y no profesional. En cuanto a los servicios médicos, inicialmente se llevó a cabo el programa de Servicio Médico Rural (voluntario) y a partir de la Reforma de la Educación impulsada durante el gobierno de Velasco se implementó el Servicio Civil de Graduandos de las Ciencias de la Salud (SECIGRA-SALUD) —requisito obligatorio para optar el título profesional— que posteriormente fue convertido en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

El período expansivo de los servicios sociales del Estado terminó con el inicio de la crisis fiscal desencadenada por la deuda externa y la crisis económica general que se desarrolló a partir de 1975. A partir de ese momento la crisis fiscal provoca el abandono de las responsabilidades sociales por parte del Estado. En los últimos quince años se configuró una situación paradójica: “a más pobreza, menos políticas sociales”.

El gasto social siempre fue bajo en el Perú, pero además ha disminuido notoriamente en la última década. La participación del gasto social fue de 4,5% del PBI en 1981 y bajó a 3,5% en 1988. Hay que recordar que las cifras son aun más impactantes si se toma en cuenta la evolución negativa del PIB. La década del ochenta ha sido de desamparo social —en 1989 el gasto social fue de US\$ 24 por persona— y la crisis fiscal fue la base material de la crisis de los servicios de educación y salud. Arroyo anota que “esta situación era previsible en la medida que el modelo adoptado no es capaz de cerrar la brecha estructural entre las necesidades sociales y los recursos disponibles, entre oferta y demanda de servicios”.

Debido a esta brecha estructural, a pesar de la importante expansión de los servicios públicos durante la etapa de 1963–1975, siempre existió un importante porcentaje de la población sin acceso alguno a los servicios de salud y de seguridad social. El modelo que se seguía en el Perú fue adoptado de las socialdemocracias europeas, y es claramente inaplicable en un país de bajos salarios y débil organización social del consumo colectivo.

LA PRÁCTICA MÉDICA

La práctica médica en el Perú experimenta importantes cambios derivados de la estructura socioeconómica y las políticas sociales que se fueron implementado durante la vida republicana.

Podría decirse que en la segunda mitad del siglo, el médico ha necesitado al Estado como empleador para concretar su trabajo y ejercer profesionalmente. Pesce describe el ejercicio médico de entonces con las siguientes palabras:

“Siguen ellos, como antaño, en calidad de poseedores de todos los instrumentos materiales que permitan aplicar la ciencia y el arte de la medicina a lo largo de todo el país. El estetoscopio, el tensiómetro y unos cuantos instrumentos y muebles de consultorio, modesto bagaje que todavía se halla en poder del 80% de ellos, (...). El gremio médico posee tan solo 4% del total del patrimonio médico sanitario de uso público: base económica exigua para que la actividad de tipo artesanal pudiera con el campo de aplicación colectiva de la medicina, si la distribución de esta última tuviera un carácter uniforme. (...)

No es de extrañar, por lo tanto, que las filas de los médicos llamados ‘libres’ hayan raleado rápidamente en nuestro país, al igual que en muchos otros, a expensas del grupo creciente de médicos con remuneración fija del Estado”.

En ese momento, 17% de los médicos en ejercicio laboraban a tiempo completo en alguna institución estatal o privada, 59% ocupaban plazas remuneradas de tiempo parcial y a la vez atendían a clientela privada. Los médicos propietarios eran el 0,5%; los médicos que trabajaban a destajo en clínicas o compañía de seguros de vida eran 5,5%, y el restante 27% —esencialmente ubicados en provincias— se dedicaban exclusivamente a la práctica liberal.

Una encuesta realizada en 1957 mostró que el 72% de los médicos trabajaban en Lima, capital del país, en la que solamente vivía el 14,6% de la población total.

En este estudio también se encontró que el 81% de los médicos tenían por lo menos trabajo asalariado, correspondiendo el 31% al Ministerio de Salud, 22,2% a la beneficencia, 19,2% al Seguro Social y 15,3% a las Fuerzas Armadas y Policiales. En este momento el Estado ya era un importante utilizador de la fuerza de trabajo médica.

En los inicios de la década del sesenta se demostró que los médicos no tenían una visión integral del problema sanitario, no existía el trabajo de grupo o coordinado entre estos profesionales —menos aun el multidisciplinario— y el progreso hacia la especialización adquirida a través de la práctica se producía lentamente.

En 1964 se realiza un censo nacional de personal de salud que ratifica la concentración en las grandes ciudades (entonces el 60% de la población vivía en ciudades de menos de 10 mil habitantes).

Este trabajo encontró que, en ese año, el 84% de médicos mantenía por lo menos una relación laboral de tipo asalariado, y el 3,7% eran autoempleados. En este año, a diferencia de los hallazgos de los estudios anteriores, se encuentra una rápida y muy marcada tendencia hacia la especialización. Entre 1957 y 1964 los especialistas habían pasado de 32 a 73%.

El brusco cambio en la especialización guarda relación directa con la reorganización de los servicios de salud mediante la cual se pone el énfasis organizacional en los servicios médicos especializados y ya no en los servicios de medicina general o de las llamadas cuatro grandes clínicas.

Es importante anotar que en este período se consolida una práctica médica relacionada con la salud pública. Se crea la Escuela Nacional de Salud Pública en 1962 expresamente para "contribuir al logro de los objetivos de la Alianza para el Progreso".

El último estudio sobre el trabajo médico fue realizado en 1988 antes del inicio de las políticas de ajuste económico. En la investigación se encontró que la fuerza de trabajo médico se rejuvenecía y feminizaba lentamente; que la mayoría se declaraban especialistas (aunque la distribución por especialidades continuaba siendo la misma que 25 años atrás), que se encontraba centralizada tanto en términos geográficos como por estratos socioeconómicos de las provincias y servicios hospitalarios. Además se encontró que el 90% tenía por lo menos una relación de asalariamiento que era la fuente principal de ingreso económico en 7 de cada 10 habitantes. El multiempleo era la regla y la combinación más frecuente era el trabajo asistencial más la docencia universitaria. El desempleo médico era escaso (1,6%); el porcentaje de subocupados llegaba a 25,3%, y los plenamente empleados o sobreempleados constituían el 67%. Entre las funciones profesionales que los médicos realizaban se encontró que el 50% eran de tipo asistencial, 27% de tipo docencia en instituciones de formación de profesionales de salud, 15% de tipo administrativo y 8% de investigación.

Se puede caracterizar a la práctica médica actual en dos modelos principales: un modelo liberal o privado y un modelo asistencial de base socioepidemiológico y con fines de cobertura.

Ambos modelos han venido conviviendo con algunas modificaciones. Desde el Estado (Ministerio de Salud) se impulsó el modelo asistencial de base epidemiológica y con fines de cobertura. Entre 1985 y 1990 con algunos momentos de interrupción, durante la gestión ministerial del Dr. David Tejada de Rivero, ex funcionario de la OMS que había tenido una importante participación en los eventos relacionados con la salud para todos en el año 2000 y la atención primaria de salud, esta propuesta alcanzó su máximo nivel. El modelo médico propuesto buscaba basarse en la filosofía y centrarse en la prevención, con la base epidemiológica que considera a la salud como un fenómeno biosocial; se identifica dentro de la

población general los grupos humanos más vulnerables y toma como meta ofrecer servicios socialmente accesibles a toda la población. Su base real de acción son los servicios de salud pública y su estructura organizativa contempla todos los niveles de complejidad asistencial, desde el nivel primario hasta la más alta complejidad hospitalaria.

La mayoría de los médicos, por el contrario, se identifican —desde décadas atrás— con un modelo médico de práctica liberal basado en la atención curativa realizado en un consultorio privado en las tardes y en las mañanas en un hospital o centro de internación del mayor nivel de complejidad que tenga una alta concentración de tecnología de punta.

La propuesta del Dr. Tejada no llegó a operativizarse debido a que en la práctica terminó en planteamientos dicótomos: prevención vs. curación, salud pública vs. salud individual, descentralización vs. centralización, hospitales vs. centros de salud, tecnología “apropiada” vs. tecnología de punta, médicos generales vs. especialistas, etc. Además, debido a que no existía un sistema de salud organizado, la atención primaria resultó ser una medicina de cobertura con recursos humanos poco calificados (atención primitiva de salud según Mario Testa). Otro motivo fundamental del fracaso de esta propuesta fue la falta de personal calificado en la gerencia de la descentralización. Se comenzó un nuevo proceso sin contar con los ejecutores.

Una breve mirada a los servicios de salud del Perú al finalizar los ochenta, permite observar la persistencia de una práctica médica híbrida en la cual predomina la concentración de los recursos humanos en los centros hospitalarios estatales o paraestatales (médicos asalariados), lo individual, lo curativo, el pobre desarrollo tecnológico y la baja cobertura. La práctica médica liberal típica —inclusive la autónoma atípica— (según definiciones de Donnangelo) no llegó a desarrollarse plenamente por la falta de un mercado que la sustente. Al llegar a los años noventa, la práctica médica liberal aparece como una “forma de resistencia” de los médicos al asalariamiento total.

LA EDUCACIÓN MÉDICA

La educación médica formal se inició con la fundación del Colegio de San Fernando por Hipólito Unanue en 1811. Al inicio de la República y por disposición del General San Martín, este colegio cambió su nombre por el de Colegio de la Independencia.

La primera institución formadora de médicos atravesó por múltiples crisis que mellaron su prestigio y nivel académico. La labor tesonera de Cayetano Heredia permitió reconstruirlo y utilizarlo como base para la fundación, en 1856, de la Facultad de Medicina San Fernando.

El primer Plan de Estudios de San Fernando reconoce la existencia de 8 especialidades médicas: cirugía dental, oculística, cirugía, obstetricia, pediatría, otorrinolaringología, urología y psiquiatría. En 1893 se implementó un nuevo plan de estudios para la Facultad de Medicina que comparado con los planes anteriores de los años 1856 y 1876, refleja una creciente tendencia a la especialización. Sin embargo, “hasta fines del siglo XIX y aún en los primeros años del siglo XX predominó el ejercicio de la medicina general y la cirugía solía complementarla”. Hasta 1958, la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos fue la única en el país. Hasta ese momento existían en el Perú 9 centros de educación superior, 4 en Lima y 5 en provincias. Las universidades de provincias eran consideradas menores y de acuerdo a la ley solo podían tener facultades de letras, ciencias y derecho. Debido a la naturaleza de los centros de enseñanza superior tales como la Escuela Nacional de Ingeniería, la Escuela Nacional de Agronomía y Veterinaria y la Universidad Católica —la única privada y que por mandato legal permaneció bajo la tutela de San Marcos desde su fundación en 1917 hasta 1949— no podían ofrecer estudios de medicina.

En un importante trabajo, Arroyo analiza las características de la formación médica en el Perú. Los siguientes párrafos, aunque seleccionados libremente, han sido tomados —textual o casi textualmente— de dicho trabajo.

“Hasta 1960 predominó la formación médica de tipo humanismo aristocrático. La formación médica tenía como fundamento filosófico y pedagógico dicha concepción. La Facultad de Medicina de San Fernando formaba médicos liberales, pero dentro de un enfoque centralmente aristocrático, diferente al del liberalismo moderno, capitalista. (...)”

No se ha avanzado suficientemente en escudriñar la forma en que la educación médica peruana combinaba, en esa etapa, lo feudal y lo capitalista, en lo referente a valores, cánones filosóficos y educativos con los avances científicos producidos por la medicina occidental de fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. Esta combinación de ideología humanista-benefactora con conciencia moderna tenía todavía como eje ordenador el sentido humanista de la profesión. (...) La formación médica aristócrata-humanista tenía las siguientes características: el sobrepeso de la semiología y las clínicas en general sobre las ciencias básicas; la preparación predominante de médicos generales; el apresamiento central para el manejo de una tecnología médica artesanal (estetoscopio, tensiómetro, etc.), de uso individual; la escasa presencia de la medicina social y sus cursos correspondientes; la clara primacía de la enseñanza teórica, la enseñanza pasiva y la relación altamente jerarquizada catedrático-alumno.

(...) El pensamiento médico humanista todavía integraba a las ciencias naturales dentro de la cultura, por el contrario del positivismo moderno, que sobrevalora las ciencias experimentales y soslaya o subsume las humanidades y ciencias sociales. Ello tiene atrás una vieja polémica epistemológica, pues mientras el positivismo intenta subsumir la especificidad de las ciencias sociales imponiéndoles el método de las ciencias naturales, el humanismo diluye las ciencias

naturales en las humanidades. El médico humanista de entonces no rendía pleitesía a las ciencias naturales. Además, la influencia francesa predominante en la formación médica peruana de final del siglo anterior y comienzos de este engarzaba mejor con el humanismo, a diferencia de la posterior influencia americana, que es de neta factura positivista, solo compatible con el biologismo médico. (...)

El humanismo no ha desaparecido en la formación médica actual, sino que se encuentra subordinado; pero este humanismo ya no es de cuño aristocrático si bien mantiene la visión conservadora de la profesión médica tras su énfasis en la motivación vocacional del médico, su soslayamiento de lo científico, su visión culturalista de la sociedad y su concepción benefactora de la medicina. (...)

La pervivencia del humanismo en los profesionales de la salud está garantizada por su no formación en ciencias sociales, pues la carencia de una teoría de la sociedad se reemplaza entonces por ideales generales o conceptos vagos —bienestar, comunidad, familia— inmersos en el sentido común general, que intentan explicar cuando más bien deben ser explicados. (...)

El funcionalismo tuvo alguna presencia en los estudios medicosociales de la década de 1950 y 1960, bajo la forma de antropología médica, pero luego fue rápidamente superado por el horizonte pragmático del positivismo moderno(...). La filosofía humanista-aristocrática desde mediados de los años cincuenta permitió la influencia del funcionalismo en sus flamantes departamentos de medicina preventiva. Así la educación médica semifeudal en su ocaso abrió las puertas a las ciencias sociales pero admitiéndolas bajo la forma de antropología cultural (...)."

A decir verdad, el funcionalismo fue apenas una etapa puente entre la vieja concepción médico-social (ambiente, higiene, salubridad) y la nueva, de corte positivista (la ciencia social como complemento estadístico de la medicina biologista) y, por eso, no hay generaciones médicas en el Perú que expresen una etapa propiamente funcionalista y su matriz conceptual respectiva. A partir de 1958 se produjo en el Perú una gran expansión en el número de facultades de medicina y a partir de ese año, en que solo existía una, aumentaron hasta sumar 15 en la actualidad.

Al mismo tiempo que se inicia el funcionamiento de nuevas facultades de medicina, se produce el aumento del número de vacantes ofertadas para estudiar medicina. Así, en 1960 se ofertaron 383 vacantes y actualmente se ofertan alrededor de 1.300 vacantes por año. Hasta la actualidad todas las facultades han aumentado el número de vacantes en relación con la década anterior. Sin embargo este aumento no ha seguido una tasa constante ya que algunas veces se ha duplicado y otras ha llegado a ser cinco veces más.

Entre las profesiones de las ciencias de la salud, la medicina tiene la preferencia de los postulantes y aun a pesar del aumento de las vacantes ofertadas, la razón postulante/ingresante es la más alta. Sin embargo, es interesante notar que esta razón no varió entre 1980 y 1991, lo que quiere decir que en términos porcentuales, la oferta y la demanda para estudiar

medicina han aumentado paralelamente. Sería interesante estudiar si esto constituye otro ejemplo de mercado imperfecto (la oferta determina la demanda) en el campo de salud —aunque específicamente toma al mercado educacional.

El aumento del número de facultades de medicina es parte del aumento explosivo de universidades y facultades que se produjo en el Perú a partir del final de la década del cincuenta. El crecimiento del número de universidades nacionales parece responder a las políticas sociales implementadas entre 1956 y 1978. Las universidades particulares, en su gran mayoría, se iniciaron siguiendo la lógica del mercado educacional que, en este caso, está configurado por una demanda muy alta y una oferta insuficiente de parte de las instituciones estatales.

Los factores mencionados y otros de política regional, clientelismo, etc. se reflejaron en la legislación correspondiente, la que fue modificada múltiples veces para permitir la creación de las nuevas universidades y facultades bajo el argumento de la autonomía universitaria.

Cuando una universidad decide crear una facultad de medicina, o de otra especialidad, solo necesita un requisito: decidirlo. No existe en la normatividad actual ningún requisito más así como tampoco existe una instancia reguladora que establezca y evalúe las condiciones mínimas existentes para la creación de una nueva facultad.

En el Perú, el Estado ha delegado en las universidades todo lo que concierne a la acreditación de títulos y grados. Después de la obtención del título profesional el médico debe inscribirse en el Ministerio de Salud y en el Colegio Médico del Perú, aunque estos son solo hechos formales ya que estas dos instituciones no tienen ninguna capacidad de control acerca del producto de las universidades.

Esta situación ha derivado de la delegación que realiza el Estado a, prácticamente, cada universidad. Pues si bien existe la Asamblea Nacional de Rectores, instancia que aglutina a todas las universidades, esta no tiene competencias evaluativas ni reguladoras y resulta ser una instancia de coordinación solamente. La situación se ha configurado de esta manera bajo el argumento de la “autonomía universitaria” (evidentemente llevada a su máxima expresión). En los últimos 30 años, hubo un período en que funcionó el Consejo Nacional de la Universidad Peruana (CONUP), organismo integrado por rectores universitarios, que tenía entre sus competencias evaluar y aprobar la creación de nuevas universidades y facultades, inclusive ordenar su clausura. Durante el período en que funcionó el CONUP se crearon menos universidades en el país, y una facultad de medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca fue clausurada. El período en el cual el CONUP funcionó a plenitud correspondió al del gobierno del general Velasco.

Cuatro fenómenos interesantes de mencionar en relación con los estudios médicos son:

- La existencia de una lenta feminización, la relación hombre-mujer es 3:1 entre los matriculados.
- El desplazamiento de la mayor parte de la matrícula a las facultades con sede fuera de Lima. Hasta 1958, todos los estudiantes estaban en Lima. En 1980 el 60% estudiaba en Lima, y actualmente solo lo hace el 40%. Este no es solo un fenómeno de interés demográfico, ya que las facultades ubicadas fuera de Lima son, en general, las de menor desarrollo.
- En los últimos años, cerca de un millar de médicos se incorporaron al mercado de trabajo. Los médicos en ejercicio son cerca de 20.000.
- La mayoría de los estudiantes que egresan de las facultades de medicina (alrededor del 70%) continúan estudios de especialización.

Con la información disponible en la actualidad no es posible hacer una revisión exhaustiva de la calidad de las experiencias educacionales —curriculares y extracurriculares— que obtienen los estudiantes de las facultades de medicina. Sin embargo, es posible hacer algunas precisiones y aproximaciones.

La evaluación continua de los currículos no es preocupación constante de los estamentos universitarios. Aunque formalmente existen mecanismos institucionales para el desarrollo de estas funciones, la no priorización de la tarea y la poca claridad respecto a los múltiples elementos conceptuales y metodológicos comprometidos en un proceso de ese tipo, atentan contra los esfuerzos en ese campo.

De otro lado, a causa de la grave crisis económica, la mayoría de las universidades actualmente despliegan sus mayores esfuerzos en buscar sobrevivir acudiendo a nuevas formas de financiamiento. En este contexto, las políticas de desarrollo educacional reciben poca atención.

Entre 1985 y 1986 se realizó en el Perú y en otros países de América Latina, un trabajo de análisis prospectivo de la educación médica. Las conclusiones sobre la autoevaluación de las facultades de medicina en el Perú fueron:

- a) la planificación conjunta de actividades docente-asistenciales es el ítem menos desarrollado, pues las facultades y sus docentes no participan en la planificación de los servicios, ni estos en las actividades educativas;
- b) la información biomédica y el desarrollo de las bibliotecas es, en general, muy deficiente;

- c) existe un divorcio absoluto entre el diseño presupuestal y los fines y programas de las facultades;
- d) las facultades no consideran los aspectos relacionados con el mercado médico para determinar el número de vacantes que ofertan,
- e) la integración multiprofesional de la enseñanza de la salud parece ser otro de los aspectos en que no se ha logrado un adecuado desarrollo.

Se concluye en que existe un “desarrollo modesto” de la educación médica en el país.

Llama la atención el hecho de que las conclusiones anotadas difieran de las conclusiones generales del análisis prospectivo de los estudios médicos en América Latina. Prácticamente solo las conclusiones sobre la incipiente planificación intersectorial y el limitado financiamiento e insuficiente programación presupuestal, son compartidas.

En las facultades del Perú no apareció como relevante: a) la escasa investigación acerca de las necesidades prioritarias de la población, b) la influencia contradictoria entre los modelos de la práctica médica en la formación, y c) la desarticulación de los contenidos programáticos de la enseñanza.

En lo referente a la investigación se puede explicar que a partir de contestar el cuestionario respectivo, las facultades se apropiaron y sobreestimaron los esfuerzos realizados por los individuos y grupos que investigan en las facultades de medicina del país. Lo real es que ninguna de las facultades cuenta con un programa de investigación que defina orientaciones y prioridades.

En este contexto de los datos consignados sobre el análisis prospectivo realizado por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina se puede establecer que la enseñanza médica en el Perú se inscribe en un modelo médico de corte liberal, especializante y con alto contenido tecnológico, en el que los contenidos programáticos están orientados hacia la salud individual y las actividades de investigación se orientan en forma unidisciplinaria para satisfacer las necesidades de la práctica especializada.

La “era flexneriana” de la educación médica latinoamericana se inició en la década del cincuenta, según Rodríguez y Villarreal; pero en el Perú, el predominio del positivismo-empirista —que era la base de la propuesta Flexner— se dio en forma tardía, en la década del sesenta. Esta incorporación tardía determinó que el influjo que recibió la educación médica peruana fuera el de la última versión del positivismo, que tiene “un origen tecnocrático en los países metropolitanos y aparece como la ideología de los especialistas que se ubican en el entorno de la tercera revolución científicotecnológica”.

Fue en la década del sesenta cuando la educación médica peruana acoge la preocupación por la enseñanza de las ciencias básicas y en

particular por el componente biológico. El desarrollo de los aspectos sociales de la medicina durante la formación no son planteados con especificidad sino hacia el final del segundo lustro de esa década, con el inicio de la llamada Medicina Comunitaria y aún así —era una preocupación del número menor de facultades— estos avances reflejaban los adelantos producidos en los seminarios latinoamericanos organizados por la OPS en Viña del Mar en 1955 y en Tehuacán en 1956. Según Nunes, en este período la propuesta sobre educación médica “insistía” en la atención integral del individuo y su familia, en la formación biopsicosocial, en la práctica de la medicina integral preventiva, curativa y de rehabilitación y en el conocimiento y participación en la solución de problemas de salud de la comunidad.

La propuesta de un servicio social obligarlo como parte de la educación médica se acogió en el Perú en el año 1975, año en que se inició SECIGRA-SALUD que se transformó más tarde en el SERUMS que existe hasta el momento. Ambos programas se constituyeron como un mecanismo de ampliación de cobertura de los servicios de salud más que como experiencias educacionales sistematizadas. Previamente, a mediados de los sesenta, la facultad de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia había incorporado en su currículum un período de prácticas de servicio rural como parte del internado rotatorio.

Después de esta década, las facultades de medicina del Perú han añadido —a desigual ritmo pero casi siempre tardíamente— las propuestas formuladas sobre la incorporación del aspecto social y los enfoques generales de salud.

A pesar de las varias reformas curriculares que se han procesado en las facultades de medicina del Perú, la enseñanza en ellas sigue siendo marcadamente biologicista, el pensamiento médico-social nunca llegó a permeare el proceso educacional significativamente, y aun en las facultades más avanzadas, lo social no es más que un complemento del biologicismo orientado a la clínica.

Arroyo considera que la matriz conceptual dominante que está en la base del biologicismo es el empirismo neopositivista, cuyo aspecto peculiar es el ser anti-teórico cuyo basamento puede ser enunciado de la siguiente manera: “los hechos son la verdad, las sensaciones son el conocimiento. De las relaciones entre los hechos se derivan las leyes y de las relaciones entre las leyes surge la teoría. No hay, por lo tanto, una diferencia cualitativa fundamental entre el sentido común y el conocimiento científico. La ciencia es solo sistematización de lo observado; la actividad científica es constatación, registro u observación. No hay necesidad de marco teórico: estamos ante ‘el fin de las ideologías’”.

La enseñanza médica peruana acostumbra al estudiante al “sensorialismo” (solo existe lo que deja impresión en los sentidos) y tiñe de un

“perfil pragmático” a la profesión (solo es verdad aquello que es útil) rebajando la medicina a una técnica centrada en el “operacionalismo terapéutico”. Según Arroyo, esta escuela (neopositivista) se hace hegemónica a través del sentido común médico, del empirismo de la vida cotidiana y del mensaje implícito en la gran carga horaria curricular, es decir se hace hegemónica como teoría en nombre del fin de las teorías.

En resumen, así como los ideólogos neoliberales esconden su ideología hablando del fin de las ideologías, los neopositivistas enarbolan la bandera de que los marcos teóricos son innecesarios cuando ellos manejan el suyo implícitamente, tal como lo transparenta Arroyo en los párrafos anteriores.

EL PERÚ AL FINAL DE LOS AÑOS OCHENTA

Al final de los años ochenta el Perú era un país pobre que sufría la crisis más profunda y prolongada de su historia. En lo económico esta crisis se caracterizaba por un decrecimiento crónico surgido como producto de a) una fracasada política económica basada en la estrategia de industrialización sustitutiva de importaciones que se mantuvo mucho más allá de su temprano agotamiento y del estallido de un Estado intervencionista que hacía de contraparte por la escasa demanda generada en un mercado interno reducido; b) un Estado pobre producto de la subvención a un capitalismo asistido, costoso e ineficiente, a una balanza de pagos crecientemente descapitalizante, a una baja presión tributaria, a una hiperinflación galopante con severa recesión productiva; c) una economía altamente distorsionada por el narcotráfico, y d) el apartamiento del país de los principales circuitos de intercambio económico internacional.

En lo político, lo principal fue el agotamiento de un Estado populista, clientelista y prebendista, y su completa disociación de la sociedad. El Estado peruano llega a los años noventa atravesando intensas crisis en cuanto a su capacidad de gestión pública, a su rol como garante del orden y la seguridad de los ciudadanos cada vez más amenazados por la violencia política, a su autoridad en importantes ámbitos geográficos, y a la legitimidad y la representatividad que él tiene de la sociedad y ante esta.

Frente a esas condiciones de salud los diversos actores sociales respondían con una práctica médica centrada en la atención del individuo y en lo curativo (desde el lado de los profesionales) y un discurso (traducido en normatividad) basado en la atención primaria de salud de parte del Ministerio de Salud.

Como repercusiones de la crisis fiscal los gobiernos de la última década se vieron obligados a ir desactivando —en la práctica— las políticas sociales de los años treinta que se habían ido implementando.

Esto afectó directa y negativamente a la población en los campos del empleo, de la educación, de la salud y de la distribución del ingreso. La inmensa mayoría de la población peruana llega a los años noventa subempleada, víctima de la violencia política y el narcotráfico y en situación de pobreza crítica, enferma y socialmente desamparada. Una población desamparada por falencia económica.

En ese contexto, la práctica médica se configura como un modelo híbrido en el que predominan la concentración de los recursos humanos en los centros hospitalarios estatales y paraestatales (médicos asalariados), el enfoque individual, curativo, con pobre desarrollo tecnológico y baja cobertura, y una educación médica que se realiza en facultades de “modesto desarrollo” cuyo número creció explosivamente y que se inscribe en un modelo médico de corte liberal, especializante y con alto contenido tecnológico, en el que los contenidos programáticos están orientados a la salud individual y las actividades de investigación se orientan en forma unidisciplinaria para satisfacer las necesidades de la práctica especializada.

EL PERÚ DE LOS AÑOS NOVENTA

El gobierno que se inicia en julio de 1990 heredó un país cerca del desastre y asumió que la hiperinflación era el principal problema económico de corto plazo que había que solucionar, así como que era necesario reinsertar al país en los circuitos financieros e iniciar un proceso de formación de una economía de mercado, libre, competitiva e integrada al resto del mundo.

Existieron además, otros objetivos declarativos, como el denominado Programa de Emergencia Social (PES), creado supuestamente para reducir el costo social que acarrearía la aplicación del Programa Antiinflacionario, y las reformas estructurales, en especial la reforma tributaria.

El gobierno desde entonces ha aplicado una política neoliberal que en lo económico se ha caracterizado, entre otras, por las siguientes medidas:

- a) combatir la hiperinflación mediante un sinceramiento de los precios, la austeridad fiscal, y la eliminación de todos los subsidios públicos;
- b) aumentar la presión tributaria (esencialmente usando los impuestos indirectos);
- c) eliminar toda medida proteccionista de la producción nacional;
- d) utilizar el salario como una variable principal muy importante del ajuste;
- e) cumplir estrictamente con el pago de la deuda externa;

- f) abandonar de manera creciente la intervención del Estado como agente productor de bienes y servicios,
- g) carecer de un programa de compensación social importante.

Con esta política neoliberal se ha continuado (con un alto grado de agresividad) el maltrato crónico de la reproducción de la fuerza laboral y poblacional, siguiendo una lógica en la cual la destrucción de fuerzas productivas forma parte de la tasa de beneficio; esto es, la ganancia basada no solo en la productividad sino también en la sobre-explotación. Es la lógica que algunos han denominado como "capitalismo salvaje" o perverso, en que la ganancia se apropia del salario, esto es de su propio mercado, y al final, de la vida y de la salud de la población.

De la composición del primer Gabinete de Gobierno que conformara el presidente entrante no se podía inferir una inicial intención presidencial de desatender las necesidades sociales. Así estuvieron encargados de los despachos de salud y educación personalidades conocidas por su posición antineoliberal.

En el sector salud, el nuevo gobierno designó al Dr. Carlos Vidal Ministro de Estado. El Dr. Vidal desempeñó el cargo por 8 meses aproximadamente que fueron suficientes para dejar claro el abismo que separaba la visión social del Presidente y de su Ministro.

La salida del Dr. Vidal del Despacho de Salud aparece, como generada por las diferencias tenidas con el Presidente sobre el manejo de la epidemia de cólera que se inició en 1991 en el Perú. Sin embargo, el discurso de despedida del entonces Ministro saca a la luz que las diferencias esenciales eran de orden político. Algunos de los párrafos del discurso mencionado son clara muestra de la última afirmación y los anotamos en este documento por considerarlos pertinentes al tema que se desarrolla.

"Quiero empezar relatándoles la angustia del responsable político de la salud del país, cuando se entera de esta epidemia en un Perú destrozado, que estuvo al borde de la disolución nacional, objeto de la rapiña de gobiernos populistas y liberaloides que pasaron por el Estado peruano, de "ajustes y reajustes estructurales" que solo ajustaban a los pobres y a las políticas sociales y sus servicios, disminuyendo año tras año el financiamiento de Estado para salud, para educación, para saneamiento, para vivienda y elogiando la "informalidad" como respuesta a la falta de trabajo que no podían dichos gobiernos proporcionar. En fin, en un país con una violencia estructural de base, con acciones subversivas, con hambre, sin trabajo adecuado, con servicios de salud en su peor momento, se presentaba el cólera".

"(...), se empezaron a 'enfermar los mercados' y a la clase 'dirigente', inclusive a los dirigentes del segundo ajuste estructural de este gobierno y al responsable político de la economía, le empezaron a importar

poco los casos de cólera o los muertos, total ellos 'trabajan para el futuro peruano no para el presente'. Aquí aparece la incoherencia, la ineptitud, la contradicción al más alto nivel del gobierno y se empieza a resquebrajar la disciplina sanitaria con los tristes resultados de un rebrote brutal que parecía imparable".

"Todos debemos ser conscientes, cuando existe un poder económico y un dirigente de la economía incapaz de tener sensibilidad por la vida y la salud de las personas, no debemos esperar soluciones humanas".

"La salud del pueblo peruano sería otra cosa si pudiésemos declarar la salud en emergencia permanente, hacer de la equidad y de la solidaridad una mística y no un mero 'slogan'."

"Cuánta iniciativa en los pobres y qué poca madurez en nuestros industriales que solo atinaron a pedir ayuda al Estado del que tanto quieren independizarse (paradoja, pero no incoherencia en el credo liberal), solicitándole que deje de preocuparse por su verdadera función, de cuidar del capital humano, para defender el otro capital".

La propuesta del Dr. Carlos Vidal (y que fuera abandonada por los ministros que le siguieron) destinada a construir un Ministerio de Salud fuerte que cumpla los roles de conducción sectorial, de regulación y control, de cooperación técnica y de generación de ámbitos de consenso desarrollando un sistema nacional regionalizado e integrado de salud (SNRIS), es considerada "la propuesta alternativa más avanzada del nuevo programa sanitario que exige el país", según Arroyo.

En resumen, el Perú en estos primeros años de los noventa es un país que soporta un capitalismo salvaje en lo económico (más liberalismo que en un libro de texto de economía clásica), un gobierno dictatorial en lo político y una gran fragmentación en lo social, con una población "en situación de desamparo social ya no por falencia económica (estatal) sino por doctrina política. El sistema marcha hacia el acentuamiento de la inequidad".

En este terreno deben desenvolverse las facultades de medicina y definir sus tareas para cumplir con su misión social.

EQUIDAD, PRÁCTICA Y EDUCACIÓN MÉDICA

En salud, la noción de equidad usa como criterio principal para identificar los grupos humanos prioritarios el grado de su "postergación" con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, complementado con los criterios derivados de la magnitud y naturaleza de los riesgos a que están expuestos por sus condiciones de vida. El diseño de la estrategia de ataque a los problemas de salud de estos grupos estará basado en las posibilidades de extensión de la cobertura de servicios, para asegurar la ac-

cesibilidad a los mismos; en el análisis y definición de soluciones para conjuntos de riesgos y en la capacidad de los otros sectores y de sus instituciones para satisfacer sus requerimientos básicos. En resumen, equidad es-atender la salud de todos, en el momento más oportuno y con la calidad que la situación requiera.

En términos institucionales, desde hace por lo menos 40 años, el Estado peruano es el gran empleador de la fuerza de trabajo médica: el 80% de los médicos trabaja en alguna institución estatal. Este es un punto de suma importancia en el contexto de las políticas neoliberales que actualmente se siguen en el país según las cuales se está implementando el “achicamiento” del Estado y la disminución del gasto fiscal. Hasta este momento la política que se ha seguido en relación con el personal que trabaja en las instituciones estatales ha sido la de incentivar las renuncias voluntarias a través del aumento de la indemnización. Esto ha logrado que los recursos humanos más calificados, especialmente médicos y enfermeras, renuncien a su trabajo en el Estado, especialmente en los hospitales. Por lo general, los médicos que se han retirado son aquellos de mayor calificación, de niveles jerárquicos superiores y con práctica privada establecida.

En el país la privatización de los servicios de salud es un punto que aún no ha sido definido. Hasta el momento la indicación ministerial es que los servicios de salud deben buscar “autogestionarse” (léase ahora, autofinanciarse). Esto, en palabras más claras, quiere decir que el Estado no va a aumentar, sino a disminuir su aporte y que cada unidad debe buscar “formas creativas de financiar su funcionamiento”. Esto ha sido entendido por los funcionarios de los servicios de salud, especialmente en los hospitales donde han aumentado las tarifas por atención, buscando así incrementar la participación porcentual del rubro “ingresos propios” dentro del presupuesto.

La autogestión, según Vidal, en su expresión correcta es la plena participación de los servidores y de toda la comunidad en la gestión de las instituciones de salud.

Aunque no se ha realizado un estudio sistemático, el personal de los hospitales estatales coincide en afirmar que la población atendida en estos ha variado, y ahora la mayoría de los que buscan atención son de “clase media y baja”. Esto se explica no solo por la elevación de las tarifas por los servicios brindados que en todo caso sería responsable de que los usuarios anteriores (población pobre) ya no acudan, sino también por el desempleo y subempleo que disminuye el número de derechohabientes del Instituto Peruano de Seguridad Social.

El marco institucional en el que se desarrollará la práctica profesional en el Perú no está entonces, definido. A pesar de que se estima (según las tendencias en otros sectores sociales) que el gobierno actual buscaría implementar un proceso de privatización, no se conoce de planes

formales al respecto. De la observación de lo que ha sucedido en otros campos (administración de las pensiones de jubilación y educación primaria y secundaria) es probable que la actual gestión se sienta tentada a copiar un modelo aplicado en otro país sudamericano, esencialmente Chile, de donde se tomó el modelo para el manejo de las pensiones y de la educación. En conclusión, las características futuras de la práctica médica son inciertas.

Los escenarios "techo" y "piso", en general, vendrían a estar dados por los modelos prototípicos de la práctica médica. Posicionados desde la búsqueda de la equidad, el escenario "piso" estaría constituido por el modelo prototípico de una práctica médica liberal basado en criterios de economía de mercado donde la salud es una mercancía que se conforma combinando varias formas de producción de servicios y estructuras organizativas (desde el consultorio privado clásico hasta los sistemas de pago de las grandes empresas médicas), con alta densidad tecnológica en las acciones médicas y concentrados en la atención individual, curativa y de alto costo.

El escenario "techo" sería la conformación de una práctica médica basada en una filosofía centrada en la prevención, de base epidemiológica, que considere a la salud como un fenómeno biosocial; identifique dentro de la población general a grupos humanos más vulnerables y tome por meta ofrecer servicios de salud socialmente accesibles a toda la población. Que tenga su base real de acción en los servicios de salud pública y su estructura organizativa contemple todos los niveles de complejidad asistencial, desde el nivel primario hasta la más alta complejidad hospitalaria.

Si se hace un ejercicio de futuración con técnicas de preferencia especialmente la extrapolación de tendencias (aun acudiendo a las variaciones canónicas y a los guiones de futuración) el escenario "probable" sería cercano al escenario "piso".

En varias facultades de medicina del Perú, bajo el influjo de los cambios y previniendo un escenario que se puede denominar como "probable por extrapolación de tendencias", se han empezado a escuchar propuestas para procesar contrarreformas curriculares esencialmente orientadas a eliminar todo (o lo más posible) los cursos encargados de brindar el enfoque social de la salud (inclusive los cursos clásicos de salud pública están en la lista para ser reducidos a su mínima expresión) al problema de salud.

El actor social (AS 1) que propugna estos cambios son algunos profesores de los departamentos médicos que han encontrado argumento para su constante lucha en cuanto a la distribución horaria del currículum. El actor social (AS 2) que se opone a dicha propuesta está constituido por quienes propugnan la necesidad de que el alumno tenga una formación que le permita abordar integralmente los problemas de salud, estos son

esencialmente algunos profesores de los departamentos académicos de salud pública o similares.

Trabajar con las técnicas de proferencia mencionadas anteriormente tiene, por lo menos, dos limitaciones: a) que los escenarios futuros están, en términos de variable, prácticamente determinados por el pasado, y b) que predispone al actor social en una actitud pasiva: “el futuro que nos espera”. A diferencia de la proferencia, el análisis prospectivo predispone a la creatividad e innovación, y coloca al actor social en actitud activa: “el futuro que deseamos construir”.

Ferreira y colaboradores afirman que “la educación médica posee una estrecha interrelación con la práctica médica. El modo como se ha desarrollado esta última en contextos y momentos definidos ha determinado las características asumidas por la primera”. En efecto, las características de práctica médica en un país constituyen las variables centrales del contexto (escenario) en el que se desarrolla la educación médica, y junto a estas variables deben además considerarse las variables de educación superior y en general las variables ligadas a las políticas sociales. Sin embargo, es necesario evitar la caída en el determinismo. Entre la práctica médica y la educación médica se desarrolla una relación de mutua influencia, la cual en términos del enfoque estratégico constituye relaciones de determinación y de condicionamiento: la práctica médica determina la educación médica y la educación médica condiciona la práctica médica. La práctica médica abre el espacio de lo posible a la educación médica y esta a su vez permite acumulaciones que posibilitan cambiar la práctica.

Juan César García, al analizar el marco teórico de la educación médica, decía: “La Universidad crea en su proceso de desarrollo un espacio social diferenciado, que le permite mediar las presiones y requerimientos externos, así como regular las acciones y relaciones universitarias. Así, no obstante que las estructuras externas intentan que en la universidad se refleje la necesidad social tal como es interpretada por esas estructuras, la universidad determina con un cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de dichas necesidades sociales. Es por consiguiente, dentro de estos límites, donde se dan las posibilidades de la creación y de la innovación”.

Por lo tanto, la disyuntiva acerca de dónde hay que actuar para cambiar la educación médica —sobre la práctica o sobre el currículum— es una falsa disyuntiva. Los proyectos deben abordar ambos campos.

Volviendo al caso peruano, más allá de los intereses sobre el presupuesto horario, la discusión que aparece como una disputa pragmática: ¿para qué sirve un enfoque social de la salud en un sistema netamente privado?, traduce el conflicto entre dos corrientes de pensamiento, corrientes que en términos muy generales, se expresan bajo dos formulaciones diferentes que se pueden resumir en:

AS 1: La formación médica debe ser la misma independientemente de los sistemas de salud y del país donde se desarrolle.

AS 2: La formación médica debe orientarse de acuerdo a las necesidades del país de manera que sea capaz de enfrentar los problemas prioritarios del mismo.

Las facultades de medicina en el Perú no cuentan con un programa direccional. Según Matus, el programa direccional de un actor social está conformado por la conjugación de tres variables: 1) los problemas que selecciona; 2) los proyectos diseñados para enfrentar los nudos críticos de los problemas seleccionados, y 3) la situación objetivo.

En este caso, el programa direccional de los que propugnan una formación médica descontextualizada (AS 1: esencialmente conformada por quienes alientan e implementan una enseñanza biologicista-neopositivista), se puede inferir, en parte, de los resultados del análisis prospectivo de las facultades de medicina en el Perú. Los problemas allí seleccionados son problemas de tipo intermedio, esto es, que no afectan directamente a su misión social. En ningún momento se consideraron importantes la escasa investigación acerca de las necesidades prioritarias de la población ni la influencia contradictoria entre los modelos de la práctica médica en la formación, problemas priorizados desde un enfoque médico social. Un intento en relación con lo anterior se efectuó sin éxito en la UPCH entre 1967 y 1968.

Evidentemente los proyectos de acción serán diferentes en la medida en que se diseñen para enfrentar nudos críticos de problemas diferentes.

El tercer elemento del programa direccional, estrechamente relacionado con los dos elementos anteriores, está constituido por la situación-objetivo.

La formulación de una situación-objetivo tiene estrecha relación con el escenario posible, los problemas seleccionados (sus nudos críticos y los vectores descriptores de los problemas), el horizonte-temporal del plan y con la imagen-objetivo.

Sin la imagen-objetivo, la situación-objetivo no puede delimitarse, no existiría la guía que permita evaluar la eficacia direccional de un plan.

Para iniciar los trabajos de análisis prospectivo, Ferreira propuso una "imagen-objetivo de la educación médica en el año 2000", la cual se hizo llegar a todas las facultades que participaron en ese trabajo. Esta imagen-objetivo prácticamente fue aceptada en todas las facultades. Es interesante notar que como contexto desde el punto de vista esencialmente teórico se establece que:

"El Estado, con objeto de asegurar la equidad promueve la redistribución de los frutos de la riqueza nacional e incentiva la ejecución de proyectos

de interés público, tanto en lo económico como en lo social, que permitan asegurar el perfeccionamiento y cumplimiento de los objetivos que la sociedad se ha fijado como un todo. Asimismo, el Estado reconoce el derecho a la salud y se responsabiliza por la viabilidad de la propuesta de salud para todos en el año 2000, a través de políticas presupuestarias y fiscales coherentes". (...) "Consecuentemente con la decisión política de privilegiar el área social, se lleva a cabo una transformación del sistema educativo preprofesional que, además de su efecto en extensión, favorece el equilibrio de contenidos de las ciencias naturales y sociales y de metodologías que acrecientan el desarrollo humano; tales como el estudio independiente y el perfeccionamiento de la capacidad de análisis crítico aplicable a todas las condiciones de existencia y el desarrollo individual y social".

Esta propuesta de imagen-objetivo además define con gran detalle sus elementos alrededor de la estructura, función e integración de la educación médica.

Sería interesante conocer cuántos gobiernos y cuántas facultades de medicina del Perú y de otros países suscribirían esta imagen-objetivo, en el actual escenario. Asumimos que serían los menos.

Siendo imprescindible la definición de las facultades en estos momentos, es más importante que quienes han venido defendiendo una propuesta médico-social definan si consideran que esa imagen-objetivo (con algunas modificaciones secundarias) sigue siendo válida para ellos. Las facultades de medicina se pueden comportar como un actor social, pero también constituyen un escenario en el cual actúan diversos actores sociales y finalmente asumen la posición predominante dentro de ellas.

Al respecto, es importante recordar que la imagen-objetivo dentro de la planificación estratégica se considera como algo utópico, esto es, inalcanzable, pero que sirve para que un actor social haga conocer cuál es su programa de base. Cuando un actor social define su imagen-objetivo, define también sus ideales y además define su programa de base que le servirá para convocar a otros actores sociales. La imagen-objetivo por sus características de atemporal y poco detallada permite diferenciar los grandes campos. En el momento actual, a la luz de los cambios, en el campo de la educación médica las imágenes-objetivos extremas estarán dadas por una educación médica orientada a una práctica médica liberal descontextualizada, y por una educación médica dirigida a una práctica médica social de base nacional.

Finalmente y a modo de digresión, una imagen-objetivo puede ser suscrita por todas las facultades de medicina del mundo si se formula sin el acápite de "contexto". El nivel de generalidad con el que se puede formular el resto podría permitirlo. En la agenda propuesta para la próxima reunión de la Asociación Mundial de Educación Médica, es posible que uno de los puntos centrales de discusión se plantee alrededor de una enseñanza médica sobre bases nacionales y que incorpore los avances internacionales *versus* una enseñanza médica para una "economía globalizada".

Allí habrá que tener clara la imagen-objetivo perseguida. Las facultades de medicina deberán pronunciarse sobre su rol frente a la equidad en salud, y en ese camino analizar los cambios en las políticas sociales y la práctica médica, asimismo como explicitar su imagen-objetivo.

La imagen-objetivo define la guía y la situación-objetivo describe una situación que coloca al actor social más cerca de su imagen-objetivo. A diferencia de la imagen-objetivo, la situación-objetivo tiene que ser formulada sobre las bases reales de los problemas seleccionados y explicados (en búsqueda del o de los nudos críticos) y definir, en base a un horizonte-temporal claramente establecido, qué vector de resultados el actor social desea conseguir.

Volviendo al contexto peruano, las facultades de medicina no han realizado un trabajo de explicación sistemática de los problemas que seleccionaron y por lo tanto, no identificaron los nudos críticos ni, evidentemente, los proyectos de acción con qué enfrentarlos. Por eso se dice anteriormente que la educación médica en el Perú carece de programa direccional. Más aun, en estos momentos están reemplazando una imagen-objetivo por otra que evitan explicitarla (¿el fin de las imágenes-objetivo?).

Pero más aun, la corriente médico-social peruana también carece de un programa direccional y, más aun, de un plan que le permita volver a ocupar el primer plano de la escena nacional (como sucedió durante la gestión ministerial del Dr. Carlos Vidal) y abordar los conflictos sobre educación y práctica médicas, condiciones de salud de la población y políticas de salud, por lo menos. **La defensa de la equidad adquiere, en las actuales circunstancias del Perú (y otros países), el carácter de una lucha contrahegemónica** y hace necesario definir las estrategias a seguir.

EL MINISTERIO DE SALUD Y LA EDUCACIÓN MÉDICA

Es importante remarcar, que la enseñanza médica no es un asunto solo de los docentes universitarios, como pretenden algunos esgrimiendo como argumento "la autonomía universitaria". Los servicios de salud, fundamentalmente el Ministerio de Salud, tienen el derecho y la obligación de intervenir en la educación médica por ser el rector del sector salud, el mayor utilizador de la fuerza de trabajo médico, y porque en sus instalaciones realiza casi toda la educación clínica y de salud pública. Recordando, además, que el fin último de la educación médica es la salud de la población.

El Ministerio de Salud, junto con el Ministerio de Educación, como parte del Estado debe cumplir con sus funciones de regular y controlar la educación médica. Es necesario el establecimiento de requisitos mínimos para la creación y funcionamiento de facultades médicas, y la planificación conjunta de las orientaciones de la educación médica.

Sobre el último punto, el planteamiento no es similar a lo establecido por ASPEFAM: “la planificación conjunta de actividades docente-asistenciales es el ítem menos desarrollado, pues las facultades y sus docentes no participan en la planificación de los servicios, ni estos en las actividades educativas”, que esencialmente alude a la programación de actividades y no así a su orientación.

Durante la década anterior, se propuso la integración docencia-atención de salud desde la universidad. Los avances en operacionalizar este concepto han sido escasos. Los servicios de salud se toman como los lugares de práctica de los estudiantes de medicina, tanto en el campo clínico como en el colectivo. Esto es, se toma esencialmente como una estrategia docente. En abril de 1991 se expidió la resolución 0345-91-SA-DM, que aprueba el Programa Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud (IDAS), elaborado desde septiembre de 1990 por una comisión mixta Ministerio-Universidad, donde prevaleció la posición del Ministerio de Salud.

En dicho programa se plantea que:

“la integración docencia-atención de salud no es solo una estrategia para mejorar el aprendizaje de los futuros profesionales de las ciencias de la salud, ni un mero mecanismo para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud. La IDAS es concebida como un proceso social, como un conjunto de esfuerzos entre la universidad, servicios y comunidad, encaminados a transformar las condiciones de salud de la población. La IDAS representa una acción que permite un acercamiento a la realidad concreta, donde se generan los problemas, la posibilidad de que surja y se forme personal más consciente y crítico de esta realidad, y que en una constante interacción y retroalimentación de ambas instancias pueda incidirse progresivamente en la transformación de la atención de salud que se da en los servicios.”

“El proceso de enseñanza-aprendizaje debe poner énfasis en el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en los problemas más frecuentes de salud de los medios urbano, urbanomarginal y rural, con capacidad de adecuar creadoramente e integrar selectivamente los avances del progreso científico-técnico a la realidad del país, y saber referir a los niveles de atención de mayor complejidad, cuando sea necesario.” “Las universidades deben actuar sobre la situación de salud de la población no solo mediante su capacidad docente, sino también con su capacidad de generar nuevo conocimiento. La Universidad debe contribuir, en el sistema de salud, a identificar los problemas sanitarios relevantes, y a su vez la investigación en el campo de la salud debe priorizar estos problemas”.

Este reto, lanzado desde el Ministerio de Salud, aún no ha sido asumido plenamente por las facultades de medicina.

LA POLÍTICA DEL ENCUENTRO Y LA ESTRATEGIA DEL CONSENSO

La frase “**excelencia científico-técnica y compromiso social en pos de la equidad**” podría servir a la corriente médico-social como la “vi-

sión" (tal como se conceptúa en la administración estratégica) que resuma sus aspiraciones en el campo de la educación médica.

Es necesario, como propone Rovere, entender la planificación de recursos humanos —entre ellos los médicos— como un recorte que intersecta el mundo de la salud, de la educación, del trabajo y del desarrollo científico y tecnológico. Es necesario transparentar las racionalidades y las lógicas que determinan la dinámica de los mercados educacionales y del trabajo médico, en las circunstancias actuales. Es necesario **planificar estratégicamente**.

Es necesario adoptar firmemente una **política de encuentro** de los actores sociales que, dentro y fuera de la universidad, actúan sobre la práctica y la educación médica, para ir constituyendo, como propone Arroyo, un **actor social colectivo en salud**.

Es necesario, como propone Brito, construir espacios para la **definición conjunta** —a través del debate y búsqueda de **consenso**— de proyectos y estrategias para definir los procesos de formación (médica) en el marco de los cambios que ocurren en los servicios de salud, e impulsar estos cambios de manera de orientarlos a lograr la salud de todos y no de unos pocos. Es necesario, como propone Ferreira, **un nuevo orden que integre la universidad y el servicio de salud** en el proceso de desarrollo de recursos humanos, con el propósito de alcanzar, con la estrategia de atención primaria, la salud para toda la población.

Es necesario que las escuelas de medicina sean creativas e innovadoras en la búsqueda de mecanismos que permitan la **participación social** en la educación médica, la práctica médica y la salud.

Es necesario que las facultades de medicina aporten en la construcción de una **escuela médica nacional**, e incorporen el aporte científico y técnico internacional relevante para la salud de la población peruana, y sobre todo para el desarrollo en cuanto al área de la investigación.

Es necesario, como propone Vidal, el desarrollo de un **estado de seguridad social** donde todos los habitantes tengan por derecho propio y con equidad, acceso a la salud, educación, empleo adecuado, alimentación, vivienda, etc. de la más alta calidad, como un todo orgánico y en el que se amalgamen todas las estrategias sociales y los recursos posibles. Es necesario que las facultades de medicina se constituyan en actores sociales, que como antes, aporten científica, técnica y políticamente a la construcción de un **país socialmente equitativo y solidario**, que siga una estrategia global de desarrollo que no plantee falsas disyuntivas sobre lo público-privado, Estado-Sociedad, y cuyo centro de atención sea **EL HOMBRE Y NO EL CAPITAL**.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo J. El desfase entre el biologismo y la realidad sanitaria del subdesarrollo. Escuelas de pensamiento en la formación en salud en el Perú. OPS/ENSAP/CIDEPSA; 1991 (Serie Documentos Básicos. Desarrollo de Recursos Humanos No. 2).
- Asamblea Nacional de Rectores. Lima. Informes Estadísticos.
- Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). La Autoevaluación (análisis prospectivo) de las Facultades de Medicina del Perú. Lima; 1985-1986.
- Barbín L. La Sociedad Fragmentada. En: *Nueva Sociedad*. Caracas; 1991(11).
- Basadre J. Historia de la República del Perú. Editorial Universitaria. Sexta Edición. Tomo X. Lima; 1970.
- Bustíos C. Atención Médica y su Contexto. Perú 1963-1983. Ministerio de Salud — Escuela de Salud Pública. Lima: OPS; 1985.
- Brito P. Salud, Nutrición y Población en el Perú. Informe al Seminario sobre Población y Políticas de Desarrollo en el Perú. Lima: INANDEP; 1982.
- Brito P. Condiciones para un cambio en la formación de recursos humanos para la salud. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Salud Pública: Bases para un Proyecto Nacional en Salud. Buenos Aires: 19-21 de noviembre de 1990.
- Cotler J. Clases, Estado y Nación en el Perú. Perú Problema No. 17. Lima: IEP ediciones; 1978.
- Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade (O Médico e seu mercado de trabalho). São Paulo: Ed. Pioneira; 1975.
- Ferreira JR. Análisis Prospectivo de la Educación Médica. *Educ Med y Salud*. 1986; 20(1).
- Ferreira JR. Intervención en la Primera Conferencia Integrada sobre la "Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población". La Habana: 3-7 de junio de 1991.
- Ferreira JR, Coelho-Neto A, Collado C, Linger C, Luna R, Purcallas D, Yépez R. Análisis Prospectivo de la Educación Médica en América Latina. *Educ Med Salud*. 1988;22(3).
- García JC. La educación médica en la América Latina. Washington, DC: OPS; 1972. (Publicación científica 255).
- Hall T. Health Manpower in Peru. A case study in planning. Baltimore: The John Hopkins Press; 1969.
- FEPAPEM. Educación Médica en las Américas. El Reto de los Años '90. Informe Final del Proyecto EMA. Caracas; 1990.
- Iguíñez J. Realidad económica peruana. Fichas gráficas; 1989.
- Lip C, Lazo, O, Brito P. El Trabajo Médico en el Perú. Lima: OPS-UPCH; 1990.
- Lip C. La Formación del Personal de Salud en el Perú. Lima:OPS/OMS; 1988.
- López S. El Dios Mortal. Estado, sociedad y política en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto Democracia y Socialismo; 1991.
- Macera P. La imagen francesa del Perú (Siglos XVI-XIX). Lima, Instituto Nacional de Cultura; 1976.
- Matus C. Política, Planificación y Gobierno. Washington, DC; 1987.
- Ministerio de Salud del Perú. Programa Nacional de Integración Docencia-Atención de Salud. Lima; 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. 20 años de experiencia latinoamericana. Informes de los Seminarios de Viña del Mar, Chile (1955) y Tehuacán, México (1965) y de las Reuniones del Comité de Libros de Texto de la OPS/OMS, Washington (1968 y 1974). Washington, DC: OPS; 1976 (Publicación Científica*324).
- Pásara L. Lima de veras. En: *Caretas*. 11 de noviembre de 1991.

- Pesce H. El gremio médico y la facultad de medicina en dos momentos seculares. En: *Anales de la Facultad de Medicina*. Tomo 39 No. 3, Vol. 1. Lima; 1956.
- Pinzás García T. La economía peruana 1950–1978, un ensayo bibliográfico. Lima: IEP; 1981.
- Portocarrero C. Cicatrices de la pobreza. Un estudio psicoanalítico. 1a. ed. Caracas: Editorial Nueva Sociedad; 1989.
- Roemer M. La Atención Médica en América Latina. Estudios y Monografías, XV. Unión Panamericana. Secretaría General de la OEA. Washington, DC; 1964.
- Rodríguez MI, Villarreal R. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. *Educ Med Salud*. 1986;20(4).
- Thais L. La pobreza en el Perú. Caracas. Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Abril de 1990.
- Ugarte LA. Informe resumido de la Encuesta sobre modalidades del ejercicio de la medicina en el Perú. En: *Anales de la Facultad de Medicina*. Tomo 47: Lima; julio-diciembre de 1964.
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina: Encuesta Médica y Hospitalaria en el Perú (Segundo Informe). Lima; 1957.
- Valdizán H. Diccionario de la Medicina Peruana. Editorial San Marcos. Lima: UNMSM; 1958.
- Zúñiga R. Integración Docente Asistencial en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller; 1989.

LOS CAMBIOS DE LA PROFESIÓN MÉDICA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA EDUCACIÓN MÉDICA¹

**DOCUMENTO DE POSICIÓN DE AMÉRICA
LATINA ANTE LA CONFERENCIA MUNDIAL
DE EDUCACIÓN MÉDICA. EDIMBURGO, ESCOCIA,
AGOSTO DE 1993**

Nuevamente, las Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina concurren a la Cumbre Mundial de Educación Médica. Pero esta vez, no como espectadores indiferentes ante el complejo escenario actual, sino con la preocupación de participar en la reflexión y el análisis objetivo y sereno de las ideas, la acción y el compromiso de la educación médica en la sociedad actual.

TEMA I — EL CONTEXTO GENERAL

Estado y sociedad: nuevas relaciones

América Latina no termina de transitar su difícil camino de reconstrucción democrática. Las conquistas políticas y sociales obtenidas son amenazadas por una larga crisis económica y por las políticas de ajuste que casi uniformemente se ejecutan en la mayoría de los países. El modelo de desarrollo vigente no puede hacer compatibles los objetivos de estabilidad y crecimiento económico con los requerimientos sociales de bienestar.

La constitución del mercado como fuerza dominante de la dinámica económico-social y su expansión universal, consolida el proceso de globalización de la economía, reconstruyendo los bloques económicos y de poder a nivel mundial. Se ha visto una progresiva disminución del papel del Estado en el desarrollo social, especialmente en los campos de salud y educación, con una tendencia a transferir responsabilidades fundamentales

¹ Publicado conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM).

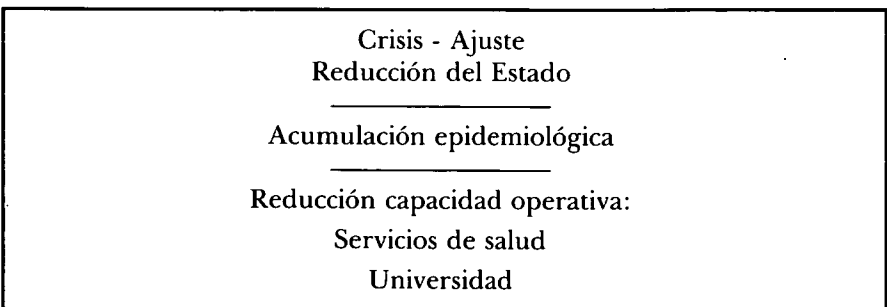
al sector privado sin la garantía necesaria de equidad en la oferta de los servicios.

Situación de salud y de los servicios

Este ajuste ha traído como consecuencia un impacto diferencial en las condiciones de vida y de salud de los diferentes grupos sociales, observándose la convergencia de antiguos problemas como hambre, lepra, tuberculosis, y la reaparición de epidemias que se creían desterradas para siempre como el cólera con las nuevas patologías —como el SIDA— y los productos indeseables del desarrollo como los desequilibrios ecológicos, las radiaciones, el stress relacionado con el trabajo y la violencia.

Se suma a esto un marcado deterioro en los ya insuficientes servicios de salud con la correspondiente disminución en la accesibilidad a los servicios de salud de grandes sectores de la población. Este impacto ha sido mucho mayor por el dominio de un modelo de atención de salud centrado en la enfermedad y el individuo, y con la aplicación de tecnologías de alto costo, sin una racionalidad básica que favorezca la utilización equitativa de los servicios. Simultáneamente a estos procesos se evidencia un significativo incremento de la participación de diversas fuerzas sociales en la defensa de sus derechos ciudadanos, lo cual plantea un reto a las instituciones de la sociedad política a fin de articular a sus procesos de gestión la acción de la sociedad civil.

En este contexto el mercado de trabajo restringe la absorción de nuevo personal mostrando tendencia a desviar la composición del equipo hacia niveles de menor complejidad profesional o la utilización de los más calificados con subvaloración de las condiciones de empleo. La relativa sobreoferta de médicos en algunos países no significa que se haya logrado la cobertura universal de servicios. Podría ser considerada paradójica la situación donde hay suboferta de servicios al mismo tiempo en que médicos y otros profesionales se encuentran cuantitativa y cualitativamente subutilizados.



La universidad

Igualmente en las universidades y escuelas superiores, se ha sentido el impacto negativo del ajuste estructural, afectando tanto su funcionamiento como el desempeño de sus profesores. El mercado de trabajo académico está en recesión, los salarios han caído a niveles inusitados y los conflictos laborales se observan con mayor frecuencia. Esto ha obligado a las universidades a redefinir sus políticas que incluyen la búsqueda de fuentes alternativas en el camino para fortalecer su capacidad de autofinanciamiento. Dentro de las facultades se han hecho evidentes los conflictos de poder entre sectores que reflejan la competencia por los escasos recursos, así como las contradicciones inherentes a intereses contrapuestos en la estructura de la práctica médica y en la sociedad. Esta conflictividad ha revelado crisis de liderazgo y de gobernabilidad en algunas instituciones, y de manera más extensa la baja capacidad de planificación y de gestión administrativa de las instituciones académicas y la reducción acentuada de la reflexión institucional sobre la propia educación médica.

Este escenario tiende a encasillar las preocupaciones universitarias en planteamientos que siguen a una lógica de corto plazo teñida por la necesidad de sobrevivencia institucional. Así pueden verse afectadas tanto la calidad del proceso educacional y la investigación, como la preocupación universitaria en la reconstrucción de las prácticas de salud. Se hace necesario desarrollar procesos de planificación estratégica, jerarquizar objetivos y establecer prioridades, en especial dirigidos a la identificación de necesidades de grupos que no llegan a tener una expresión efectiva a nivel universitario y local.

La universidad determina con cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales. Es, por consiguiente dentro de esos límites, donde se dan las posibilidades de creatividad e innovación. La universidad y las facultades de medicina deberán utilizar ese espacio de autonomía para definir su compromiso con la sociedad.

Las expectativas crecientes y la disminución de las oportunidades

La demanda por mejores condiciones de salud ha sido parte de un largo y penoso proceso de lucha en América Latina. En los últimos años, un mayor protagonismo de diferentes fuerzas sociales, en la defensa de sus derechos con especial referencia a la salud, ha sido evidente. Un mayor conocimiento de lo que el desarrollo científico y tecnológico está en condiciones de ofrecer a la solución de los problemas de salud, también es evidente. A esto se añaden las demandas inducidas por el complejo médico-

industrial, todo lo cual genera en la población expectativas cada vez más crecientes de que es posible una mejor salud para la población.

Sin embargo, estas expectativas se enfrentan a la gran problemática de la "crisis médica" que se manifiesta cada vez con mayor fuerza. Crisis de cobertura, crisis en la calidad de la atención, frente a un progresivo deterioro de las condiciones de vida de la población. Igualmente, se cuestiona desde distintas perspectivas la validez de la educación y práctica médicas frente a las exigencias sociales. Estudiantes y profesionales se quejan que la universidad no los prepara adecuadamente para la práctica futura. Por otra parte, es manifiesta la inconformidad de la sociedad frente a una profesión médica que trata a los individuos como objetos, reduciéndoles a la condición de máquina biológica. El ser humano se aliena frente a las decisiones que tienen que ver con su salud. A esto se agrega el crecimiento incontrolado del costo de la atención médica que se vuelve insostenible e inaceptable en el contexto de un descontento generalizado.

TEMA II — LA NATURALEZA CAMBIANTE DE LA PRÁCTICA MÉDICA

II.1. La profesión médica bajo tensión

No cabe duda de la fuerte influencia que, desde fines de los años setenta, ha tenido sobre la práctica médica la estrategia de la atención primaria de salud (APS), sea por la sincera búsqueda de una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, el deseo de reencontrar una síntesis en un conocimiento médico sobre fragmentado, un intento de reducir los crecientes costos de la atención o por diferentes mezclas de estos objetivos. Lo cierto es que se han multiplicado en el mundo experiencias más o menos exitosas, siguiendo tal orientación.

Sin embargo, la gran movilización de recursos financieros que se observa en el sector salud en países desarrollados y la emulación resultante de las dimensiones internacionales de la práctica médica en los países de la Región, condicionan una influencia creciente de la lógica y del pensamiento económicos sobre las constantes redefiniciones del modelo prestador.

En situaciones extremas en el mundo moderno se ha alcanzado un gasto per cápita en salud superior al producto bruto per cápita de cualquier país de América Latina

La tensión de ahí resultante se puede ejemplificar con la colisión que se produce entre el enfoque económico que busca la reproducción ampliada de las inversiones del capital en el sector y los principios básicos

de lo que se ha propiciado bajo la orientación de la APS. El primero de estos principios es el de los modelos de medicina o práctica general, medicina integral, rural y familiar. Cualquiera que sea el nombre, se trata de una propuesta que en sus bases económicas está en contra de los principios de "segmentación de mercado" y de "diversificación de producto" que asociados *vis a vis* con los mecanismos de especialización y subespecialización resultan mucho más funcionales al mercado.

Un segundo principio, considerado como concepción prevalente de la Salud Pública, es que más vale prevenir que curar. La alta rentabilidad de los servicios de demanda inelástica (es decir insensibles al precio) hace que para la teoría económica se invierta esta concepción, teniendo en cuenta que es ahí donde el paciente no tiene opción y el producto incorpora mayor valor agregado.

Esto condiciona que la atención a la salud se organice cada vez más, bajo los mismos paradigmas que cualquier empresa con fines de lucro. Para la rentabilidad del capital invertido se estimula el aumento del consumo a través de la expansiva diversificación de productos y de concentración en servicios curativos de alta complejidad. En este contexto la APS representa, en realidad, una contrapropuesta. En un balance de los últimos 15 años se observa que mientras la APS y el derecho a la salud han resultado exitosos en la construcción del discurso sanitario y han logrado algunos avances en la situación de salud, el Complejo Médico Industrial, sin discursos, ha tenido un éxito mucho mayor en sus realizaciones, entre otras cosas, en lo relacionado con la reconfiguración de la práctica médica.

II.2. Institucionalización de la práctica médica

La práctica médica cambia rápidamente en las últimas décadas de una modalidad autónoma y liberal a una práctica colectiva e institucionalmente intermediada. El vertiginoso desarrollo científico y tecnológico promueve la sucesiva e incesante división técnica y social del trabajo médico y el cuidado es atomizado entre distintos trabajadores, lo que hace que frecuentemente ninguno de ellos tenga la visión holística del paciente en cuanto a ser integral y social. En términos de la división social del trabajo, la medicina considerada el prototipo de una profesión, pasa a segmentarse para atender a diferentes estratos de la sociedad que presentan posibilidades diferenciales de consumir servicios de salud. En los últimos tiempos se puede constatar una tendencia a la formación de profesionales diferenciados para atender a tales estratos sociales, lo que podría en algún tiempo llevar a una segmentación de la profesión entre los especialistas y los pro-

fesionales generales, los últimos encargados de atender a los estratos más deprimidos de la sociedad. Esto podría tener el efecto de llevar a la ruptura de esta unidad profesional en un corto plazo.

En tales circunstancias el contacto singular entre el médico y el paciente pasa a tener un rol secundario en las decisiones sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos. Las influencias de terceros, como son los prestadores de servicios de salud de toda naturaleza, seguros sociales y privados, mutualidades, organizaciones y advocacias (intermediadores) de las partes interesadas pasan a jugar el rol esencial en esta decisión.

Sin embargo hay un largo mosaico de modalidades de organización de la prestación de servicios, y la modalidad liberal de práctica médica emula y es el punto de referencia de la mayoría de estos profesionales, que no perciben la rápida pérdida de grados de autonomía en su práctica.

Práctica médica tecnológica-institucionalizada

“Trabajo colectivo” interdependiente con otras especialidades

“Autonomía reducida” por instancias de decisión externa.

“Segmentación social” por patrones económicos y tecnológicos de organización de los servicios

“Ética social” externa a la relación médico-paciente

II.3. Dilemas de la educación médica

El enfrentamiento entre complejidad y cobertura, resulta poco visible y en consecuencia se encuentra fuera del debate de la formación médica tanto de pregrado como de posgrado.

El proceso de formación no es un mero espejo del “mundo del trabajo”. La educación es un proceso social que tiene elementos intermedios que son parte de su naturaleza: trabaja con lo simbólico y lo subjetivo de lo social, con la cultura y la ideología médicas. Por eso las transformaciones educativas no responden directamente a los cambios de la práctica del trabajo. Aun cuando forman parte de una misma historia y van en la misma dirección, la práctica y la educación médica no evolucionan con el mismo ritmo, ni con los mismos contenidos.

Este desfase a veces genera contradicciones y tensiones de difícil solución. Un ejemplo de esta afirmación es que lo poco que queda de la práctica médica liberal típica en el mercado de servicios de salud corres-

ponde a la práctica de algunos docentes de medicina. Esto ejerce una influencia ideológica sobre los estudiantes de medicina, quienes siguen aspirando a una práctica autónoma ya superada, lo que está en contradicción con la realidad en que probablemente se insertarán.

Esta situación de “independencia subordinada” a lo social global y al trabajo específico para el cual capacita a sus agentes, le define a la educación médica posibilidades y limitaciones, márgenes de autonomía y de dependencia. En el nivel de las actividades de diagnóstico la tecnología ha cambiado la base de apoyo de la decisión técnica —cada vez es menor la importancia de la historia de vida y la anamnesis— y en el nivel del plan asistencial, debido a la colectivización del trabajo y la organización empresarial, se ha producido una disociación de las dimensiones médicas del tratar y del asistir.

La práctica en el nuevo contrato social

Promoción de la salud y defensa de la vida en condiciones que la hagan posible y digna

Orientación solidaria con equidad y políticas sociales que prioricen los problemas sanitarios

Identificación del “generalista” como posición legítima y atractiva de valioso agente de salud

Reconocimiento social, académico y económico de la capacidad de atender y/o resolver las patologías más comunes, con la tecnología y recursos requeridos disponibles

Muchas facultades asumen un bajo compromiso concreto frente a la realidad de salud de la población. Desde las políticas de admisión pasando por la estructura del cuerpo docente, contenidos curriculares, desarrollo científico tecnológico, metodologías pedagógicas, y alternativas de especialización. Los indicadores de éxito orientan hacia la aprobación de exámenes de admisión a residencias en el país o en el extranjero más que a la respuesta a las necesidades cambiantes y demandas de la sociedad.

Esto se hace más evidente en muchos países de la Región que cuentan con servicios sociales obligatorios en el posgrado inmediato, generalmente en áreas rurales o urbano-marginales dirigidos a una práctica de medicina general con fuerte contenido social. Sin embargo, en casi todos los casos, esta práctica no se utiliza para la definición del perfil educativo del pregrado ni como una oportunidad de formación de posgrado supervisada y académicamente acreditada.

II.4. Ética individual y ética colectiva

Históricamente la defensa de las bases éticas de la medicina, expresada en el juramento hipocrático, hubiera bastado para rechazar muchas de las prácticas y actitudes que hoy forman parte de la "cultura profesional". Sin embargo el cambio radical de las bases de la relación médico-paciente y la presencia de una vasta estructura de intermediación demandan la expansión de las bases éticas hacia una dimensión más social y colectiva.

En efecto se han configurado nuevas relaciones, mediadas por lo institucional, entre prestadores y consumidores adición y/o sustitución del médico y su paciente. Ambos pertenecen ahora a una tercera instancia: los servicios, ya sean públicos, de una empresa médica, con o sin fines de lucro, o de un seguro de salud.

Las facultades de la Región enfrentadas a este dilema previenen abrir el espacio para un mayor control social de la práctica. Se entiende que la velocidad con que ocurren los cambios y con que se introducen tecnologías, procedimientos y formas de organización en la atención médica, están planteando modificaciones que es necesario acompañar con procesos de evaluación.

Dicha evaluación debe trascender los márgenes de la eficiencia y de la capacidad resolutoria para incluir aspectos de relevancia social de cara a la realidad de salud de cada país. La universidad y en especial las facultades de medicina pueden tener un activo papel en este campo.

Al mismo tiempo se hace necesario incorporar a este proceso de evaluación a los pacientes y a la población en general además de las instancias institucionales en que se desempeña el personal de salud, lo cual incluye a los diferentes servicios de salud, gremios y asociaciones profesionales.

TEMA III: RESPUESTA A LA EXPANSIÓN DEL CONOCIMIENTO Y AL AVANCE TECNOLÓGICO

Este tema fue cuestionado en cuanto a su concepción planteada solo como "respuesta", el que debería incluir todo el proceso de desarrollo del conocimiento, con la producción, análisis, aplicación, diseminación y evaluación sistemática del mismo y de las tecnologías de él resultantes. En el mismo sentido se llamó la atención a la restricción del tema a las ciencias clínicas cuando debería abarcar todo el campo científico de interés de la salud, incluidas las ciencias sociales y de la propia educación; también se debe tomar en cuenta el potencial científico extrasectorial que puede tener impacto en la calidad y el estilo de vida.

III.1. Reconsideración de la base científica de la medicina: articulación de los conocimientos biomédicos y sociales

El objeto de estudio de las facultades de medicina es el ser humano en su integralidad biológica y social indivisible, por lo cual debe superarse la estrecha concepción que asigna carácter científico en salud únicamente a lo clínico-biológico. Esto plantea un falso dilema entre ciencias naturales y sociales e impide la articulación de saberes distintos, restringiendo la comprensión y acción coordinada e interdisciplinaria frente a la problemática de salud de la población.

Las ciencias sociales deben constituir uno de los ejes articuladores del proceso educativo, incorporándose en cada uno de los niveles de la carrera para apoyar la explicación integral de los fenómenos y determinantes de los procesos salud-enfermedad, individual y colectivo.

Hay que tener en cuenta que con excepción de algunos casos, no existe una cultura científica en las escuelas de medicina, sino la aplicación pragmática de lo clínico bajo la presión del incremento extraordinario de la información médico-científica y la expansión tecnológica biomédica. Se carece de investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos para resolver problemas de salud. La formación en ciencias básicas está en crisis. No han respondido crítica y científicamente a la pregunta: ¿ciencias básicas para qué? En consecuencia, se han convertido en unidades selladas, impenetrables, desarticuladas de la formación clínica y social. Esta visión biologicista, genera un culto a la enfermedad y por ello también a la tecnología, y constituye una barrera para la incorporación de las ciencias sociales en el contexto de cada disciplina.

Entender la sociedad, aprender a comprender la inserción social de la medicina, es cada vez más importante. Esta laguna de conocimientos frente a la creciente complejidad de nuestras sociedades, dan como resultado la formación de profesionales ineptos en mayor o menor grado, con consecuencias negativas tanto para la sociedad y la vida de sus pacientes como para su vida familiar y profesional. Se hizo hincapié en las facultades consultadas en las ciencias sociales y no en las ciencias del comportamiento; los dos términos no son intercambiables y lo social no es explicable por comportamientos.

Enfoque interdisciplinario

Articulación del conocimiento biomédico y social

Problematización *versus* solución de problemas

Integración docente asistencial investigativa

Relevancia social y calidad total

III.2. Interdisciplinariedad y enfoque problematizador

El eje articulador fundamental de la educación médica es la interdisciplinariedad. La formación interdisciplinaria permite una explicación científico-técnica integral y profunda de la problemática de salud, por cuanto se desarrollan las distintas perspectivas de las diferentes disciplinas y se plantean las posibles alternativas de solución o de intervención en conjunto, mientras se abre espacio a la investigación y producción colectiva de conocimientos.

La causalidad y dinámica complejas del fenómeno salud-enfermedad, solo puede explicarse con categorías interdisciplinarias de análisis. A partir de su introducción al inicio de la carrera, se puede lograr su desarrollo en el escenario de la atención primaria de salud, donde se materializa el compromiso social de los procesos formativos y de los servicios.

La aplicación del método científico, durante el proceso de formación, frente a los problemas de salud de la realidad concreta, exige el abordaje interdisciplinario y la utilización de procedimientos, técnicas e instrumentos que permitan conocer y abordar la realidad a la vez que diseñar y comprobar alternativas para la solución de dichos problemas.

A diferencia de la educación basada en problemas, cuyo énfasis se pone generalmente en dar respuestas terapéuticas adecuadas a una serie de problemas (usualmente clínicos), la problematización aplicada al contexto de la salud pone énfasis en el proceso de reflexión y análisis sobre los problemas de salud desde muchas perspectivas y en toda su complejidad. La intención de problematizar el contenido de la educación médica es superar el concepto de educación basado en la incorporación de un recetario de respuestas a ser aprendidas, por el de la adquisición crítica tanto de una disciplina para analizar, reflexionar y estudiar problemas de salud, como la destreza para hacer uso de un arsenal de instrumentos útiles a la resolución de los mismos. Se trata de generar oportunidades para proponer de manera sistemática posibles explicaciones y aproximaciones resolutivas a problemas de salud. Sin embargo, hay que tomar en cuenta el peligro potencial de la implementación de pedagogías de solución de problemas que pueden atentar contra la diversidad en la generación de alternativas y aproximaciones en diversos contextos.

Este abordaje educativo considera los problemas reales de los servicios de salud; el grupo básico de trabajo o equipo de salud, comprometido con la solución del mismo, aplica el método científico, clínico o epidemiológico según el escenario o problema que se aborde; para esto los currículos deben estar diseñados con la concepción de multidisciplinariedad, basados en los problemas de salud.

El desafío planteado por el uso adecuado o inadecuado de tecnologías y conocimientos para la solución de relevantes problemas de las

poblaciones, tiene una vigencia permanente y de grandes y profundas implicaciones y requiere de espacios para la reflexión científica sistemática y seria, con especial énfasis en el estudio de la práctica institucional o de prestación de servicios.

III.3. Evaluación tecnológica

Sería un error cerrar las puertas del saber y la práctica médica a las realizaciones y posibilidades tecnológicas, pero será necesario fijar prioridades, criterios de eficiencia y eficacia tecnológicas, integrar tecnologías autóctonas e impulsar tecnologías apropiadas.

La presión que generan los desarrollos tecnológicos y científicos, ha llegado a establecer culturas institucionales y currículos que no pocas veces definen la formación médica como aplicación de tecnologías en la práctica clínica y no como investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos para resolver problemas de salud.

En consecuencia, las instituciones se enfrentan al desafío de incorporar acriticamente estos desarrollos suponiendo que constituyen un bien en sí mismos, o reformular las bases científicas de la producción e incorporación de ciencia y tecnología, asumiendo crítica y sistemáticamente este campo tanto para responder a requerimientos sociales y éticos de cada contexto, como para superar la dependencia y estimular la potencialidad creativa y productiva de estudiantes e investigadores locales.

La superación de la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas en el contexto de la medicina moderna obligará a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad. Por ese camino transitan las posibilidades de resolver este viejo dilema de la educación médica. Será necesario continuar formando mejores especialistas al tiempo que se rescata y fortalece la formación general de grado reubicándolo en el equipo de salud y promoviendo su papel y estima sociales.

También en el campo educativo han incidido las tecnologías, agregando nuevos contenidos curriculares hasta sobrecargar más allá de todo límite posible el plan de estudios, al tiempo que uniéndose a tendencias orientadas a la búsqueda de una mayor eficiencia educativa, incorporan determinadas tecnologías pedagógicas que promueven la selección crítica de contenidos y la autoeducación permanente por parte de los estudiantes.

III.4. Desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje en un contexto asistencial e investigativo

Los problemas que son objeto de estudio, la forma y lugar en que los alumnos se exponen a los mismos y los abordajes que desarrollan, deben repensarse para valorar el carácter científico, la utilidad práctica del saber y las intervenciones sociales y contextualizar la utilidad del quehacer médico clínico individual, frente al quehacer de la salud pública y de otras ciencias. Esta integración se da en el trabajo y en la práctica frente a problemas reales, a través de la participación en actividades de investigación-docencia-asistencia interdisciplinarias.

Sin embargo, no se trata de una práctica comunitaria que se limita a ratificar la división de la práctica profesional reflejada en el contraste entre escenarios de aprendizaje marginales y desprovistos de recursos y otros, tecnológica y científicamente sobreequipados. Esta situación, inscrita en los currículos ocultos, lleva de hecho a una doble moral en las futuras promociones médicas.

Las experiencias de integración docente asistencial con frecuencia han sido entendidas como sinónimos de laboratorios comunitarios o como la utilización de los ambientes hospitalarios para las actividades educativas, sin que en ninguno de los casos implique un cambio del modelo educacional o un compromiso efectivo con la población o el servicio. Se debe resaltar el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina que encierra un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios y la población, que ciertamente supera en su alcance el enfoque comunitario que predomina en otras regiones.

Una parte integral de la misión de cada centro académico de la salud debe ser su compromiso hacia una comunidad definida, manifestado a través de la investigación, promoción y cuidado de la salud que, en sí mismo pueda generar un ambiente de aprendizaje adecuado.

CONCLUSIONES

Al término de esta etapa preparatoria para la Cumbre Mundial de Educación Médica, en el contexto de América Latina merece destacarse la consideración de que el esfuerzo realizado tuvo la virtud de recolocar el tema de la Educación Médica en el debate del desarrollo de recursos humanos para la salud en la Región.

En la serie de consultas realizadas estuvieron representados directamente o a través de la respectiva asociación nacional, un total aproximado de 230 facultades de medicina, lo que corresponde a 80% del total de escuelas de la subregión.

Las consideraciones a que se llegó y que están incluidas en este documento, no constituyen conclusiones finales ni recetas elaboradas, sino que se presentan como un resumen de las posiciones de las diferentes instituciones que respondieron a la consulta. Se ha tratado de rescatar las ideas contenidas en cada uno de los documentos, dando relevancia a las grandes problemáticas comunes a toda la Región.

En los aspectos que conciernen a esta reunión, se destacan:

- un amplio proceso de democratización y construcción de ciudadanía;
- la aparente superación de la crisis económica con la adopción de las políticas de ajuste estructural;
- la reducción del Estado con impacto desfavorable en los sectores sociales;
- el énfasis en el derecho a la salud y la reformulación sectorial;
- una significativa incorporación tecnológica y aumento incontrolable del costo de la atención a la salud;
- la colectivización del trabajo médico en reemplazo progresivo de la práctica liberal;
- amplia experimentación de innovaciones educativas enfocadas a la transformación del perfil profesional y al perfeccionamiento didáctico pedagógico.

A partir de los debates realizados y teniendo en cuenta específicamente los aspectos relativos a la formación médica, fue posible resaltar lo siguiente:

- la necesidad de generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la sociedad;
- la necesidad de un nuevo sistema de valores que trascienda la influencia de los cambios de la práctica, reconstruya la ética del ejercicio profesional y garantice la función social de atender las necesidades de salud de la población;
- la conveniencia de desarrollar estrategias de trabajo interdisciplinario y metodologías problematizadoras que puedan reenfocar con mayor profundidad y nuevos criterios de priorización, la temática fundamental;
- sin embargo, es fundamental que el desarrollo de la integración docente-asistencial-investigativa tome la estrategia de atención primaria como objeto de investigación y aprendizaje y ponga a prueba el compromiso de la universidad con la sociedad, alejándose de la utilización del espacio comunitario como simple campo de práctica;

- la importancia de superar la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas obliga a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad.

Las consideraciones anteriores plantean con carácter urgente la obligación de que las facultades y escuelas de medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad.

En función del cumplimiento de los propósitos planteados, la Región deberá continuar promoviendo un intenso debate que conduzca a la construcción de las nuevas relaciones entre la universidad, los servicios de salud y la sociedad como un todo, debate que debería ser enriquecido con las conclusiones de esta Cumbre Mundial de Educación Médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Brito P, Campos F, Ferreira JR, Rodríguez MI, Rovere, M, Ruiz L, Santana JP, Vidal C. Los cambios de la profesión y su influencia sobre la Educación Médica. Washington, DC; septiembre de 1992.
- Byrne N, Rozental M. Current trends in medical education and a proposed direction for medical education in Latin America. Toronto; septiembre de 1992.
- Josiah Macy Foundation, OPS/OMS, PAFAMS. Community and Social Service. Washington, DC; marzo de 1992.
- Lip C. Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones en la educación médica. El caso de Perú. Lima, Perú; agosto de 1992.
- Organización Panamericana de la Salud. "Política de Investigación de Recursos Humanos en Salud". OPS: Washington, DC. Mayo de 1992.
- OPS/OMS, FEPAFEM. Consolidación de las consultas realizadas en América Latina. Caracas, Venezuela; mayo de 1993.
- Schrieber L, Medici A, Gonçalves RBM. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos tecnológicos; agosto de 1992. São Paulo, Brasil. (Documento mimeografiado).

RESEÑA

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS: UNA PROPUESTA DE TRABAJO¹

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La administración y la gestión de personal en los servicios de salud en la Región han emergido como áreas importantes de desarrollo teórico y práctico para enfrentar los difíciles problemas de la coyuntura actual. Pareciera que el epicentro del campo de los recursos humanos se ha desplazado hacia la esfera del trabajo en los servicios de salud. Algunas evidencias notorias de esto, entre otras, son los frecuentes conflictos laborales en el sector de la salud en los países de la Región, la preocupación por encontrar estrategias y soluciones a difíciles problemas de desempeño y las numerosas solicitudes de cooperación técnica que recibe tanto el Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos como las Representaciones de país de la OPS/OMS.

¹ El Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos convocó a un Grupo de Trabajo integrado por funcionarios del mismo, con el objeto de preparar un documento de trabajo sobre el tema (cuya síntesis se presenta en esta reseña). El Grupo estuvo integrado por los Dres. Francisco Campos, Pedro Brito, José Paranaguá Santana y Daniel Purcallas, y se reunió en febrero de 1993 en la sede de PASCAP en Costa Rica. El Grupo realizó una distinción conceptual entre administración y gestión de personal. Administración de personal es la función que tiene que ver esencialmente con los aspectos jurídicos y normativos del empleo y de la carrera funcionaria en una determinada institución o sector. Sus definiciones se dan por lo general en una instancia superior a la unidad de producción, como es el caso de los servidores del sector público cuyos regímenes laborales obedecen a la normativa de la administración del Estado. La gestión de personal se orienta a dirigir y gerenciar el proceso de trabajo de los profesionales y equipos en una determinada unidad de producción de servicios de salud con el objetivo de alcanzar niveles adecuados de calidad, productividad, eficiencia, efectividad y satisfacción en la atención. No son conceptos intercambiables sino complementarios porque una gestión eficaz requiere del apoyo normativo para la organización y funcionamiento de la actividad.

Un análisis de las razones por las que se ha producido la emergencia de un área que tradicionalmente solo había merecido, debido a las instancias directivas del sector, un interés marginal y de poca jerarquía técnica y política, nos lleva a la coyuntura económica, política e institucional en la que esta emergencia se produce. En ese marco hay algunos niveles de determinación que vale la pena analizar.

Los procesos de crisis económica y ajuste estructural en los países han afectado, por la vía de los recortes de ajuste fiscal, las condiciones de vida de la población y también la capacidad de funcionamiento de los servicios públicos. Estos se hallan en una condición de insuficiencia que se refleja en las caídas de los niveles de cobertura, satisfacción e impacto de su oferta de atención. Esa situación expresa crudamente el final de un período caracterizado por el crecimiento y la extensión de los servicios de salud, bajo la responsabilidad política, financiera y técnica del Estado, el que ahora, con la obligación del ajuste, rompe en forma unilateral el contrato social vigente con la sociedad.

Para los trabajadores del sector de la salud esto significó un deterioro de sus condiciones de vida y de trabajo. Una expresión visible del malestar que esa situación genera —principalmente por la vía de la caída del salario y la amenaza a la estabilidad laboral— son los conflictos sindicales que han aumentado significativamente en muchos países.

Otra contradicción que se define en el marco de las instituciones es la contradicción entre las exigencias de mayor productividad y calidad de las acciones de atención que se ofrecen y la defensa de los derechos de los trabajadores y sus condiciones laborales. Esta contradicción refleja no solamente el deterioro financiero del servicio público sino que se traduce en una situación de pérdida de legitimidad del servicio ante la población y una crisis de pertenencia a su institución, por parte del trabajador. En muchos casos expresa la falta de coincidencia entre el interés ciudadano por calidad, equidad y eficacia y los intereses corporativos sectoriales. Esta dimensión compleja es la que define las cuestiones cotidianas que debe resolver el director de establecimientos.

En el sector de la salud, como en el conjunto de la economía y del Estado, se vienen ensayando estrategias de flexibilización del trabajo y de descentralización y privatización de actividades y servicios. Esto también supone cambios en las relaciones, regímenes y condiciones laborales, lo que configura nuevas y difíciles cuestiones para el dirigente institucional o sectorial.

Frente a estas y otras cuestiones se hacen patentes serias limitaciones de los modelos administrativos y de las propuestas técnicas disponibles. El viejo dogma taylorista de organización del trabajo está en crisis y los enfoques administrativos de corte formal, sistémico y esencialmente centrados en la dimensión normativa, aparecen limitados en sus alcances explicativo y de intervención sobre tales problemas.

Las solicitudes de cooperación técnica que se reciben apuntan a fortalecer la capacidad sectorial e institucional para enfrentar estas dificultades. Responder a ellas requiere aplicar conocimiento, propuestas de organización, metodologías y modelos de intervención basados en una nueva comprensión de los procesos en cuestión, relacionados con las dimensiones laborales, jurídicas, políticas, ideológicas y técnico-administrativas en plena transformación en la actividad laboral en salud.

Para eso es necesario superar la situación deficitaria de conocimiento en que se halla esta problemática al no existir prácticamente estudios específicos sobre el momento laboral en salud. Si bien en los últimos años ha mejorado el conocimiento sobre la disponibilidad e intercambio de la fuerza de trabajo a partir de los estudios sobre fuerza y mercados de trabajo patrocinados por el Programa, aún queda por fortalecer la todavía incipiente producción de conocimiento que sobre el trabajo ha empezado ya en algunos países de la Región.

Si bien las cuestiones de trabajo, empleo y sus necesidades de gestión han alcanzado preeminencia en estos tiempos por ser cuestiones acuciantes y conflictivas, el ámbito del trabajo al interior del campo de los recursos humanos es un espacio potencial de transformación que beneficia a la población y a los propios trabajadores del sector. La coincidencia de una situación problemática exigente y un nivel adecuado y ascendente de acumulación y organización de conocimiento en el campo de los recursos humanos, pone en condiciones favorables al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS para responder al doble reto de profundizar y ampliar el saber y su aplicación efectiva en la cooperación técnica.

MARCO REFERENCIAL

El enfoque conceptual que contribuye a delimitar este campo de interés del Programa es el resultado de un conjunto de reflexiones sobre las características de las relaciones de trabajo en el proceso de producción de servicios de salud y sus implicaciones para la administración y gestión de los recursos humanos involucrados.

El tema de las relaciones de trabajo se desdobra por lo menos en tres planos:

- como “relaciones de cambio”, de una transacción entre la capacidad de trabajo y la remuneración;
- como “relaciones de poder” que se refieren a un enfrentamiento entre los intereses del trabajador, que busca, además de otros objetivos, alcanzar el mejor precio para su “mercadería”; y los objetivos institucionales representados en el caso de los servicios públicos de salud, por sus dirigentes y gerentes, y

- como “relaciones derivadas de la división del trabajo”, que necesariamente se establecen entre los diversos participantes de la cadena de producción de servicios.

A partir de ese análisis se revelan los diferentes ámbitos o esferas de realización de las prácticas de administración y gestión de los recursos humanos. Aunque diferenciados, tales planos son necesariamente complementarios para la realización de los objetivos finales de los servicios de salud:

- el ámbito de las definiciones político-jurídicas, que incluye la elaboración e implementación de las reglas básicas del contrato social en el campo del trabajo en salud, expresadas en leyes, reglamentos y normas; o sea, la dimensión formal de la regulación del trabajo;
- el ámbito de las prácticas sociales, donde se da la interacción con las organizaciones de los trabajadores, que buscan acuerdos en torno a sus variados intereses, especialmente en relación con el precio del trabajo o valor de la remuneración; y,
- por último, sin que eso implique una menor importancia, el ámbito de la regulación técnica del trabajo, donde se sitúan las medidas que buscan superar las consecuencias deletéreas de la división del trabajo que resultan en la deshumanización y el riesgo en la atención, así como en perjuicio, mal uso o dispendio para los servicios; al mismo tiempo que mejorar la calidad y la eficacia de la atención a la población.

Las anteriores consideraciones sugieren el sentido que el Programa podría adoptar en la orientación de sus esfuerzos de cooperación técnica, en procura de dar apoyo a las sociedades nacionales y sus gobiernos para mejorar las condiciones de operación de los servicios de salud en lo referente al campo de recursos humanos.

Se configura una propuesta dirigida a contribuir a la acumulación de conocimiento y desarrollo de tecnología en las áreas de administración de personal con el atributo esencial de ser **participativa** y de la gestión **para la calidad**, aplicadas al campo de recursos humanos de salud.

CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS

Crecimiento por aproximaciones sucesivas, no necesariamente ordenado y lineal

El desarrollo y fortalecimiento de esta área de conocimiento e intervención implica aceptar el reto de encontrarse en el camino con cues-

tiones y posibilidades no previstas y a través de las cuales se deberá avanzar. Será importante tener una actitud intelectual abierta y crítica frente a las diversas corrientes de pensamiento y aportes teóricos, tanto de la teoría del trabajo como de otras disciplinas de las ciencias sociales y escuelas administrativas en este campo.

RESPUESTA INMEDIATA SEGÚN DEMANDA

La propuesta se plantea a partir de los reiterados y persistentes requerimientos de cooperación técnica que se formulan al Programa desde diversos niveles. En ese sentido la satisfacción de la demanda requiere desarrollar la capacidad de cooperar en forma rápida y efectiva con las instituciones y autoridades que se identifiquen en este campo.

CONSOLIDAR UN EQUIPO DE REFERENCIA

Desarrollar esta línea de trabajo requiere tener una coordinación clara que le de direccionalidad y que funcione como punto focal de las necesidades y de las posibilidades de responder a las mismas.

ENFATIZAR LA INVESTIGACIÓN

La redefinición de los servicios para superar la insuficiencia actual plantea a la administración y a la gestión de recursos humanos requerimientos que no podrán ser satisfechos solo con el perfeccionamiento de procedimientos en uso. Se deberán generar nuevas estrategias y propuestas de intervención lo que obliga a pensar en un proceso de producción de conocimiento intensivo para llenar los vacíos y desarrollar tecnologías de gestión efectivas.

POLÍTICA AGRESIVA DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN

Junto al actual creciente reconocimiento de la importancia del tema será importante promover la jerarquía técnica del campo al mismo tiempo que llenar vacíos de conocimiento e información entre los responsables e interesados. Por eso será necesario contar con información técnica ordenada y de excelente calidad, que deberá difundirse a los diversos niveles de interés y decisión.

LÍNEAS DE ACCIÓN BÁSICAS

Contribuir a la interacción para el debate del tema laboral entre el Estado y las corporaciones en el sector

El momento actual de redefinición de la estructura y organización de los servicios de salud plantea la necesidad de la discusión por parte de los principales actores implicados, de los aspectos relacionados con la estructura ocupacional, y del proceso de trabajo y sus respectivos marcos jurídico-normativos. La revisión y la readecuación o cambio de estos elementos constituye un reto en la búsqueda de un funcionamiento satisfactorio de los servicios de salud y del desarrollo de una mejor situación laboral para el personal.

La dinámica de administración de personal en el sector público de salud está condicionada por el marco que le definen las normas generales de la administración pública, que en general no se adaptan a los requerimientos particulares de la prestación de servicios de salud, ni de su personal. La comprensión de estas limitaciones y el logro de mayores grados de libertad —que podrían ofrecer algunas estrategias de descentralización— en la administración del personal de salud es un reclamo consistente de los directores de servicios de salud.

La discusión de propuestas de reorientación de las prioridades y formas de trabajo en salud, requieren un análisis conjunto en el que participen las diversas instancias del Estado y de su Ministerio de Salud y también los sindicatos, las asociaciones profesionales y gremios y los agrupamientos de prestadores y empresarios que representan los diversos intereses en el sector. En esta línea se propone:

- Apoyar la generación y fortalecimiento de ámbitos de discusión que, a diferentes niveles de decisión, permitan negociar y promover acuerdos entre el Estado y las corporaciones en el sector.
- Producir, sistematizar y difundir información bibliográfica sobre el tema entre los actores relevantes.

Fortalecimiento de la capacidad de intervención sobre el proceso de trabajo en salud

La búsqueda de mayor equidad, eficiencia y eficacia en el funcionamiento de los servicios de salud implica el análisis permanente del proceso de trabajo para el continuo mejoramiento y transformación.

La discusión participativa del proceso de trabajo puede ayudar a integrar a los trabajadores para que comprendan mejor su función y

augmenten su compromiso al contribuir a superar la tradicional alineación con que se desempeñan.

El análisis de la división y organización del trabajo y de las condiciones laborales permitirá fortalecer la capacidad de conducción de los servicios y tomar como ejes la búsqueda de la calidad de los mismos y la satisfacción de la población.

Se propone:

- Investigar operativamente el desarrollo metodológico del análisis del proceso de trabajo en salud.
- Impulsar espacios de discusión sobre la calidad de los servicios entre los equipos de dirección de los servicios y el equipo de salud.
- Desarrollar propuestas metodológicas para esta finalidad.
- Producir, sistematizar y difundir información bibliográfica.

Desarrollo de propuestas metodológicas para la administración y la gestión de recursos humanos en salud

La problemática de organización del personal de salud reconoce dos capítulos complementarios.

La administración de personal definida alrededor de procesos y hechos de la vida laboral susceptibles de ser ordenados por decisiones y registros administrativos (selección, ascenso, etc.) y que se desarrolla a través de la "columna funcional" administrativa de personal donde el director de los servicios casi no interviene, en muchos casos por desconocimiento técnico.

La gestión de personal se centra en la conducción global del personal de los servicios dirigida a garantizar el desarrollo de las actividades en términos de calidad, eficiencia y eficacia.

Así en la realidad el manejo de personal en salud está por lo general fragmentado entre la estructura de administración de personal y el director de los servicios, al mismo tiempo que los procesos en uso no han sido objeto de análisis en situaciones en que se plantean profundos cambios como la reestructuración de los servicios y la descentralización.

Se propone:

- Desarrollar metodologías sobre estrategias de administración y en especial de gestión de personal, mediante la identificación, estímulo y sistematización de experiencias innovadoras.
- Desarrollar propuestas técnicas y normativas de administración y gestión de personal en apoyo a los procesos de descentralización de servicios.

PROPUESTA DEL PLAN DE ACCIÓN: 1993–1994

A nivel subregional

- Identificar y atribuir responsabilidades al coordinador.
- Seleccionar y revisar bibliografías para su difusión.
- Preparar y negociar proyectos de investigación sobre análisis del proceso de trabajo en salud; análisis comparado sobre formas de organización laboral y marco jurídico normativo.
- Promover la identificación de experiencias innovadoras.
- Apoyar a los países para la organización y desarrollo de foros nacionales sobre cuestiones laborales en salud.
- Preparar un programa de capacitación para directores de servicios de salud sobre gestión y administración de personal.

A nivel de países

- Identificar experiencias innovadoras y puntos focales en gestión y administración de personal.
- Contribuir al desarrollo de espacios de discusión del proceso de trabajo a nivel de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de foros nacionales sobre cuestiones laborales.
- Promover las investigaciones.
- Capacitar al personal de dirección de los servicios de salud y a sus equipos sobre gestión y administración de personal (descentralizar, producir, sistematizar y difundir información).

PROPUESTA DE ACTIVIDADES PARA 1993–1994

Identificación de experiencias innovadoras en administración y gestión de recursos humanos

- Análisis de las propuestas y experiencias identificadas.
- Apoyo técnico para su desarrollo.
- Acompañamiento y evaluación de los resultados.
- Difusión de la experiencia.

Ejemplos:

Río Negro y Vicente López en Argentina
Cooperativa de Médicos en Costa Rica
CASMU en Uruguay

Brasil, Municipalidades
Otros

Búsqueda activa de la sistematización y difusión de literatura e información sobre administración y gestión de recursos humanos.

Coordinación de la actividad: PASCAP
Base de Datos/Banco de Literatura especializada

Investigación sobre áreas y problemas prioritarios.

HRD define áreas y problemas prioritarios
Definición de estrategias de promoción de investigación
Estudios comparados, multicéntricos
Concurso de proyectos
Asignación de estudios a grupos calificados

Colaboración con OIT y otras instituciones especializadas.

Ejemplos: OIT, CIAT, Asociación de Estudios del Trabajo (ASET), Buenos Aires, Argentina.

Identificación y movilización de expertos para promover el interés de este área en el campo de la salud, para la acumulación y producción de conocimientos y para la cooperación técnica.

Directorio de Expertos

NOTICIAS

CONFERENCIA MUNDIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA EN EDIMBURGO

Del 8 al 13 de agosto pasado tuvo lugar en Edimburgo, Escocia, la Conferencia Mundial de Educación Médica, cuyos aportes técnicos más importantes se han dado a conocer en el presente número de esta revista. La Conferencia contó con la participación de 240 delegados, 42 provenientes de la Región de las Américas incluidos 21 latinoamericanos, conformando así la delegación más numerosa en términos de las diferentes Regiones que constituyen la OMS.

Próximamente circulará el documento que será presentado oficialmente como el Relato Final, que se espera recogerá las contribuciones, aportes, recomendaciones y conclusiones alcanzadas alrededor del tema oficial **Los cambios en la profesión médica. Implicaciones en la Educación Médica**. Al margen del mismo, deseamos destacar el rol que las instituciones, asociaciones y grupos de facultades de medicina de la Región jugaron en la etapa preparatoria bajo el impulso y la coordinación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud. El intenso esfuerzo realizado durante un lapso mayor de un año se manifestó en la preparación de un "documento de posición" que señala con claridad el pensamiento latinoamericano frente a los retos del futuro cercano. Este esfuerzo también se reflejó en la movilización de amplios sectores en todos los países para participar en un debate sobre el tema que ha posibilitado la creación de un consenso regional en el sentido de "demandar acciones secuenciales para que la educación médica acompañe las transformaciones que están ocurriendo en la sociedad como un todo, y en los sistemas de servicios de salud en particular."

Se considera un logro adicional a la participación Regional, la posibilidad de que la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina (ALAFEM) y la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM) puedan alcanzar, por primera vez, acuerdos de cooperación que en un principio se amparan en la decisión de trabajar juntos para el desarrollo de los aspectos señalados en el documento regional mencionado. ALAFEM informó su intención de realizar su Conferencia Regional en Montevideo, en 1994.

XIV CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN MÉDICA EN QUITO

Este evento que se realiza cada dos años desde la I Conferencia de 1966 en Bogotá, tuvo lugar del 18 al 21 de julio de 1993 en la capital ecuatoriana. Fue organizado y desarrollado por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM). En esta ocasión el tema central del encuentro: **Información, ciencia, tecnología y educación médica** fue examinado a través del desarrollo de paneles, mesas redondas, conferencias magistrales y discusiones grupales organizadas alrededor de subtemas tales como **Información, Informática y educación médica, Desarrollo científico y educación médica, y Desarrollo tecnológico y educación médica**. La programación de actividades incluyó un foro sobre **Legitimación del rol de las universidades en relación con los requerimientos de cobertura, calidad, eficiencia y costos de los servicios de salud**.

Participaron decanos, profesores y otras autoridades de la mayoría de las facultades de medicina que componen la FEPAFEM.

SEMINARIO DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA EL CARIBE DE HABLA INGLESA

Del 3 al 8 de octubre de 1993 tuvo lugar en Saint Kitts un seminario sobre planificación de recursos humanos para el Caribe de habla inglesa, que fue el tercero de una serie de talleres regionales en el proceso de desarrollo de recursos humanos; el mismo enfocó su atención en los asuntos relacionados con las políticas y la planificación estratégica de recursos humanos. Las discusiones alrededor de esos aspectos se enmarcaron en las estrategias diseñadas por la Cooperación Caribeña para la Salud (CCH) y por los países que integran el CARICOM. Fue de mucho interés el debate sobre la situación que se crea a partir de las situaciones y cambios políticos que ocurren en los países del área, que interfieren con frecuencia en el desarrollo de planes formulados para mediano o largo plazo. Los participantes trataron ese y otros temas con objetividad y realismo, en el marco de las situaciones concretas prevalentes, y así se alcanzaron las metas y propósitos señalados para el encuentro, especialmente los que tratan del compromiso de los países en realizar esfuerzos orientados a la creación a corto plazo de un sistema de información en recursos humanos para facilitar la planificación y gestión en cada país. Se espera que en un plazo mayor, cada país habrá alcanzado la formulación de políticas y planes estratégicos de desarrollo del personal que se requiere para la operación de los servicios y la ejecución de los programas prioritarios.

Entre los participantes se encontraban funcionarios de la sede de la OMS en Ginebra, de la sede de la OPS en Washington, y de diversas instituciones estatales de Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts, Santa Lucía, San Vicente y Trinidad y Tabago.

WASHINGTON DC: ENCUENTRO SOBRE EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

En la sede central de la Organización tuvo lugar, del 20 al 22 de septiembre de 1993, un importante evento que reunió a un distinguido grupo de rectores de universidades de América Latina, junto a técnicos y consultores de organismos internacionales e invitados especiales. El título de la reunión, **Perspectivas del Papel de la Universidad Latinoamericana en la Salud de la Población** define claramente el propósito de los organizadores, que era analizar el papel de la universidad en el desarrollo del conocimiento y la mejoría de la situación de salud de la población en los países de la Región. En términos generales, y según se deduce del relato de lo ocurrido, el encuentro propició el debate acerca de las posibilidades reales de "reactivar una vasta experiencia de trabajo conjunto entre la universidad latinoamericana y la OPS, tomando como punto de inicio los antecedentes de la relación entre la universidad y la salud desde la óptica de la cooperación técnica, apuntando algunos eventos significativos de apoyo y fortalecimiento de los esfuerzos de las universidades." La crisis económica mundial, la crisis de los sistemas de salud, el deterioro de su capacidad operativa y otros condicionantes del impacto negativo que se observa en la salud y las condiciones de vida de la población, fueron objeto de examen por parte de los participantes, como insumo para un posterior ejercicio de identificación de responsabilidades y búsqueda de estrategias de trabajo para incorporar a la universidad al esfuerzo social que ocurre en este sentido en la Región.

Los objetivos incluyeron analizar lo realizado en el Programa USALC-XXI, discutir el rol de la universidad frente a la situación de salud de los países representados, conocer los planteamientos de organismos y agencias de cooperación al respecto, formular propuestas de trabajo y sugerir alternativas de cooperación de la OPS para el desarrollo de las acciones planteadas. Los problemas tratados en ese marco pueden agruparse así:

- la articulación de la universidad y la realidad,
- la escasez de recursos,
- la cuestión de la calidad,
- el proceso de producción/circulación del conocimiento,
- la reproducción de la tradición académica,
- la dinámica política interna y el gobierno de la institución.

Se llegó finalmente al planteamiento de propuestas en campos como la formación de recursos humanos, la identificación de nuevas áreas de acción universitaria en salud, la definición de estrategias y modos de acción, incluidas la incorporación de formas modernas de gestión de programas y servicios, la utilización de formas asociativas de los actores universitarios, la articulación con procesos políticos de descentralización o municipalización, y la consideración de las implicaciones de los procesos de integración subregional actualmente en marcha, como el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica y el MERCOSUR.

PERÚ: CENTRO DE SALUD PÚBLICA EN LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

La Asamblea Universitaria de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) aprobó el pasado 14 de mayo de 1993 la creación del Centro de Salud Pública (CSP) con base en una propuesta "fundamentada en la conjugación de tres elementos: las necesidades nacionales en salud y docencia en salud pública, la imagen-objetivo de la UPCH y sus antecedentes de trabajo en salud pública, y la posibilidad y oportunidad de incrementar sustancialmente el aporte que la institución hace al país."

El CSP constituirá una unidad operativa de la Universidad con funciones de conducción, coordinación y ejecución de planes, programas y proyectos en salud pública, a través del planteamiento de propuestas de acción ante la Universidad, sobre cuestiones prioritarias para el desarrollo de la Salud Pública, así como de la búsqueda de mecanismos para dotar de una direccionalidad común al desarrollo de proyectos socialmente eficaces y eficientes, y potenciados entre sí. Su objetivo final es "contribuir a mejorar la salud de los peruanos a través del desarrollo de los recursos humanos, de la producción y difusión de conocimiento relevante, de la asesoría y cooperación técnica, y de la proyección social en el campo de la salud pública." Para ello, el Centro planea el desarrollo de un nuevo modelo educacional que combine la formación-capacitación por niveles, la descentralización, la complementariedad y el cumplimiento de requisitos de excelencia académica, en programas como los siguientes:

- Maestría en salud pública con menciones en administración en salud, epidemiología, población y desarrollo de recursos humanos
- Especialización en salud pública
- Diploma y certificados en salud pública y otros
- Cursos básicos de salud pública, y
- Educación continua.

El Centro desarrollará además investigaciones epidemiológicas y de sistemas de salud, así como actividades de asesoría técnica en docencia e investigación, en gestión y en la formulación de políticas de salud.

La Universidad ha designado como Director del Centro al Dr. Carlos Vidal Layseca, ex Ministro de Salud del Perú, ex funcionario del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización, Profesor —y uno de los fundadores— de la UPCH, poseedor de una vasta experiencia en el manejo y gestión de programas de recursos humanos en las Américas, y destacado contribuyente a la construcción de nuevo conocimiento en el campo.

LIBROS

SOBRE LA TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SALUD PÚBLICA: UN DEBATE, MÚLTIPLES PERSPECTIVAS

“En los últimos años, hacia el comienzo de la presente década, dos grandes preocupaciones han surgido progresivamente en el campo de la salud. Por un lado está la existencia de una brecha cada vez más grande entre los problemas, necesidades e ideales de salud de la población, y la respuesta social organizada correspondiente, que ha afectado la capacidad de la mayoría de las naciones de alcanzar la meta “Salud para Todos en el Año 2000”. Por otro lado se han presentado vacíos teóricos, metodológicos y operativos en el campo de la salud pública, que han condicionado la lentitud o parálisis de ciertos aspectos de la política y acción social frente a los desafíos complejos y cambiantes del contexto social, económico y político del mundo de hoy”.

Es con el párrafo anterior que se inicia el Prólogo de una nueva publicación de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos, la N° 98, que aparece con el título señalado arriba, y que se construye con una selección de documentos y materiales fundamentales extraídos de las memorias de la reunión de un Grupo de Consulta reunido en Nueva Orleans en octubre de 1991. El Grupo, sigue diciendo en el Prólogo el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Organización, “intentó problematizar el marco referencial y conceptual de la formación avanzada en salud pública a partir del análisis del ambiente externo a ella, en particular de las áreas críticas para el desarrollo de la infraestructura de salud y de la prestación de servicios.” Así, el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública se constituyó en una línea fundamental de trabajo conjunto de los Programas de Desarrollo de Recursos Humanos, de Análisis de la Situación de Salud y sus tendencias, de Investigación y Desarrollo Tecnológico y de Salud Ambiental de la Organización. Esta publicación forma parte de la cadena de hechos cuidadosamente secuenciados en la Región, con que se implementa dicha línea de trabajo.

Refiriéndose a esta publicación como continuación de lo iniciado con *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* ya reseñada en esta

revista, los editores señalan que “ninguna de las dos tiene un carácter prescriptivo y que deben ser vistas ante todo como el inicio de un camino y no como su culminación”.

Además del Prólogo de Guerra de Macedo, la obra cuenta con una Presentación a cargo de José Roberto Ferreira, Luis Ruiz, Clovis H. Tigre, Alberto Pellegrini, Horst Otterstetter y Enrique Nájera, promotores y conductores del esfuerzo. Consolida los aportes a los debates ocurridos alrededor de la temática de la reunión, expresados por los integrantes del Grupo procedentes de distintas instituciones relacionadas con la salud pública en América del Norte y América Latina y de la propia OPS. Dada la construcción de un nuevo conocimiento en Salud Pública que se desarrolla en la Región, esta obra está llamada a ubicarse entre los elementos de trabajo fundamentales en el proceso.

La distribución de este libro se está haciendo a través del Programa Ampliado de Libros de Texto de la Organización (PALTEX) en su sede en Washington así como en sus centros de distribución en la Región.

ENGLISH AND SPANISH MEDICAL WORDS AND PHRASES

Minnie Rose, editora. Springhouse Corporation; 177 páginas, ISBN: 0-87434-540-5. Esta publicación constituye una fuente de consulta rápida para aquellos profesionales de la salud de habla hispana o inglesa que, en el ejercicio de sus actividades tienen que recurrir a uno u otro de los dos idiomas mencionados. Hace énfasis en las acepciones y significado de las palabras y frases de uso más generalizado en la práctica de la salud, especialmente la médica. El formato y estilo editorial de la obra favorecen su utilización e incrementan su valor útil. Así, el capítulo 1 provee una revisión general de la gramática y la pronunciación en español (inclusive nombres, pronombres, artículos, contracciones, prefijos, sufijos, género y número de los sustantivos, y variantes en su aplicación). Los capítulos subsiguientes están diseñados en dos columnas, con la palabra inglesa en una y el equivalente en español en la otra. El capítulo 2 explora otros términos que son comunes en el establecimiento de una buena comunicación y relaciones entre los agentes de salud y los usuarios (formas de saludo, días de la semana, meses, números, unidades de tamaño, peso, medida y distancia, colores, términos familiares, términos anatómicos y fisiológicos y asuntos relativos a cuidados higiénicos. el capítulo 3 hace que el interés del lector se centre en la terminología propia de las pruebas diagnósticas co-

munes, tratamientos, equipos, medicamentos, pruebas de laboratorio, especialidades médicas. En los capítulos 4 al 17 los temas, organizados por sistemas orgánicos, incluyen preguntas y respuestas que se utilizan para la evaluación de la situación de salud individual y/o colectiva, para elaborar una historia médica y/o familiar, para identificar patrones usuales de salud, y para hacer consideraciones de índole psicosocial.

La solicitud de esta obra puede hacerse a Springhouse Publishing Company, 1111 Bethlehem Pike, P.O. Box 908, Springhouse, Pennsylvania 19477. El precio es de US\$ 19.95.

PUBLICACIONES RECIENTES

PROGRAMA DE PUBLICACIONES DE LA OPS



Género, mujer y salud en las Américas

PC No. 541

1993, 324 pp.

ISBN 92 75 31541 8 / Precio US\$28.00, US\$21.00*

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer se centra en las relaciones entre la biología y el medio social, relaciones que se plasman en una situación de desventaja de las mujeres frente a los hombres en materia de posición económica. Tal desventaja a su vez se refleja en el menor acceso que las

mujeres tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud.

En esta publicación se llama la atención sobre esa realidad frecuentemente ignorada y se da visibilidad a las inequidades de género en el ámbito de la salud, para estimular así el avance del conocimiento sobre las influencias recíprocas entre las condiciones de salud de una población, los factores ligados a las construcciones sociales de género y los distintos estilos de desarrollo.

Nuestro planeta, nuestra salud

Informe de la comisión de salud y medio ambiente de la OMS

PC No. 544

1993, 540 pp.

ISBN 92 75 31544 2 / Precio US\$20.00, US\$15.00*

Este informe, elaborado por una comisión independiente constituida por el Director General de la Organización Mundial de la Salud, es un intento de colocar a la salud en el sitio que le corresponde, en el centro de la controversia sobre el ambiente y el desarrollo.

Las estrategias de desarrollo en diversos sectores pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud y el ambiente. Este informe considera, en particular, los sectores de alimentación y agricultura, agua, energía, industria y urbanización, examinando en cada uno de ellos los efectos perjudiciales para la salud de diversas políticas sectoriales y recomendando enfoques y actuaciones para mitigarlos o prevenirlos. Todo el informe se basa implícitamente en los principios de acceso equitativo a los recursos, tanto dentro de cada país como entre los distintos países, y de participación del público en la formulación, implantación y evaluación de planes y proyectos. La aplicación de estos principios se considera esencial para alcanzar los tres objetivos globales señalados por la Comisión: conseguir una base sostenible para la salud para todos, lograr un ambiente que promueva la salud y concientizar a todos los individuos y organizaciones de su responsabilidad en cuanto a la salud y la base ambiental de la misma.



* Precio en países en desarrollo

Los doce que sobreviven

PC No. 545

1993, 622 pp. Robert Myers / Copublicación OPS/UNICEF
ISBN 92 75 31545 0 / Precio US\$30.00, US\$22.00*

En la actualidad, doce de cada trece niños llegarán a cumplir su primer año de vida. Qué sucederá con los doce que sobreviven? Muchas de las condiciones de pobreza y estrés que anteriormente ponían a los niños en riesgo de morir, los exponen ahora al riesgo de sufrir daño en su desarrollo físico, mental, social y emocional durante los primeros meses y años de vida. Robert Myers sostiene que se debe ir más allá de los programas dirigidos principalmente a la supervivencia e invertir más en programas diseñados para ayudarles a los niños a desarrollar sus aptitudes individuales y sociales en los primeros años de la vida.

Basado en una amplia investigación y en numerosas experiencias del Tercer

Mundo, Myers destaca la importancia de la participación y el acuerdo entre

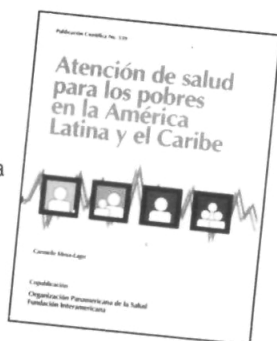
organismos, gobiernos y familias, examina las fallas y los éxitos de los programas consagrados a mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños, y considera las prioridades para los próximos años.

Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe

PC No. 539

1992, 257 pp. Carmelo Mesa-Lago / Copublicación OPS/Fundación Interamericana
ISBN 92 75 31539 6 / Precio US\$28.00, US\$21.00*

Esta publicación —conclusión de un estudio de más de dos años de duración, entre 1988 y 1990— examina los problemas que los sistemas de atención de salud confrontaron durante los años ochenta, analiza su capacidad actual y posibilidad futura de proporcionar protección adecuada de salud a los pobres y ofrece recomendaciones para la reforma de la atención de salud con miras a aumentar su accesibilidad para los pobres. Además de una caracterización general de la Región, se incluyen análisis a fondo de los esfuerzos de los sectores públicos y privados por extender la cobertura de salud en cinco países: Costa Rica, México, Perú, República Dominicana y Uruguay, los que se seleccionaron por ser representativos de las diversas condiciones geográficas, económicas, de salud y sociales de las Américas. Este trabajo constituye una contribución primordial al estudio comparativo de los sistemas de atención de salud y presenta observaciones profundas acerca de las políticas y actividades encaminadas a lograr la meta de proporcionar acceso a la atención de salud a los habitantes pobres urbanos y rurales.



Para adquirir estas publicaciones diríjase al Representante de la OPS en su país o a la:
**Organización Panamericana de la Salud, Distribución y Ventas. 525 Twenty-third Street, NW,
Washington, DC 20037, EUA. Tel.: (202) 293-8130, Fax: (202) 338-0869.**

Si dirige su pedido a Washington, DC, acompañe su pedido con cheque personal o giro postal (en dólares americanos) escrito a nombre de la Organización Panamericana de la Salud y girado contra una institución bancaria de los Estados Unidos. El valor del ejemplar incluye envío por correo de superficie.



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2–4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó 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 (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. George A. O. Alleyne, Subdirector.

PRESENTACIÓN • EDITORIAL: DEL JURAMENTO
HIPOCRÁTICO A LA ÉTICA DE LA SALUD
PÚBLICA • CAMBIOS DE LA PROFESIÓN MÉDICA •
EL RETO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA •
TENDENCIAS ACTUALES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA •
CAMBIOS EN LA PROFESIÓN MÉDICA Y SUS
IMPLICACIONES • CAMBIOS DE LA PROFESIÓN
MÉDICA: DOCUMENTO DE POSICIÓN DE AMÉRICA
LATINA • RESEÑA • NOTICIAS • LIBROS

