

ENERO-FEBRERO-MARZO 1968
Volumen 2 Número 1

EDUCACION MEDICA Y SALUD



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

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES
DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

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

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

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

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

EDUCACION MEDICA Y SALUD

Vol. 2

ENERO - FEBRERO - MARZO de 1968

No. 1

Contenido

Patrones de práctica profesional en mujeres—Lucy M. Cohen.....	1
La decisión de estudiar medicina—Luis Manuel Manzanilla.....	23
Características de los aspirantes a estudiar medicina en el Brasil—Celia Lucia Monteiro de Castro	35
Función docente del consultorio externo—Saúl Pasmanik y René Sotomayor.....	50
Educación pediátrica continuada en las Indias Occidentales—E. H. Back.....	61
La organización de una biblioteca médica—Mélida Arteaga de Andino.....	68
Reseñas:	
Libros	78
Revistas	83
Noticias:	
Programa de textos de la Organización Panamericana de la Salud.....	85
Quinta reunión anual de la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas.....	88
Primer Seminario Nacional de Educación Médica del Ecuador.....	90
Quinta Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina.....	92
II Conferencia General de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina y II Conferencia Panamericana de Educación Médica.....	93
Serie de Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud.....	94

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

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación Médica y Salud se publica como medio de información y comunicación en el campo de la educación médica y está destinada principalmente al personal universitario de la América Latina. Entiende la educación médica en su concepto más amplio, que abarca la formación en las diversas profesiones de la salud, cualquiera que sea su nivel, y que se extiende desde la preparación necesaria para recibir esta enseñanza hasta la continua formación del profesional en el curso de su vida.

Con todo agrado se recibirá colaboración sobre los temas relacionados con los objetivos de la Revista, en especial artículos que traten del desarrollo y realización de programas de enseñanza originales, investigaciones docentes y nuevos conceptos educativos.

También se considerará la publicación de aquellas noticias e informaciones que tengan interés a nivel internacional para los educadores médicos, y de reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Dentro de lo posible, los textos no deben exceder de 3.000 palabras, y deben venir acompañados de un resumen susceptible de ser traducido a otros idiomas. Cuando ello sea pertinente, deben incluir una revisión de lo publicado sobre el tema. Los originales deben enviarse mecanografiados a doble espacio y con márgenes a ambos lados, y la bibliografía, en página aparte y de acuerdo con el sistema utilizado en el *Index Medicus*. Los trabajos que se reciban serán revisados por el cuerpo editorial de la Revista. Los manuscritos que hayan sido aceptados, una vez revisados, serán enviados para su aprobación final a los autores, quienes deberán devolverlos dentro de los términos que se les especifique.

Los autores de artículos aceptados para publicación recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos. Podrán solicitar reimpresos adicionales dentro de los términos de tiempo y mediante el abono de los costos que oportunamente se les informe.

EDUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

Dirección postal: Oficina Sanitaria Panamericana

525 Twenty-third St., N. W.

Washington, D. C. 20037, U.S.A.

LUCY M. COHEN

Patrones de práctica profesional en mujeres

La recolección de información biográfica constituye un excelente instrumento, tanto para el análisis comparativo de los patrones de trabajo y de vida familiar, como para el planeamiento de la educación y de la práctica profesional sobre bases sólidas y más de acuerdo con la realidad.

EL SINNÚMERO de problemas relacionados con la educación profesional y con la prestación de servicios han hecho que en el curso de los últimos años el cuerpo médico de la América Latina haya tomado un interés más directo e inmediato en el estudio de la elección vocacional y de los patrones de ejercicio profesional.¹

Cuando se llega a la discusión de estos problemas prácticos en los países latinoamericanos, se encuentra que la información existente es muy limitada. Por ejemplo, hasta donde se sabe, la información biográfica se ha utilizado muy poco para formular predicciones sobre la productividad o la creatividad. No ha habido paralelismo entre la

• La. Dra. Cohen es antropóloga en la División de Investigaciones y Planeación del Departamento de Salud Pública de Washington, D.C., y Profesora Visitante de la Universidad Católica de América, Washington, D.C., Estados Unidos.

• En el Segundo Congreso Nacional de Sociología, Bogotá, Colombia, agosto de 1967, se presentó una versión abreviada de este trabajo. La investigación motivo del mismo, se llevó a cabo con una beca del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

¹ Véase, por ejemplo: *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia*, Vol. II (Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1967; Organización Panamericana de la Salud: *Las Condiciones de Salud en las Américas, 1961-1964*. Publicación Científica No. 138, 1966, págs. 119-127; Hall, Thomas L.: La formación y la utilización de personal paramédico. *Educación Médica y Salud*, 1 (4): 282, 298 (julio-septiembre) 1967.

preocupación existente por la educación en las profesiones médicas y paramédicas y el conocimiento de los factores que, según los mismos profesionales, influyen en el incremento o en la disponibilidad del personal en estas profesiones. Los cambios ocurridos en la distribución por sexos del personal en las profesiones médicas, escasamente han sido motivo de análisis.²

Hace algunos años, Carr Saunders consideró que vacíos como los anteriormente citados podrían explicarse, al menos en parte, por la falta de información sobre la historia de las profesiones. "Las generalizaciones que se formulen tendrán poco fundamento, a menos que este tema sea estudiado por numerosos investigadores desde diversos puntos de vista".³

El presente estudio da a conocer ciertos antecedentes sociales y ciertos modelos de práctica profesional de un grupo de mujeres colombianas médicas, dentistas y farmacéuticas.

Los datos que aquí se presentan son parte de una investigación más extensa: "Mujeres profesionales colombianas como innovadoras de cambio cultural", realizada por la autora en Colombia en 1965. En esta

² Se encuentran referencias al cambio de distribución por sexos de los dentistas en la América Latina en Striffler, David F., y Gillespie, George: The implications of available personnel for community dental programs in the Americas. En: *Proceedings of the Hemispheric Conference for Better Oral Health for the Americas*, septiembre 27-octubre 1, 1966, Puerto Rico, págs. 47-53. Las estadísticas sobre el número total de mujeres graduadas en medicina, en odontología y farmacia en la Universidad de Chile, muestran un aumento en la proporción de mujeres en estas profesiones. (Véase Klimpel Alvarado, Felicitas: *La Mujer Chilena, 1910-1960*. Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile, 1962, pág. 153). En una serie reciente sobre *Optimal Utilization of Medical Womanpower*, Katharine Wright señala que "los datos sobre mujeres médicas en Sur América son incompletos debido, en gran parte, a la dificultad de obtener esta clase de información". Informa que el 7,15% de los médicos brasileños son mujeres, así como el 12% de los médicos peruanos. (Wright, Katharine W.: Supply, the Americas. *J. Amer. Med. Woman's Assoc.*, 22 (5): 341 (mayo) 1967.

Basándose en los datos obtenidos de la universidades y asociaciones profesionales colombianas, la autora calcula que en 1964 el número de mujeres ejerciendo medicina, odontología y farmacia en Colombia, era el siguiente: 20% de todos los odontólogos graduados desde 1936, alrededor del 28% de todos los farmacéuticos graduados desde 1943 y alrededor del 2% de todos los médicos graduados desde 1924. Se consideró año base, el año en que se graduaron las primeras mujeres en estas profesiones en las universidades colombianas.

³ Carr-Saunders, A. M., y Wilson, P. A.: *The Professions*. Frank Cass, Londres, 1964, págs. 1-5.

investigación se analizan los patrones de persistencia y de cambio en las orientaciones de valor dominante de un grupo de mujeres colombianas en las profesiones liberales, las primeras que se graduaron en las universidades de ese país.⁴

El estudio fue diseñado con el objeto de ver cómo los valores, tanto tradicionales como nuevos, se incorporan en las posiciones que las mujeres profesionales estudiadas asumen, tanto en su trabajo como en su calidad de esposas y de madres. Se espera que los datos obtenidos en el estudio de este grupo de médicas, dentistas y farmacéuticas ayuden a comprender el significado que la vida profesional tiene para las mujeres que se dedican a las profesiones de la salud. Dado que este tipo de información es muy escaso, tanto en Colombia como en el resto de la América Latina, se ha pensado que este material podría servir de línea de partida para futuras y más amplias investigaciones y también de cierta utilidad a los educadores y a los planificadores interesados en el desarrollo de una política y de programas sobre recursos humanos.

Los datos fueron obtenidos de una muestra de 56 graduadas en odontología, medicina y farmacia, que terminaron sus estudios antes de 1955.⁵ Este grupo lo constituía, aproximadamente, el 21% de las mujeres dentistas, el 56% de las médicas y el 33% de las farmacéuticas que terminaron estudios dentro del período seleccionado. Aunque 37% del grupo había hecho estudios especializados en el extranjero, todas se habían graduado en universidades colombianas; la mayoría tenía entre los 35 y los 49 años. Los datos fueron obtenidos mediante una guía de entrevista semiestructurada y con la participación de la autora en las actividades profesionales y sociales de las entrevistadas.

ANTECEDENTES SOCIALES Y EDUCACIONALES

La mayoría de las dentistas procedían del medio urbano, las médicas de zonas rurales o de poblaciones pequeñas, y las farmacéuticas, casi por igual, de poblaciones pequeñas y capitales de departamento.⁶

⁴ El ingreso de las mujeres a la vida universitaria en Colombia comenzó en la década de 1930. Hoy día la cuarta parte de los estudiantes universitarios en el país son mujeres. En Klimpel, *op cit.*, se encuentra información sobre la historia del ingreso de las mujeres a las profesiones en Chile, país con una tradición más antigua de vida profesional femenina.

⁵ La muestra también incluye graduadas en leyes, arquitectura y letras ("filosofía y letras").

⁶ El 61% de las dentistas eran oriundas de las capitales y 39%, de poblaciones

Si bien sólo la cuarta parte de los padres de las mujeres estudiadas habían sido profesionales o maestros, la mayor parte de sus hermanos habían seguido carreras profesionales o estudios técnicos especializados. En su mayoría, los padres de las dentistas habían sido o eran pequeños comerciantes o propietarios agrícolas, y los de las médicas, propietarios agrícolas o funcionarios públicos, como alcaldes u oficinistas. Los padres de las farmacéuticas se dedicaban por igual al servicio público y a los pequeños negocios.⁷

La tercera parte de las madres de las dentistas habían sido maestras, telegrafistas o tenían sus propios negocios, mientras que la mayor parte de las madres de las médicas y de las farmacéuticas sólo habían cursado escuela elemental, que era la formación predominante de la mujer en su época.⁸

Al comparar estos datos, se aprecia que, en contraste con el origen de las médicas en zonas rurales o poblaciones pequeñas, las dentistas provenían del medio urbano de las capitales departamentales, de familias en las cuales las madres habían recibido una educación superior a la que era común para la mujer de su tiempo. En relación con la ocupación de los padres, los de las farmacéuticas tenían menos nexos con las actividades agrícolas que los de las médicas y dentistas.

Los datos sobre la procedencia de las entrevistadas y sobre sus antecedentes familiares aparecen más dinámicos cuando se estudian los puntos de vista de los padres en cuanto a la finalidad de la educación y su actitud hacia las carreras que sus hijas escogieron.

La mayoría de las entrevistadas hicieron su "bachillerato" en escuelas públicas, lo que indica que estas instituciones tienden a introducir nuevos valores en la educación femenina y en el papel que la mujer desempeña en la sociedad (Cuadro No. 1).

pequeñas; 67% de las médicas habían nacido en poblaciones pequeñas y 33%, en capitales de Departamento. De las farmacéuticas, 47% provenían de capitales departamentales, 40% de poblaciones pequeñas y 13% habían llegado pequeñas a Colombia, con sus padres inmigrantes.

⁷ Datos más recientes sobre los antecedentes de ocupación de los padres de estudiantes universitarios en Colombia, muestran similitud con las características ocupacionales señaladas en el presente estudio. La educación universitaria ha facilitado la movilidad social. (Williamson, R. C.: *El Estudiante Colombiano y sus Actitudes*. Monografía No. 13, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Sociología, Bogotá, 1962, págs. 13-15.)

⁸ El "bachillerato" o educación de nivel secundario para las mujeres en Colombia fue aprobado por Decreto Presidencial 227, en 1933.

CUADRO NO. 1—Porcentaje de distribución del grupo de médicas, dentistas y farmacéuticas entrevistadas, según el tipo de escuela secundaria a que asistieron.

	Escuela pública	Escuela privada, no religiosa	Escuela religiosa
Médicas	61	17	22
Dentistas	61	9	30
Farmacéuticas	60	20	20

Se puede apreciar que los padres desde los primeros años de su matrimonio hacen planes para educar a sus hijos, y muchos de ellos se mudan a lugares con centros educacionales apropiados o envían a sus hijos a internados. En las siguientes transcripciones se puede observar el valor que se le da a la educación como instrumento de mejoramiento social y de seguridad económica:

Como no teníamos dinero, mi padre tenía la filosofía de que la única herencia que nos podía dejar era nuestra educación. Este sería el patrimonio que nos ayudaría a defendernos en la vida. (*Dentista*)

Mi madre siempre decía que la mujer debía recibir una buena educación para que al casarse no escogiera esposo por dinero sino por amor. Desde luego que pensaba que la mujer casada no debía trabajar, pero nos decía que el estudio le ofrecía preparación y defensa en caso de presentarse problemas en el matrimonio. . . (*Dentista*)

Las dentistas y las farmacéuticas señalan que en su interés por los estudios universitarios influyó el padre o la madre, o un profesor estimado de "bachillerato".

Volviendo al examen de las actitudes en relación con la selección de una carrera, casi todas las dentistas pensaron estudiar medicina antes de decidirse por la odontología. Las farmacéuticas habían considerado la medicina, la odontología o la bacteriología,⁹ antes de seleccionar su profesión. Así pues, para la mayor parte de las entrevistadas, la selección específica de odontología o de farmacia constituyó un "término medio". Consideraron que la odontología era una profesión más corta que la medicina y que ofrecía la misma independencia y posibilidad lucrativa. Ni la farmacia ni la odontología parecían requerir las aparentes 24 horas al día de dedicación del médico, factor que los padres

⁹ En algunas universidades colombianas se denomina "Bacteriología" a una carrera de cuatro años sobre técnicas de laboratorio clínico.

veían como una amenaza al futuro matrimonial de sus hijas. La situación económica e interés de los padres de darles una educación a todos sus hijos, a menudo llevó a las entrevistadas a escoger carreras que parecían exigir una inversión menor de tiempo y de dinero.

Creo que escogí la odontología porque pensé que podía ofrecer la misma independencia y remuneración que la medicina, siendo una carrera más corta y con menos responsabilidades. (*Dentista*)

Quise estudiar dentistería; es una carrera apropiada para la mujer porque puede ejercerse en el hogar, pero circunstancias especiales me obligaron a escoger farmacia. En el momento de empezar una carrera, mi familia se hallaba en una situación económica precaria. Mi madre propuso que estudiara farmacia por ser ésta una carrera más corta y menos costosa. No tenía que gastar en equipo. Además, yo era la mayor y en mi casa esperaban que ayudara. (*Farmacéutica*)

En cambio las médicas, en general, señalaron que en la selección de su carrera había influido más el “interés personal” que el deseo de los padres. Sin embargo, como se puede ver en el siguiente comentario, los parientes o los amigos a menudo prestaron ayuda financiera y apoyaron el interés vocacional de la entrevistada.

Cuando dispuse estudiar medicina, mi abuela me ofreció su apoyo. Era muy conservadora pero recordaba que en su juventud había sido maestra contra la voluntad de su familia. Un tío me ayudó con los gastos. (*Médica*)

Es interesante anotar que algunas de las mujeres que encontraron oposición de los padres en la escogencia de la medicina, explicaron que después de haber completado con éxito sus estudios y de haber demostrado que podían manejar con éxito su hogar y sus obligaciones de trabajo, hubo una actitud de aceptación. Una ginecóloga describe este proceso.

Quería estudiar bachillerato, pero no había ningún colegio secundario para mujeres en mi pueblo y mi familia no tenía medios para mandarme a Bogotá. Entonces resolví continuar en la escuela elemental y aprender de mis profesores todo lo que pudiera; allí pasé dos años más de lo habitual.

Finalmente, los padres de unas cuantas niñas del pueblo resolvieron matricularnos en un colegio para varones. ¡Viera usted la reacción que despertó este arreglo co-educativo! Se le condenó desde el púlpito y casi nos excomulgan porque en nuestro pueblo no era tradicional que las mujeres estudiaran más allá del tercero o quinto año de la escuela elemental.

Al principio mi padre no cedió a la presión pública. Mi madre reaccionó con gran preocupación, pero yo quería continuar mis estudios. Finalmente, ahorramos lo suficiente y me enviaron a Bogotá. Aún allí no fue fácil entrar

a una escuela secundaria, privada o pública, porque yo tenía la fama de haber estudiado en una escuela mixta. (Como usted sabe, en ese tiempo los hombres y las mujeres solamente se "mezclaban" en el matrimonio.)

Mi padre quería que yo estudiara bacteriología en vez de medicina, pero yo quería estudiar o medicina o nada. Su actitud negativa se debió a que un famoso médico de nuestro pueblo tenía la reputación de ser ateo. . . Mi padre alcanzó a vivir hasta verme médica. Cuando terminé la carrera la actitud de mi familia cambió; no querían entonces que me casara porque creían que las mujeres no podían manejar al mismo tiempo las obligaciones del matrimonio y la práctica médica. Desde luego, me casé y mi padre alcanzó a verme con mi familia, establecida, muy contenta con el ejercicio de la profesión. Mis hermanas también siguieron estudios profesionales, pero para entonces la reacción de mis padres fue diferente.

En cuanto a mi práctica médica, me he especializado en ginecología y no en obstetricia por mis obligaciones familiares. No podría salir de casa a media noche para atender un parto. He arreglado las cosas de modo que pueda dedicarles suficiente tiempo a mi familia y al ejercicio de mi profesión.

PATRONES DE PRACTICA PROFESIONAL

Las historias muestran que se consideró el matrimonio como una aspiración. Cuando se realizó este estudio, las dos terceras partes de las entrevistadas estaban casadas y la mayoría con profesionales; el término medio de la familia en el momento del estudio era de tres hijos.

El estudio revela también que las médicas, tanto solteras como casadas, se inclinaron más que los otros dos grupos, a ejercer una práctica de tiempo completo. Las interrupciones por el nacimiento de los hijos fueron mínimas. En cambio, las dentistas casadas prefirieron trabajar sólo a tiempo parcial, sobre todo si sus hijos no habían llegado todavía a la edad escolar. El 88% de todas las médicas, 70% de las dentistas y 60% de las farmacéuticas ejercían la profesión a tiempo completo.¹⁰ De las que trabajaban a tiempo parcial, 22% eran dentistas,

¹⁰ "Trabajo de tiempo completo" en este estudio significa la dedicación de la mayor parte del día laborable a una actividad ocupacional denominada generalmente "dedicación exclusiva", o a una combinación de actividades ocupacionales como práctica médica en la clínica del Seguro Social por la mañana, y práctica, privada por la tarde. El "medio tiempo" y el "tiempo parcial" significan trabajo por medio día o menos en un mismo cargo. Las personas que no trabajaban se consideraron como "no empleadas".

La autora estima que es difícil medir con exactitud las horas diarias o semanales de trabajo, ya que los requisitos de tiempo de éstas difieren en las diversas profesiones.

20% farmacéuticas y 6% médicas. El 20% de las farmacéuticas, el 8% de las dentistas y el 6% de las médicas no se dedicaban a la profesión. Las mujeres que trabajaban a tiempo parcial o que no trabajaban estaban casadas.

Si bien los datos sobre motivación hacia la medicina pueden estar relacionados con el mayor interés de las médicas en tener una práctica continuada, vale la pena anotar que en el caso de las médicas casadas, tanto la escogencia de una especialidad como la práctica continuada de la profesión tuvieron el apoyo del esposo.¹¹

La mayoría de las mujeres casadas tenían esposos profesionales, y las médicas tendían a tener esposos de su misma profesión.¹² Es de interés notar que éstas tenían el menor número de hijos.¹³

Respecto a los tipos de práctica profesional, el Cuadro No. 2 muestra que la mayor parte de las dentistas se dedicaban a la práctica privada y, en menor grado, a una práctica combinada privada y de servicio público. Las médicas, más a menudo, se dedicaban a trabajo de servicio público

CUADRO No. 2—Porcentaje de médicas, dentistas y farmacéuticas, según su tipo de trabajo.

	Práctica o empleo privados	Servicio público	Servicio público y práctica privada	Docencia Universitaria	Docencia universitaria y práctica privada
Médicas	29	12	35	12	12
Dentistas	64	5	22	—	9
Farmacéuticas	69	—	—	31	—

¹¹ La mayoría de las médicas se especializan en ginecología, obstetricia y pediatría. Esta es también la tendencia entre las mujeres médicas colombianas. Una muestra de 60% de todas las médicas que se graduaron en Colombia entre 1933 y 1965 mostró que 32% se dedicaban a pediatría y un 21% a obstetricia y ginecología; 13% tenían práctica general, y 7% habían seguido una carrera de salud pública. El resto estaba distribuido entre especialidades tales como patología, psiquiatría y medicina interna. (Datos de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.)

¹² El 78% de las médicas casadas tenían esposos médicos.

¹³ Las médicas casadas tenían un promedio de 2,8 hijos; las dentistas de 3,2 y las farmacéuticas de 3,0. Sin embargo, según Myrdal y Klein, entre las mujeres profesionales francesas el tamaño de la familia pocas veces influye en la decisión de trabajar. En el presente estudio el tamaño de la familia no parece estar relacionado con la decisión de no trabajar. (Myrdal, Alva, y Klein, Viola: *Women's Two Roles*. Routledge & Kegan, Londres, 1956, pág. 48.)

o combinada con la práctica privada o sólo a la práctica privada.¹⁴ La mayor parte de las farmacéuticas, por lo general, trabajaban por su cuenta o con compañías privadas.

Las dentistas consideraron que era una ventaja para la mujer profesional casada poder tener la oficina en su casa y citar a sus pacientes en horas que no interfirieran con las responsabilidades del hogar. Esta circunstancia con frecuencia llevó a las entrevistadas a declarar que la odontología es “una carrera muy apropiada para la mujer”.

Los resultados del presente estudio no parecen indicar que la estructura de la práctica profesional es el único factor que influye en los patrones de trabajo que adoptan las mujeres casadas y con hijos. Sin embargo, su preponderancia justifica un estudio más detenido de este aspecto. Las historias muestran que las farmacéuticas casadas tendieron a dejar de trabajar al nacer sus hijos, y cuando éstos llegaron a la edad escolar, comenzaron a trabajar en industrias privadas, lejos del hogar, o se dedicaron a la docencia universitaria.¹⁵

La organización del hogar también influyó en los patrones de trabajo de las entrevistadas casadas. Sin la ayuda de parientes o de criadas “de confianza”, admitieron la imposibilidad de seguir adelante con la práctica profesional. Algunas de ellas expresaron sentimientos de “culpa” por tener que separarse de sus hijos pequeños, pero se sintieron aliviadas cuando pudieron confiarle el cuidado de sus hijos a parientes o a personas “de su confianza”.

En relación con los patrones de educación de los hijos, algunas entrevistadas informaron que el manejo simultáneo y satisfactorio de la familia y del trabajo ha traído como consecuencia ciertas modificaciones en la crianza de los niños, ya que se les ha inducido a asumir una responsabilidad mayor que la habitual.

¹⁴ El número de mujeres dedicadas exclusivamente al ejercicio de la medicina privada (29%) es mayor que el total de médicos encuestados en el estudio reciente sobre recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia (14%). Parece que las médicas tienen una tendencia mayor hacia la práctica exclusiva de la medicina privada. Sin embargo, se necesitan estudios de comparación entre los patrones de ejercicio de médicos y de médicas. (Véase *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia*, pág. 41.)

¹⁵ Véase un comentario sobre la influencia de la separación entre el lugar del trabajo y el hogar, como factor determinante de la decisión de una mujer casada de aceptar empleo remunerado, en Myrdal y Klein, *op. cit.*, págs. 46-47.

En estudios más extensos hechos por la autora, se puede observar que entre mujeres de otras profesiones, como leyes y arquitectura, hay una tendencia menor a la práctica de tiempo completo que entre las mujeres en las profesiones de la salud.

En las siguientes transcripciones se puede apreciar la importancia que se da al "compañerismo" en la relación conyugal, a la organización del hogar y a la escogencia de una especialización.

La odontología es una linda carrera, compatible con las responsabilidades del matrimonio. Tengo mi oficina en la casa, trabajo por las tardes y en las mañanas me dedico a mi hogar. Tuve mis tres niños seguidos, en los primeros años de mi matrimonio, de manera que fue la época en que tuve más interrupciones en mi práctica profesional. Ahora esto está controlado, y la única interrupción reciente fue una de dos meses, cuando quedé sin servicio doméstico.

Cuando los niños comenzaron a asistir al colegio, mi esposo quiso que yo pasara más tiempo con ellos ayudándoles con sus tareas por las tardes, y al fin llegamos a un acuerdo: dedico las tardes a mi clientela que se compone casi toda de niños. Después de todo, estudié dentistería para practicarla y no para desperdiciarla. . . Mi esposo ha sido comprensivo. . .

Uno de mis hijos posiblemente estudiará odontología; les gusta jugar en mi oficina. El otro día, uno de ellos casi le rompe la mandíbula a su hermano pretendiendo que le extraía una muela. (*Dentista, casada, con trabajo de tiempo parcial*)

Conocí a mi esposo cuando estudiábamos en la Facultad de Medicina. El quería que nos casáramos cuando todavía estábamos estudiando, pero yo no quise porque no hubiera sido práctico estudiar y al mismo tiempo tener la responsabilidad de los hijos; así fue que nos casamos después de terminar mis estudios.

He trabajado a tiempo completo desde que nos casamos. No he tomado ausencias de maternidad. Para poder combinar la práctica profesional y las responsabilidades del matrimonio uno tiene que comenzar por reconocer las "limitaciones" y ajustarse a ellas. Hay que planear más cuidadosamente. Por ejemplo, hemos planeado nuestra familia. Trabajo a tiempo completo, pero paso ciertas horas en casa estudiando los casos y haciendo trabajos que no exigen mi presencia en el consultorio. (*Médica, casada, con trabajo de tiempo completo*)

Las pocas mujeres que no habían trabajado desde que se casaron explicaron que esta decisión era el resultado de un acuerdo con el esposo para poder dedicarse completamente al hogar y a la familia. El tamaño de la familia en estos casos no parecía estar relacionado con esta decisión. Sin embargo, se notaba en ellas una fuerte tendencia a abstenerse de trabajar cuando no contaban con la aprobación del esposo.

MOTIVOS PARA TRABAJAR

Al analizar las razones que tienen las mujeres casadas para buscar trabajo, en ciertos países de Europa y en los Estados Unidos, Myrdal y

Klein encontraron que los mayores incentivos son los de orden económico y psicológico. Algunas lo hacen por necesidad económica para aumentar el ingreso familiar y otras, por satisfacción psicológica o por el deseo de utilizar el adiestramiento recibido. Otros investigadores señalan la existencia de otros factores que también influyen en la decisión de las mujeres a trabajar después del matrimonio. Aunque pueden tener una razón especial para hacerlo, hay consideraciones generales que pesan sobre ella.¹⁶

Las mujeres casadas aquí estudiadas discutieron con sus esposos durante el período inicial del matrimonio, o aun antes de casarse, las circunstancias y los problemas relacionados con el manejo conjunto del trabajo y de la familia. Rara vez separaron por completo el motivo económico de otras razones, como el deseo de un trabajo más variado que el manejo del hogar. Como ya se ha dicho, las entrevistadas, en general, tenían un alto interés profesional en continuar utilizando la formación adquirida y la especialidad escogida. Hubo unos pocos casos en que problemas conyugales obligaron a la mujer a sostener el hogar. En algunos otros, los ingresos de la mujer ayudaron en gran medida a establecer el hogar, especialmente en los primeros años del matrimonio. Aun en aquellos casos en que el esposo estimó que la mujer podía disponer de sus ingresos, éstos frecuentemente se utilizaron en la adquisición de una nueva casa o la educación de los hijos. Otras entrevistadas los utilizaron en el sostenimiento de sus padres.

En resumen, los datos obtenidos indicaron que el problema del manejo conjunto de la familia y del trabajo dependía de cierto número de variables. Entre las mujeres que pudieron escoger una carrera universitaria, sus familias insistieron en la selección de carreras que no sólo les ofrecieran adecuada retribución personal y económica sino que también fueran compatibles con su futuro papel de esposas.

En relación con la estructura de la práctica profesional, las médicas estuvieron muy conscientes de que la especialización funcional les facilitaba el manejo simultáneo del trabajo y de la familia.¹⁷ Las dentistas indicaron que la naturaleza de su práctica profesional les otorgaba igual facilidad.

Es interesante observar que el aliciente de las mujeres por sus respectivas profesiones las condujo a seleccionar cónyuges con inclinaciones

¹⁶ Véase Myrdal, y Klein, *op. cit.*, págs. 79-89.

¹⁷ Myrdal y Klein señalan que la especialización, en relación con el sexo, en las profesiones, es común en varios países. Esta división del trabajo parece estar relacionada con condiciones locales en la fuerza del trabajo y con los patrones culturales, más que con diferencias psicológicas de los sexos. (*op. cit.*, págs. 75-76).

profesionales afines, que apoyaran su intención de continuar la práctica profesional después del matrimonio. Habiendo establecido una relación conyugal de "compañerismo", las entrevistadas se sintieron capaces de adaptar su hogar y el cuidado de sus hijos a sus programas de trabajo. Se notó que los parientes y las criadas tenían una función importante como madres sustitutas. Es posible que este problema adquiriera dimensiones diferentes cuando en la sociedad urbana colombiana ocurran cambios en la estructura de las ocupaciones y de las familias que dificulten obtener la ayuda de parientes o de criadas. Este es un punto de consideración porque casi todas las mujeres casadas entrevistadas manifestaron la imposibilidad de ejercer su profesión sin esta ayuda.

AFILIACION EN ASOCIACIONES VOLUNTARIAS

"¿Ha notado Ud. si las mujeres abogadas y dentistas tienen una tendencia mayor que las médicas a pertenecer a asociaciones?", preguntó una médica en una de las entrevistas, y continuó así con sus comentarios:

No sé por qué muchos de nuestros esfuerzos por formar asociaciones no tienen éxito. Tal vez esto se deba a que la mayoría de las asociaciones no tienen orientación científica. Además, hay otros problemas: pertenezco a dos sociedades profesionales que se separaron de una organización matriz por disputas de los dirigentes. Prefiero mantenerme en paz con mis colegas.

¿Sabe Ud. por qué no pertenezco a asociaciones no profesionales? Encuentro difícil incorporarme a grupos de mujeres con las cuales no tengo mucho en común; dispongo de poco tiempo para estas relaciones.

Como en Colombia existe hoy día una aparente confianza en el establecimiento y en el uso de las asociaciones para diversas funciones de orden social, se examinaron opiniones como la que se acaba de transcribir, sobre la afiliación y la participación en asociaciones voluntarias.¹⁸ Se consideró que estos datos pueden contribuir también a comprender las imágenes que las entrevistadas tienen sobre sus relaciones con la sociedad.

El 77% de las entrevistadas formaban parte de sociedades o de sindi-

¹⁸ En sus comienzos la asociación voluntaria la forma "un grupo pequeño de personas con intereses o propósitos comunes que se reúnen y trabajan juntas con el objeto de satisfacer esos intereses o lograr tales propósitos". Con frecuencia su acción requiere el servicio de otras personas con intereses similares, de manera que estas asociaciones llegan a ser muy grandes y se extienden a todo el país. (Rose, Arnold M.: *Theory and Method in the Social Sciences*. The University of Minnesota Press, Minneapolis, Estados Unidos, 1957, pág. 52.)

catos profesionales. De éstas, 36% sólo pertenecían a asociaciones profesionales y 40% formaban parte tanto de asociaciones profesionales como de otras organizaciones voluntarias, como grupos de ex-alumnas, clubes sociales o grupos religiosos o cívicos. El 13% del total sólo pertenecía a asociaciones cívicas y el 11% no pertenecía a ninguna asociación. No hubo diferencias notorias en los patrones de afiliación de las personas solteras o casadas; el tiempo dedicado al trabajo tampoco influyó en esta afiliación.

La vinculación en las sociedades profesionales estaba motivada, más que todo, por el interés en mantener contactos profesionales. La participación realmente se limita al pago de cuotas, a tomar parte en programas educativos y a la discusión de asuntos directamente relacionados con la defensa de intereses profesionales. Las profesionales que han ocupado cargos directivos generalmente lo han hecho en las sociedades que representan su campo especializado dentro de la profesión (v.g., ginecología, ortodoncia).

Al comentar sus puntos de vista sobre la afiliación en asociaciones no profesionales, como grupos cívicos, las entrevistadas expusieron las razones que les impedían adherirse a estos grupos. Tanto las casadas como las solteras manifestaron que les quedaba poco tiempo para participar en actividades diferentes del hogar y del trabajo. Además, estos comentarios generalmente iban acompañados de referencias a su deseo de "independencia" o a declaraciones sobre la incompatibilidad de sus intereses con los de las mujeres de tipo "voluntario".¹⁹ También se creía que el supuesto fracaso de las actividades corporativas estaba relacionado con la naturaleza "individualista" de sus compatriotas.

Francamente, no queda tiempo con las obligaciones profesionales que uno tiene, con los niños y con los problemas del servicio doméstico. (*Dentista, casada*)

Yo pertenezco solamente al Colegio de Químicos Farmacéuticos. Con mi nuevo trabajo no tengo tiempo para otras actividades, hasta he tenido que suspender las visitas a casa de mis amigas. Los ratos libres los paso con mi novio. No pertenezco a otros grupos porque no quiero comprometerme si no puedo participar activamente en ellos y no quiero quedar mal. (*Farmacéutica, soltera*)

Todos los médicos hacen trabajo voluntario en sus consultorios ya que no les cobran a muchos de sus pacientes. Una vez presté mis servicios al

¹⁹ Según Sills, un voluntario es una persona "que trabaja en asociaciones voluntarias sin recibir remuneración financiera por su servicio" (Sills, David: *The Volunteers*. The Free Press, New York, 1957, págs. 21-27).

centro de salud de una parroquia, pero dejé de hacerlo porque creo que las necesidades de la población colombiana en materia de salud no pueden ser atendidas en forma fragmentaria: se necesita que haya una mayor responsabilidad pública en el campo de la medicina preventiva. (*Médica, casada*)

En realidad, se debe examinar más cuidadosamente lo referente a las limitaciones de tiempo o a los rasgos caracterológicos. La estructura cultural y social del ambiente en donde las entrevistadas vivían ofreció las perspectivas buscadas. Fuera de las actividades relacionadas con la familia y el trabajo, las entrevistadas tendían a participar en actividades de grupo con otros parientes y con amigos cercanos. Las mujeres casadas continuaban manteniendo vínculos estrechos con otros miembros de su familia. Pasaban los fines de semana y las vacaciones, lo más a menudo, con parientes o amigos cercanos. Estos patrones señalaron la continua importancia que para las entrevistadas tenían las relaciones del grupo primario. El trabajo les abrió un mundo nuevo y visualizaron toda una serie de relaciones y de sociedades profesionales sólo desde el punto de vista de sus intereses profesionales. Cuando formaban parte de otros grupos formales, lo hacían teniendo en cuenta los intereses de la familia. Las condiciones urbanas en donde estas mujeres vivían no las atraía mayormente a participar en asociaciones voluntarias que no estaban orientadas hacia la familia o al ejercicio de su profesión.

Las referencias al deseo de "independencia" o la crítica a la mujer de tipo "voluntario" son tal vez sintomáticas de la posición de transición cultural en que estas mujeres se encuentran. Al no encontrar modelos culturales con los cuales compartir sus ideas, parece que las entrevistadas tendieran a separarse de la sociedad mediante la "independencia" o la falta de participación en actividades con mujeres cuyos valores son considerados incompatibles con sus actuales preocupaciones. No debe sorprender que sus deberes actuales les impidan una participación mayor. Sin embargo, la expresión de actitudes que parecen estar relacionadas con sus patrones de no afiliación, nos ofrece perspectivas para un análisis ulterior más detallado sobre la nueva identidad cultural con la cual parecen estar comprometidas las entrevistadas.

CONCLUSIONES

En los comentarios que preceden se analizan unas cuantas variables relacionadas con un grupo de mujeres, las primeras que se graduaron en profesiones de la salud en las universidades colombianas. La cre-

ciente participación de las mujeres latinoamericanas en la educación superior indica la necesidad de determinar, de acuerdo con la realidad, qué significado tiene, tanto para las mujeres mismas, como para el mercado de trabajo, su participación en las actividades profesionales.

Los datos obtenidos parecen indicar que en todo análisis de los patrones de empleo de la mujer, antes que hacer generalizaciones basadas en los patrones de trabajo de mujeres seleccionadas, se debe investigar qué variables tienen importancia, con el objeto de contribuir al cuerpo de conocimientos necesarios. La recolección sistemática de información biográfica, con grupos semejantes de hombres como control, podrá proporcionar bases para la predicción de los modelos de carrera tanto de hombres como de mujeres.

La autora espera que el interés demostrado por médicas, dentistas y farmacéuticas, por la investigación en los problemas de sus profesiones, vaya parejo con una continua preocupación por este tema por parte de los científicos sociales. La recolección de información básica sobre los rasgos sociales y culturales que han influido en las vidas de hombres y de mujeres profesionales en varios países y regiones del mundo, podrá constituir una rica fuente de información, tanto para el análisis comparativo de los patrones de trabajo y de vida familiar, como para el planeamiento de la educación y de la práctica profesional sobre bases sólidas y más de acuerdo con la realidad contemporánea.

RESUMEN

Este estudio sobre las primeras mujeres graduadas en Colombia en medicina, odontología y farmacia, describe la incorporación de valores tradicionales y nuevos en la posición de la mujer profesional, tanto en su trabajo como en su función de esposa y de madre.

La autora adelantó esta investigación en Colombia en 1965, y reunió información sobre 56 profesionales, las cuales constituían aproximadamente el 21% de las mujeres dentistas, el 56% de las médicas y el 33% de las farmacéuticas graduadas antes de 1955. El material fue recolectado en entrevistas semiestructuradas con el uso de una guía de entrevista y con participación de la autora en las actividades profesionales y sociales de las entrevistadas.

Se obtuvo información en cuatro áreas generales: a) identificación general y antecedentes; b) factores que influyen en la decisión de seguir estudios universitarios; c) patrones de manejo del hogar y de la actividad profesional; d) opiniones sobre problemas contemporáneos específicos.

El análisis de los antecedentes mostró que la cuarta parte de los padres de las entrevistadas habían tenido una carrera profesional o de enseñanza, y que casi todos los hermanos y hermanas de las mujeres estudiadas habían seguido carreras profesionales o estudios técnicos especializados. Los padres habían, por lo general, planeado la educación de sus hijos mudándose a lugares con centros educativos o enviando a sus hijos a internados. La mayor parte de las entrevistadas habían terminado "bachillerato" en escuelas públicas, lo que evidencia la contribución de estas instituciones a la introducción de nuevos valores en la educación y el trabajo de la mujer.

La selección de las carreras de odontología y de farmacia representó un "término medio" sobre otras selecciones consideradas como menos prácticas, como la medicina o la bacteriología. En cambio, las mujeres que estudiaron medicina siguieron este objetivo vocacional, con poco deseo o voluntad de cambiar su elección.

La mayor parte de las mujeres se habían casado con profesionales, y el término medio de la familia en el momento del estudio era de 3,0 hijos. Se estimó que la relación de "compañerismo" en la cual los esposos comparten actividades y decisiones en un grado mayor que en la generación de sus padres, había facilitado la participación de la mujer en la práctica profesional.

La mayor parte de las médicas y de las dentistas habían continuado ejerciendo la profesión después de casarse. Las médicas continuaban en trabajo de tiempo completo con pequeñas interrupciones por el nacimiento de sus niños, mientras que las dentistas tendían a practicar en régimen de tiempo parcial, en especial durante los años en que sus niños estaban pequeños. Las farmacéuticas tendían a retirarse completamente de la práctica cuando sus niños estaban pequeños, pero volvían al trabajo después de que este período había pasado. Parecería que estas diferencias en los patrones de actividad profesional estuvieran asociadas tanto con la motivación hacia la práctica como con la localización del sitio de trabajo.

Los patrones de manejo del hogar mostraron que sin la ayuda de parientes o de "criadas de confianza" la mayor parte de las entrevistadas casadas habrían encontrado difícil emprender una actividad profesional. En algunos casos habían introducido ciertos cambios en las prácticas de crianza de los hijos, como adiestrarlos para una mayor responsabilidad e independencia, lo cual, al parecer, había facilitado el manejo de la casa y del trabajo.

Tres cuartas partes de todas las entrevistadas pertenecían a asocia-

ciones profesionales o sindicatos, y en una proporción menor eran miembros de otras asociaciones voluntarias, como grupos de ex-alumnas o clubes sociales. Consideraban las sociedades profesionales como parte de sus intereses ocupacionales. Las entrevistadas continúan dando una importancia primaria a sus nexos con la familia y con los amigos inmediatos; su condición urbana no las lleva a una participación mayor en asociaciones voluntarias que no estén orientadas hacia su trabajo o hacia su familia.

En vista de la tendencia de la mayor parte de estas mujeres profesionales a diferenciarse de las mujeres de "elite" tradicional que podrían haber servido de modelos culturales en el proceso del cambio, el grupo estudiado en este trabajo parece representar una generación "transicional" entre las mujeres de los medios urbanos en Colombia.

PATTERNS OF PROFESSIONAL
PRACTICE AMONG WOMEN

(Summary)

This report on the social and cultural patterns of the first women dentists, pharmacists, and physicians of Colombia was part of a larger study undertaken among the first women to graduate from Colombian universities. It describes the implementation of traditional and new values in the positions of the professional women, both in work roles, and as wives and mothers.

Research was conducted by the author in Colombia, in 1965. Data were collected from fifty-six graduates in dentistry, medicine, and pharmacy, who completed their studies before 1955. The selected professionals represent approximately 21 per cent of the women dentists, 56 per cent of the women physicians, and 33 per cent of the women pharmacists who finished studies in the designated time period. Material was collected in semistructured interviews, through the use of an interview guide, and through participation in professional and social activities with the selected respondents. Information was sought in four general areas: a) general identification and background data; b) factors influencing the decision to enter university life; c) patterns of home management and professional activity; d) opinions on specific contemporary problems.

Analysis of background characteristics revealed that one fourth of the fathers of all respondents had followed professional or teaching careers, while almost all of the brothers and sisters of the women in the study chose professional careers or specialized technical studies.

Parents tended to plan actively for the education for their children from the early years of marriage by moving toward educational centers, or sending the children to boarding schools. The fact that a greater proportion of respondents finished "bachillerato" in public schools gives evidence of the contribution of this type of institution in the introduction of new values on feminine education and work.

The specific selection of dentistry or pharmacy as a career represented a "compromise" over other choices perceived as less practical, such as medicine or bacteriology. In contrast, the women who entered medicine followed this vocational pursuit, with little desire or willingness to shift in career choices.

Most women have married professional men, and the median family size at the time of the study was 3.0 children. The development of a "compañerismo" (companionship) relationship in which husband and wife feel that they share in activities and decisions jointly to a greater extent than was the case in the parental generation was judged to have facilitated the woman's participation in professional activity.

With regard to the pattern of professional practice followed by married respondents, it was noted that most physicians and dentists continue practice after marriage. Physicians continue in full time practice, with short interruptions for the birth of children, while dentists tend to practice part time, particularly during the period when children are small. Pharmacists tend to retire completely from practice while children are small, and they return to work after this period in the life cycle. It appears as if these contrasts in patterns of professional activity are associated both with the motivation to practice, and with the location of the workplace.

Analysis of the patterns of home management showed that without the help of relatives or "trusted maids," most married respondents would have found it difficult to undertake professional activity. In some cases, women have introduced changes in child rearing practices such as training for greater responsibility and independence, which have been felt to facilitate the management of home and work.

Three fourths of all respondents belonged to their professional associations or syndicates, while fewer women were members of other voluntary associations such as alumnae groups or social clubs. It might be noted that professional societies are seen as adjuncts to occupational interests. Respondents continue to place primary importance on ties with the family and immediate friends; for these women, the urban condition does not call for a greater participation in voluntary associations which are not work or family oriented.

In view of the tendency by most of these professional women to differentiate themselves from the traditional elite women who might have acted as cultural models in the process of change, the sample in this study appears to represent a "transitional" generation among urban women in Colombia.

PADRÕES DE PRÁTICA PROFISSIONAL ENTRE MULHERES

(Resumo)

Êste estudo sôbre as primeiras mulheres formadas na Colômbia em Medicina, Odontologia e Farmácia descreve a incorporação de valores tradicionais e novos na situação da mulher portadora de diploma universitário, tanto no trabalho como em sua função de espôsa e mãe.

A autora realizou êste inquérito na Colômbia em 1965 e reuniu informações sôbre 56 mulheres formadas, sendo, aproximadamente, 21 por cento em Odontologia, 56 por cento em Medicina e 33 por cento em Farmácia, antes de 1955. O material foi colhido mediante entrevistas semi-estruturadas com o uso de um guia de entrevista e com a participação da autora nas atividades profissionais e sociais das entrevistadas.

Foram colhidas informações em quatro áreas gerais: a) identificação geral e antecedentes; b) fatôres que influem na decisão de fazer o curso universitário; c) padrões de administração do lar e da atividade profissional; d) opiniões sôbre problemas contemporâneos específicos.

A análise dos antecedentes mostrou que, em 25% dos casos, os pais das entrevistadas tinham curso superior ou de magistério e que quase todos os irmãos e irmãs das mulheres compreendidas no estudo tinham seguido carreiras liberais ou feito estudos técnicos especializados. Os pais tinham, em geral, planejado a educação dos filhos, mudando-se para cidades dotadas de centros educacionais ou enviando seus filhos a internatos. A maior parte das entrevistadas terminara o curso secundário em escolas públicas, o que demonstra a contribuição dessas instituições para a introdução de novos valores na educação e no trabalho da mulher.

A escolha das carreiras de Odontologia e de Farmácia representou uma solução intermediária entre a preferência por Medicina ou Bacteriologia e considerações de ordem prática. Em compensação, as mulheres que estudaram Medicina fizeram-no por vocação e decisão de não ceder a outras razões.

A maioria das mulheres consultadas casara-se com homens formados e o tamanho médio das famílias representadas, no momento do estudo, era de três filhos. Foi considerado que a relação de "companheirismo", na qual os esposos compartilham atividades e decisões em maior grau que na geração de seus pais, facilitava à mulher o exercício da prática profissional.

A maioria das médicas e das dentistas continuara exercendo a profissão após o casamento. As médicas continuaram trabalhando em regime de tempo integral, com pequenas interrupções pelo nascimento dos filhos, enquanto os dentistas adotaram, via de regra, o regime de tempo parcial, sobretudo quando tinham filhos pequenos. As farmacêuticas, em geral, afastavam-se completamente da profissão durante a primeira infância de seus filhos, mas voltavam a trabalhar mais tarde. Essas diferenças dos padrões de

atividade profissional estavam talvez associadas tanto à motivação que as levavam ao exercício da profissão quanto à distância do local de trabalho.

Os padrões de administração do lar mostraram que, sem a ajuda de parentes ou de “empregadas de confiança”, a maioria das entrevistadas casadas teria encontrado dificuldade em exercer sua profissão. Em alguns casos, foram feitas modificações no sistema de criação dos filhos, tais como prepará-los para assumir maior responsabilidade e vida mais independente, o que, segundo parece, facilitou a administração da casa e o trabalho.

Três quartas partes das entrevistadas pertenciam a associações profissionais ou sindicatos e uma proporção menor eram membros de outras associações voluntárias, como grupos de ex-alunas ou clubes sociais. Consideravam as associações de classe como parte de seus interesses profissionais. As entrevistadas continuavam dando importância primordial a seus laços com a família e com os amigos mais chegados; sua condição social não as levava a uma participação maior em associações voluntárias que não estivessem orientadas para seu trabalho ou para sua família.

Em vista da tendência observada na maioria dessas mulheres formadas para se diferenciarem das mulheres de “elite” tradicionais que poderiam ter servido de modelo cultural no processo de evolução, o grupo estudado neste trabalho parece representar uma geração “de transição” entre as mulheres dos meios urbanos da Colômbia.

ASPECTS DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE CHEZ LA FEMME

(Résumé)

La présente étude sur les premières femmes diplômées en Colombie en médecine, en odontologie et en pharmacie décrit l'intégration des valeurs traditionnelles et nouvelles à la situation de la femme qui exerce une profession libérale, tant du point de vue de son travail que du point de vue de sa fonction d'épouse et de mère.

L'auteur a entrepris cette enquête en Colombie, en 1965, et a rassemblé des renseignements sur 56 femmes de carrière dont 21% environ de dentistes, 56% de médecins et 30% de pharmaciennes, toutes diplômées avant 1955. Le matériel a été recueilli au cours d'interviews semi-planifiées selon une certaine méthode et avec la participation de l'auteur aux activités professionnelles et sociales des femmes interviewées.

Des renseignements ont été obtenus dans quatre domaines généraux: a) identification générale et antécédents; b) facteurs qui influent sur la décision de faire des études universitaires; c) manière d'organiser le foyer et l'activité professionnelle; d) opinions sur des problèmes actuels déterminés.

L'examen détaillé des antécédents a indiqué que le quart des parents des femmes interviewées ont exercé une profession libérale ou ont été dans l'enseignement, et que presque tous les frères et soeurs des femmes ayant fait l'objet de l'enquête avaient exercé des carrières libérales ou fait des études techniques spécialisées. D'une manière générale, les parents avaient dressé des plans pour l'éducation de leurs enfants en déménageant dans des endroits où se trouvaient des centres d'enseignement ou en envoyant leurs enfants dans des internats. La majeure partie des femmes interviewées avaient passé leur baccalauréat dans des écoles publiques, ce qui montre nettement la contribution apportée par ces établissements à l'adoption de nouvelles valeurs dans l'éducation et dans les activités de la femme.

Le choix des carrières de dentistes et de pharmaciennes constitue un "compromis" en ce qui concerne d'autres choix considérés comme moins pratiques, tels que la médecine et la bactériologie. Par contre, les femmes qui ont étudié la médecine suivaient cette vocation en manifestant peu de désir ou de volonté de modifier leur choix.

La majeure partie des femmes s'étaient mariées avec des personnes de profession libérale et, au moment de l'étude, leur famille comptait en moyenne 3 enfants. L'auteur estime que l'esprit de camaraderie avec lequel les époux partagent leurs activités et leurs décisions à un plus haut degré que la génération de leurs parents a facilité la participation de la femme aux carrières libérales.

La majeure partie des femmes médecins et des femmes dentistes ont continué à exercer leur profession après leur mariage. Les femmes médecins continuaient à travailler à temps complet avec de légères interruptions à l'occasion de la naissance de leurs enfants, alors que les femmes dentistes avaient tendance à exercer à temps partiel, en particulier pendant les années où leurs enfants étaient petits. Les pharmaciennes avaient tendance à abandonner complètement la pratique quand leurs enfants étaient petits mais retournaient à leur travail plus tard. Il semble que ces différences dans les types d'activité professionnelle étaient liées tant à la motivation concernant la pratique qu'à l'emplacement du lieu de travail.

En ce qui concerne l'organisation de leur foyer, la plupart des femmes mariées interviewées ont estimé qu'il est difficile d'entreprendre une activité professionnelle sans l'aide de parents ou de "domestiques de confiance". Dans plusieurs cas, certains changements ont été introduits dans la façon d'élever les enfants, comme par exemple de les former en vue d'une plus grande responsabilité et indépendance, ce qui semble avoir facilité l'organisation du foyer et du travail.

Les trois quarts de toutes les femmes interviewées appartenaient à des associations professionnelles ou à des syndicats et étaient, dans une proportion moindre, membres d'autres associations bénévoles en tant que groupes d'anciens élèves ou clubs sociaux. Elles considéraient les sociétés profession-

nelles comme faisant partie de leurs intérêts professionnels. Les femmes interviewées continuaient à accorder une importance primordiale à leurs liens avec la famille et avec les amis immédiats; leur condition urbaine ne les poussent pas à une participation importante aux associations bénévoles qui ne sont pas orientées vers leur travail ou leur famille.

Etant donné la tendance de la majeure partie de ces femmes de carrière à se différencier des femmes de l'élite traditionnelle qui auraient pu avoir servi de modèles culturels dans le processus du changement, le groupe étudié semble représenter une génération de "transition" parmi les femmes des milieux urbains de la Colombie.

LUIS MANUEL MANZANILLA

La decisión de estudiar medicina

Es conveniente estudiar los factores de orden vocacional para determinar su relación con las aptitudes que exige el estudio de la medicina.

EL TEMA de la selección de una carrera tiene gran interés para educadores y sociólogos y su análisis es de fundamental importancia en la planificación de un sistema educacional.

En el campo particular de las escuelas médicas, son bien conocidos los muchos problemas que se confrontan por la desproporción existente entre el número de aspirantes y el de plazas disponibles (4:1 a 5:1 en la Universidad Central de Venezuela). Se suscitan polémicas entre los partidarios de limitar el ingreso y los contrarios a esta idea; se presentan argumentos de todo tipo y no parece fácil llegar a un acuerdo entre unos y otros.

Este problema lleva de inmediato al estudio de la vocación y a distinguirla de la aptitud que se necesita para dedicarse a una profesión u oficio. La mayoría de los psicólogos definen la vocación como la tendencia o inclinación subjetiva a hacer algo; es una íntima convicción que dimana del propio individuo, revestida de emotividad, no siempre bien razonada y cuyas causas no son aparentes a la esfera consciente. La aptitud, por otra parte, es la disposición, capacidad o habilidad innata o tempranamente adquirida (Adler) de hacer algo; se mide por el rendimiento. Las aptitudes no siempre acompañan a la vocación.

En este orden de ideas cabría preguntar: ¿Condiciona la decisión de estudiar medicina, la vocación o las aptitudes? ¿Es posible lograr

• El Dr. Luis Manuel Manzanilla es Jefe de la Cátedra de Histología y Embriología en la Escuela de Medicina "José Vargas", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

• Trabajo leído ante la Segunda Asamblea de la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina, Mérida (Venezuela), octubre de 1967.

cierta congruencia entre estos dos factores? ¿Hasta qué punto es la vocación una actitud susceptible de ser orientada?

Si pretender encontrar una respuesta cabal a estos interrogantes, el interés por este asunto indujo a estudiar varios aspectos relacionados con la decisión de estudiar medicina; esta investigación se llevó a cabo entre 290 estudiantes que ingresaron a la Escuela de Medicina "José Vargas", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, en los años de 1963, 1964 y 1965. Se utilizó una adaptación del cuestionario usado por Natalie Rogoff * en los trabajos de la Oficina de Investigación Social Aplicada de la Universidad de Columbia, Estados Unidos.

RESULTADOS OBTENIDOS

La edad en que los estudiantes comenzaron a pensar en estudiar medicina, varía en gran medida. Como se observa en el Cuadro No. 1, el 85% de ellos ya lo había pensado antes de los 15 años, pero no hay concentración alguna en los distintos niveles de edad. Esta observación coincide con la de Rogoff.

Se halló que 17 estudiantes eran hijos de médicos; de ellos, el 64% había pensado seguir la carrera médica antes de los 13 años de edad. Se nota, pues, en este pequeño grupo una tendencia a estudiar medicina que aparece a temprana edad. A diferencia de Rogoff, en nuestro cuestionario no se tomó en cuenta la relación entre la profesión de los padres y la edad en que los hijos comenzaron a pensar en la medicina como carrera.

CUADRO NO. 1—*Edad en que el estudiante comenzó a pensar en llegar a ser médico.*

(“¿A qué edad comenzó a pensar en llegar a ser médico?”)

Edad	No. de estudiantes	Porcentaje
Antes de los 10 años	78	27
Entre los 10 y 13	86	30
A los 14 ó 15	83	28
A los 16 ó 17	35	12
Después de los 18	8	3

* Rogoff, Natalie: "The decision to study medicine". En: Merton, R. K.; Reader, G., y Kendall, Patricia L.: *The Student-Physician*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., Estados Unidos, 1957.

CUADRO No. 2—Edad en que el estudiante tomó la decisión definitiva de seguir la carrera médica.

(“¿A qué edad tomó la decisión definitiva de estudiar medicina?”)

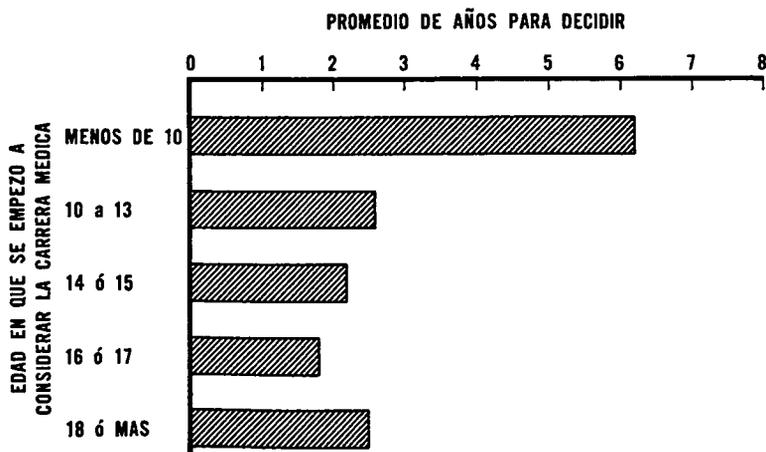
Edad	No. de estudiantes	Porcentaje
Total	289	
Antes de los 14	44	15
A los 14 ó 15	81	28
A los 16 ó 17	118	41
Entre 18 y 20	37	13
Después de los 20	9	3

El 41% de los estudiantes encuestados llegó a una decisión definitiva entre los 16 y 17 años de edad, habiendo comenzado a marcarse entre los 14 y los 15 (Cuadro No. 2).

En la interpretación de estos resultados hay que tener en cuenta que en Venezuela el alumno debe escoger entre las especialidades de “humanidades” y “ciencias” (según las carreras universitarias que piense seguir) antes de empezar la enseñanza secundaria y decidir su profesión cuando todavía está cursando el 5° año de bachillerato.

Al investigar el tiempo transcurrido entre la decisión inicial y la final, se llegó a la misma conclusión que Rogoff: quienes comienzan a pensar más temprano, llegan más tarde a la decisión final (Fig. 1).

FIG. 1—Promedio de años en llegar a la decisión definitiva de estudiar medicina, según la edad en que se empezó a considerar esta carrera, en un grupo de 290 estudiantes.



Es posible que el individuo que recibe más temprano en su vida influencias ambientales que lo vinculan a los médicos o a la medicina sea el que disponga de mayor tiempo para analizar su vocación y para decidir si desea identificarse o no con figuras conocidas y admiradas.

Coincidiendo con Rogoff, los que tomaron tempranamente su decisión definitiva, fueron también los que expresaron no haber tenido dudas sobre su decisión definitiva, mostraron mayor satisfacción con los estudios médicos y fueron también los que menos consideraron la posibilidad de elegir otra carrera.

Algunas de las preguntas del cuestionario se refieren a características de la decisión misma: si se consideraron otras posibilidades de estudio, si hubo dudas y si, posteriormente, el estudiante estuvo o no satisfecho. Se trata de medir, en cierta forma, el grado de firmeza de la vocación y el de la decisión.

El 41%, o sea menos de la mitad de los estudiantes, nunca consideró seriamente otra profesión. De éstos, la determinación más firme fue la exhibida por quienes la tomaron antes de los 14 años de edad. (Cuadro No. 3). Así ocurrió también en la encuesta hecha en la Universidad de Columbia.

El 61% de todos los estudiantes no tuvo duda alguna después de haber tomado su decisión. Si se analiza esta actitud según la edad en que se tomó la decisión definitiva, se halla que los mayores grados de seguridad están en los grupos de decisiones tempranas (Cuadro No. 4); hallazgos éstos similares a los de Rogoff.

Más de las tres cuartas partes de los estudiantes (79,6%) expresaron que la medicina era la carrera que realmente los satisfacía. Esta afirma-

CUADRO No. 3—*Consideración seria de otras carreras, según la edad de decisión definitiva.*

(“Antes de decidirse a estudiar medicina, ¿consideró Ud. seriamente alguna vez otra ocupación o profesión?”)

Edad en que se tomó la decisión	No de estudiantes	Porcentaje de los que no consideraron nunca otra carrera
Menos de 14 años	44	61
A los 14 ó 15	83	41
A los 16 ó 17	116	38
A los 18 ó 20	37	30
Más de 20	9	33

CUADRO No. 4—*Dudas sobre selección de la carrera, según la edad de decisión definitiva.*

(“Después que usted tomó la decisión, ¿tuvo dudas acerca de ella?”)

Edad en que se tomó la decisión	No. de estudiantes	Porcentaje de los que nunca tuvieron dudas
Menos de 14 años	44	84
A los 14 ó 15	82	60
A los 16 ó 17	116	42
De 18 a 20	37	57
Más de 20	9	44

ción se destaca también en el grupo de alumnos que tomó su decisión definitiva antes de los 14 años.

Parece, pues, que la vocación fue más fuerte en los niños y en los jóvenes que se decidieron a una edad más temprana. No resulta fácil decidir qué ocurrió primero: si una vocación propia o la influencia u ocurrencia de factores ambientales.

Como se ve en el Cuadro No. 5, los estudiantes, en general, niegan la importancia que varios factores externos tuvieron en su decisión, salvo un grupo que reconoce la influencia del padre, de la madre y, muy especialmente, la de médicos y estudiantes de medicina conocidos. Esta situación podría explicarse como obediencia o identificación en los primeros (padre y madre), y como emulación en los últimos.

Por otro lado, al averiguar el estímulo recibido después de haber tomado la decisión, se observó el franco apoyo de los padres, lo que indica, por una parte, el respeto a la decisión tomada por los hijos (en la creencia de que la vocación o inclinación es lo fundamental para decidir una carrera) y, por la otra, el aprecio tan generalizado que se tiene por la medicina.

Aproximadamente el 30% de los estudiantes concedió importancia a libros (v.g., biografías de médicos), revistas médicas, películas (entre las que se destacan algunas de la televisión) y otras publicaciones, como factor de influencia en la decisión; 107 no le dieron a este aspecto importancia alguna, y 40 no respondieron. En todo caso, la variedad y abundancia del material divulgativo que se menciona en la encuesta demuestra, una vez más, que la medicina ha sido objeto de alabanza y glorificación en sus aspectos humanos y científicos, para lo cual se han utilizado casi todos los géneros literarios y artísticos. Ninguna otra

CUADRO NO. 5—Porcentaje de respuesta de 290 estudiantes a la pregunta: "¿Qué importancia tuvo en su decisión cada uno de los factores siguientes? Respóndalos todos".

	Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante	No respondieron
Madre	16,5	24,1	21,7	35,8	1,7
Padre	21,3	22,0	18,2	33,4	4,8
Otros parientes	6,2	10,3	26,2	51,0	6,2
Amigos que no están relacionados con medicina	0,6	7,9	16,5	69,6	5,1
Médicos que conoce personalmente	14,8	28,6	20,3	31,3	4,8
Médicos sobre los que ha oído o leído	16,2	27,2	26,5	24,8	5,1
Estudiantes de medicina que conoce	10,3	26,5	22,0	38,9	2,0
Profesores	7,5	21,7	21,7	43,6	5,5
Libros, películas, obras teatrales	11,7	19,3	18,2	36,8	13,7

profesión recibe, al menos en nuestro medio, tanta divulgación y propaganda.

A fin de conocer la influencia que pudieran haber tenido ciertas informaciones de índole médica y universitaria sobre la actitud estudiantil en la selección de carrera, se plantearon ciertas preguntas cuyos resultados se registran en el Cuadro No. 6. Allí aparece que 52% de los estudiantes recibieron información sobre lo que es la escuela de medicina de los mismos estudiantes y un 39% de profesores de medicina.

El 58% de los estudiantes consideró que los estudios de medicina son tan difíciles como los de ingeniería; el 59%, que son menos difíciles que los de derecho (leyes), y el 53%, menos que los de psicología.

Al pedírseles que compararan los estudios del primer año de medicina con los cursos de bachillerato (enseñanza secundaria), 93% expusieron que tendrían que dedicar más tiempo al estudio. En cuanto a los factores que podrían ayudarlos para obtener el mayor provecho, destacaron la habilidad para aprender de memoria, el apren-

CUADRO No. 6—Porcentaje de respuesta de 290 estudiantes a la pregunta: "De los factores siguientes, señale la importancia relativa de cada uno en darle a usted una idea de lo que es la escuela de medicina".

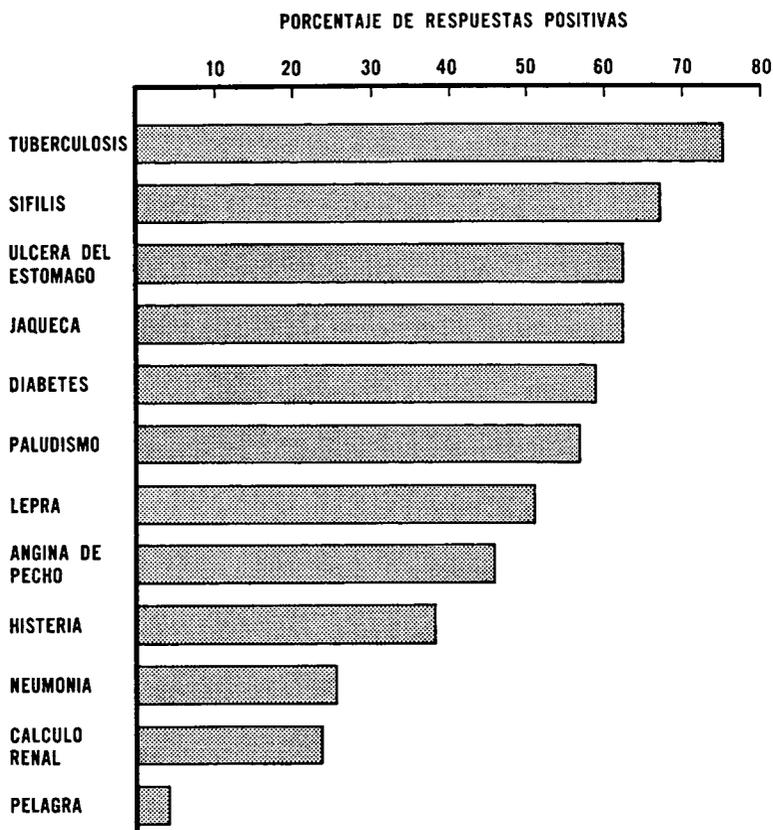
	Muy importante	Bastante importante	Poco importante	Nada importante	No respondieron
Publicaciones	18,6	25,1	18,2	23,7	14,1
Estudiantes de esta escuela	51,7	35,8	5,5	2,7	4,1
Estudiantes de otras escuelas de medicina	14,1	23,4	31,0	23,4	7,9
Parientes médicos	20,3	20,6	15,8	26,5	16,5
Médicos de la familia	15,1	18,2	18,2	29,3	18,9
Médicos amigos	29,6	31,3	15,5	14,4	8,9
Profesores de medicina	38,3	18,2	10,3	20,0	12,4
Profesores de enseñanza secundaria	13,4	17,2	27,5	30,0	11,7
Libros, películas, obras (¿cuáles?)	3,1	6,8	10,6	44,1	34,4

der gran número de datos médicos y la aptitud para la investigación. Manifestaron que habían extraído esta información (deformada, sin duda) principalmente de sus estudios de bachillerato y de lecturas extracurriculares.

El 78% de los estudiantes expresó el deseo de entrar en contacto con pacientes en los primeros tres años de la carrera: 33% en el primer año, 17% en el segundo y 28% en el tercero. Al interrogárseles en qué momento esperaban o deseaban empezar a sentirse médicos, se dividieron en tres grupos: los que indicaron el primer año, los que dijeron que en los últimos años y los que confesaron no haber pensado en el asunto. Cabe suponer que estas diferencias se deben al grado de información que tenían sobre los estudios médicos y a las diferencias del impulso vocacional.

Dentro del acopio de la información que los estudiantes de primer año traen a la escuela de medicina, se les preguntó sobre el conocimiento de ciertas enfermedades. Más de la mitad conocía por lo

FIG. 2.—Porcentajes de respuestas positivas de un grupo de 290 estudiantes a la pregunta: “¿Para cuál de las enfermedades enumeradas a continuación podría describir un síntoma importante?”



menos un síntoma de las siguientes: tuberculosis, sífilis, úlcera del estómago, jaqueca, diabetes, paludismo y lepra (Fig. 2).

Por último, una gran mayoría (81,7%) estuvo de acuerdo en que la característica más notable de la profesión médica es la de ser una actividad de servicio a la comunidad. Rechazan todo concepto que involucre la búsqueda de prestigio personal o las razones lucrativas (Cuadro No. 7).

COMENTARIOS

Uno de los aspectos que más llama la atención al analizar los resultados de esta investigación resulta de comparar las características de la

CUADRO NO. 7—Porcentaje de respuesta de 290 estudiantes a la pregunta: "En su concepto, ¿cuál de las frases siguientes describe mejor la profesión médica?"

	Buena descripción	Regular descripción	Mala descripción	No contestaron
Se tiene en alta estimación en la comunidad	19,6	44,4	18,6	17,2
Es un servicio a la comunidad	81,7	11,0	0,6	6,5
Es una profesión segura y lucrativa	6,5	18,2	56,8	18,2
Ayuda directamente a las personas	61,3	28,4	1,3	8,9
La habilidad profesional es reconocida por los colegas	10,6	32,0	40,3	16,8
Requiere un trabajo duro	46,5	33,4	9,3	10,6

vocación (o decisión de estudiar medicina) con la información que sobre los estudios médicos exhiben los candidatos. Evidentemente, contrasta la firmeza de la primera y lo poco que los estudiantes saben, objetiva y directamente, sobre lo que es la escuela de medicina. Al parecer no ha habido ni influencia de la información sobre la decisión final, ni un concepto claro de lo que son los estudios médicos, ni una orientación basada en las aptitudes.

En términos generales, es notable la similitud que existe entre nuestros resultados y los del grupo de trabajo de la Universidad de Columbia, particularmente en lo que se refiere a las circunstancias bajo las cuales se despierta, desarrolla y culmina la decisión de estudiar medicina. Por ello no es aventurado suponer que nos encontramos frente a características universales, y no simplemente a un problema de orden local.

Si se plantea el problema sobre la necesidad de una planificación racional de la enseñanza que contemple la formación de profesionales y técnicos según los requerimientos del desarrollo nacional, y si por otra parte la vocación puede ser canalizada por diferentes medios (informa-

ción, persuasión, desarrollo y estudio de aptitudes), se podrían formular las siguientes recomendaciones:

a) Es deseable que la selección de una carrera esté fundamentada en la posesión de ciertas aptitudes y en las necesidades de personal profesional del país;

b) Todas las escuelas y facultades universitarias (y no sólo las de medicina), así como las instituciones de enseñanza técnica, debieran establecer sistemas adecuados de información y divulgación que faciliten canalizar justa, oportuna y convenientemente las distintas tendencias vocacionales.

RESUMEN

Se informa sobre los resultados de una encuesta hecha entre 290 estudiantes recién admitidos a la Escuela de Medicina "José Vargas", de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, mediante un cuestionario modificado de Rogoff, con el fin de explorar las circunstancias bajo las cuales se despierta, desarrolla y culmina la decisión de estudiar medicina.

Se encontró que la gran mayoría comenzó a considerar esta carrera antes de los 15 años de edad y que cerca de la mitad llegó a una decisión definitiva entre los 16 y los 17. Quienes comenzaron a pensar más temprano tardaron más en llegar a una decisión final, y quienes llegaron a una decisión definitiva más jóvenes mostraron después menos dudas y mayor satisfacción con la carrera seleccionada.

No parece haber sido muy importante la influencia de otras personas, pero una vez tomada la decisión hubo apoyo franco de los padres. La tercera parte del grupo encuestado reconoció haberse dejado influenciar por libros, revistas y películas. La influencia de la escuela de medicina misma o de las personas a ella vinculadas fue pequeña. Los estudiantes mostraron tener muy poca información sobre lo que es la carrera médica.

La gran mayoría de los estudiantes expresó interés en tener un contacto temprano con los pacientes e indicó que la característica más importante de la profesión médica es la de ser una actividad de servicio a la comunidad.

THE DECISION TO STUDY MEDICINE

(Summary)

This article contains the results of a survey of 290 students recently admitted to the "José Vargas" Medical School of the Central University of Venezuela. The survey was based on a modified Rogoff questionnaire, and its purpose was to determine the circumstances which had given rise to strengthen, and eventually lead to the decision of students to study medicine.

It was found that most of the students began to think of becoming physicians before they reached the age of 15 and that about half of them came to a definite decision between the ages of 16 and 17. Those who thought about the profession earlier came to a decision later and those who came to a definite decision early showed fewer doubts and more satisfaction with the profession they had chosen.

The influence of other persons does not appear to have been very important, but once the decision was taken they received full support from their parents. One third of the students covered by the survey acknowledged that their decision was influenced by books, reviews and films. The influence of the medical school itself or persons connected with it played very little part. Students showed very little knowledge about what it meant to be a physician.

Most students expressed an interest in coming into contact with patients at an early date and stated that the most important characteristic of the medical profession was that the physician served his community.

A DECISÃO DE ESTUDAR MEDICINA

(Resumo)

O artigo contém os resultados de um levantamento feito entre 290 estudantes recém-matriculados na Escola de Medicina "José Vargas", da Faculdade de Medicina da Universidade Central de Venezuela, mediante um questionário modificado de Rogoff, com o fim de verificar como nasce, se desenvolve e se concretiza a decisão de estudar medicina.

Ficou demonstrado que a grande maioria começou a pensar nessa carreira antes dos 15 anos de idade e que cerca da metade tomou uma decisão definitiva aos 16 ou 17 anos. Os que tiveram a idéia mais cedo tardaram mais a tomar uma decisão final e os que tomaram uma decisão definitiva mais jovens tiveram depois menos dúvidas e mais satisfação com a carreira escolhida.

Uma vez tomada a decisão, a influência de outras pessoas não parece ter sido muito importante, mas houve sempre decidido apoio por parte dos pais. Uma terceira parte do grupo consultado admitiu ter-se deixado influenciar por livros, revistas e películas. A influência da própria escola de medicina ou de pessoas a ela vinculadas foi pequena. Os estudantes mostraram-se muito mal informados sobre as verdadeiras características da profissão médica.

A grande maioria expressou interesse em ter o quanto antes contacto com pacientes e declarou que a característica mais importante da profissão médica é a de ser uma atividade que presta serviços à coletividade.

LA DÉCISION D'ÉtudIER LA MÉDECINE

(Résumé)

Le document publie les résultats d'une enquête administrative auprès de 290 étudiants récemment admis à l'École de médecine de la Faculté de Médecine de l'Université Central de Venezuela, au moyen d'un questionnaire modifié de Rogoff, en vue d'examiner les circonstances dans lesquelles la décision d'étudier la médecine s'éveille, se développe et est prise définitivement.

Il a été constaté que la majeure partie a commencé à envisager cette carrière avant l'âge de 15 ans et la moitié environ est arrivée à une décision définitive entre 16 et 17 ans. Ceux qui ont commencé à y penser plus tôt sont arrivés plus tard à une décision et ceux qui sont arrivés plus tôt à une décision définitive ont fait preuve de moins de doutes et d'une plus grande satisfaction avec la carrière choisie.

L'influence exercée par d'autres personnes ne semble pas avoir été importante, mais une fois la décision prise, ils ont eu l'appui sans réserve de leurs parents. La troisième partie a reconnu l'influence qu'ont exercée sur leur décision les livres, les revues et les films. L'influence de l'école de médecine même ou des personnes de ce milieu a été peu importante. Ils étaient très peu renseignés sur ce que constitue la carrière médicale.

La grande majorité des étudiants ont manifesté leur désir d'entrer assez tôt en contact avec les malades et ont indiqué la caractéristique la plus importante de la profession médicale est d'être au service de la communauté.

CELIA LUCIA MONTEIRO DE CASTRO

Características de los aspirantes a estudiar medicina en el Brasil

Es necesario efectuar investigaciones sobre las características sociales, económicas y académicas de los estudiantes que ingresan a la carrera médica, con el objeto de poder relacionar estos factores con su futuro rendimiento académico.

EN 1964 las escuelas médicas del Brasil recibieron 21.235 solicitudes de admisión, y sólo ingresaron 4.120 candidatos (1). Esta situación no es particular de aquel año; en realidad, puede considerarse representativa de un problema actual, cuya mejor comprensión requiere de información adicional.

El sistema escolar brasileño comprende una escuela primaria de cuatro (o seis) años, una escuela secundaria diversificada de siete años y una red de instituciones superiores con cursos de 4, 5 ó 6 años, según la carrera que se escoja. El paso de uno a otro nivel se efectúa por medio de exámenes: uno para ingresar a la escuela secundaria (de *admissão*), y otro para empezar la educación superior (*vestibular*). Estos exámenes tienen dos objetivos: uno, verificar si el alumno tiene los conocimientos que requiere el aprendizaje a un nivel más alto (exámenes de habilitación); y el otro, reducir el número de ingresos de acuerdo con la capacidad docente de las escuelas (examen de selección). En esta forma, a medida que aumenta el número de diplomados en las escuelas secundarias, aumenta también el número de aspirantes a los cursos superiores y, toda vez que el desarrollo de la enseñanza universitaria no ha sido paralelo al de las escuelas primaria y secundaria (2), se hace cada vez más difícil y más competitivo el examen de ingreso a las facultades.

• La Dra. Celia Lucia Monteiro de Castro es Jefe de la Sección de Pedagogía Médica de la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas, Río de Janeiro, Brasil.

• Trabajo leído en la V Reunión Anual de la Asociación de Escuelas Médicas, Campos de Jordão, S.P., Brasil, 25 a 29 de agosto de 1967.

El problema es de particular gravedad en las escuelas médicas, debido a que las solicitudes de admisión exceden en mucho a la disponibilidad de cupos. Por ejemplo, en el período de 1954 a 1964, el número de exámenes de admisión aprobados osciló entre 12,4% y 20,9% (1). Aun admitiendo que este elevado índice de reprobación tiene como causa una deficiente preparación de los candidatos (con lo que se responsabilizaría a la escuela secundaria por una enseñanza insuficiente y mal administrada), un gran número de educadores brasileños ha señalado que, más que un problema pedagógico, lo que existe es una limitación de las oportunidades de estudio. Según V. Chagas, "donde éstas existen, aumenta el número de los aprobados; en donde ellas escasean, aumenta el número de los fracasos" (3).

EL PROBLEMA

No importa la causa, la realidad es que un elevado número de candidatos se presenta cada año a los exámenes de admisión de las facultades de medicina; éstas, una vez estudiada su capacidad docente, fijan el número máximo de alumnos que pueden aceptar (*numerus clausus*); entonces, se efectúan los exámenes con el objetivo claramente expresado de seleccionar entre muchos a unos pocos, teóricamente capacitados para seguir los cursos médicos. Esto, naturalmente, obliga a establecer criterios justos y adecuados de selección.

Tradicionalmente, la selección se basa en pruebas de biología, física y química, portugués y uno o dos idiomas extranjeros. Hasta hace algunos años, se efectuaban exámenes escritos y prácticos orales; las críticas a este último tipo de examen, especialmente en lo referente a la dificultad de establecer criterios objetivos de evaluación, determinó su supresión, con lo cual la selección se ha venido a efectuar solamente con pruebas escritas, especialmente con exámenes de selección múltiple. En algunas ciudades en donde hay varias escuelas de medicina, se ha intentado también un examen unificado; todos los candidatos presentan los mismos exámenes y, de aprobarlos, pueden ingresar a la escuela de su preferencia (4).

Este sistema de selección ha sido objeto de diversas críticas; muchos autores creen que se debería dar también importancia a la inteligencia, a la personalidad, a la motivación y a la aptitud (5, 6), y en este sentido ya se han efectuado algunos ensayos (7, 8).

En 1966, la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas (ABEM) resolvió darle al problema de la selección de los alumnos a las facultades de

medicina una orientación distinta. Más que estudiar los criterios para la selección, buscó determinar qué tipo de candidato se presentaba a los exámenes de admisión. Hasta ahora, el estudio se ha limitado a algunas características sociales, económicas y educacionales. El presente trabajo intenta presentar los resultados más significativos de esta investigación.

MATERIAL Y METODOS

En 1966, la ABEM envió a todas las facultades de medicina un cuestionario para que los aspirantes a ingreso lo llenaran en el momento de su inscripción a los exámenes. Este cuestionario comprendió 24 preguntas sobre las características generales del estudiante (sexo, edad, estado civil, nacionalidad, lugar de nacimiento y residencia permanente) y de su familia (nacionalidad, lugar de nacimiento y nivel de instrucción de los padres, número de hermanos), datos sobre la vida escolar del candidato (tipo de escuela media, último año de la educación secundaria, asistencia a otros cursos y exámenes de admisión presentados) e información sobre la situación económica de su familia (nivel ocupacional de los padres y ocupación remunerada ejercida por el alumno). De las 40 escuelas existentes en ese entonces, 23 (57,5%) contestaron y devolvieron los cuestionarios a ABEM, y se obtuvieron datos sobre 12.990 estudiantes (92,3% de las inscripciones en esas 23 facultades).

Los cuestionarios fueron sometidos a un proceso de tabulación manual y, en lo relacionado con la ocupación remunerada de los padres, se utilizó la escala propuesta por Hutchinson (9), a saber: 1) Ocupaciones manuales semi-especializadas y no especializadas; 2) Ocupaciones manuales especializadas y cargos de rutina no manuales; 3) Posiciones bajas de supervisión, inspección y otras ocupaciones no manuales; 4) Posiciones altas de supervisión e inspección y otras ocupaciones no manuales; 5) Cargos de gerencia y dirección; 6) Profesiones liberales y altos cargos administrativos.

No obstante el gran número de escuelas y de informantes que participaron, este trabajo pudo efectuarse por el alto espíritu de colaboración tanto de los estudiantes investigados como de las facultades de medicina participantes en el estudio, por el apoyo de la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas y el estímulo recibido de la Dirección de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y Cultura, que subvencionó todo el estudio.

RESULTADOS

El gran número de datos y la complejidad de los temas estudiados no permiten que se describan, conjuntamente y en forma pormenorizada, todos los resultados; sólo se consignan los datos más significativos, y se sugiere que el lector interesado consulte la obra publicada recientemente por ABEM (10).

1. *Preparación específica del candidato a las facultades de medicina*

De cada diez aspirantes, siete habían tomado cursos preparatorios. Esta información no resultó sorprendente, pues es el resultado del carácter altamente competitivo del examen de admisión, como se señaló anteriormente.

Para aclarar este asunto es conveniente recordar otros aspectos. En el Brasil, lo mismo que en otros países, la escuela secundaria se ha venido transformando en un curso con múltiples finalidades (transmisor de la cultura general, preparador de los cuadros medios y vehículo de acceso a los cursos superiores) sin que, al parecer, haya podido lograr éxito en ninguna de ellas, por la extensión de los programas y por la insuficiente preparación y mala remuneración del cuerpo docente. Por otra parte, las facultades de medicina tienen limitada su matrícula de acuerdo con su capacidad docente. En estas circunstancias, el examen de ingreso recompensa a aquellos que sobrepasan a los demás en alguna cualidad, sin que sea suficiente para ello la preparación recibida en la escuela media. No es de extrañar, por lo tanto, que los aspirantes busquen una formación específica y asistan a los llamados "cursos de admisión", con miras a obtener el máximo de conocimientos y, por consiguiente, la aprobación del examen de ingreso a la escuela médica. En esta forma se establece, al lado del sistema escolar reconocido por la ley, un tipo diferente de curso que no está sujeto a ninguna disposición legal, que no otorga título ni diploma, y que solamente trata de preparar a los candidatos para los exámenes de admisión.

Lo que parece más importante, sin embargo, es que 2.244 jóvenes declaren haber seguido estos cursos por un período mayor de un año lectivo, y 634 por más de dos años. Es decir, que aunque se admita la matrícula simultánea al último año de secundaria y al curso de admisión—tendencia que en la actualidad favorecen los convenios suscritos entre los colegios y los cursillos—, estos aspirantes estaban aumentando en uno, dos o más años su aprendizaje, con la consiguiente demora de su graduación profesional y del comienzo de sus actividades médicas.

La existencia de un intervalo entre el término de la educación secundaria y el ingreso a la facultad de medicina, que las anteriores consideraciones sugieren, queda claramente demostrada en la Figura 1, en donde se aprecia que sólo un 36,4% de los candidatos que en 1966 quisieron ingresar a 23 escuelas de medicina del Brasil, habían terminado la educación secundaria en el año inmediatamente anterior (1965).

FIG. 1—Porcentaje de estudiantes, según año de terminación de los estudios secundarios.

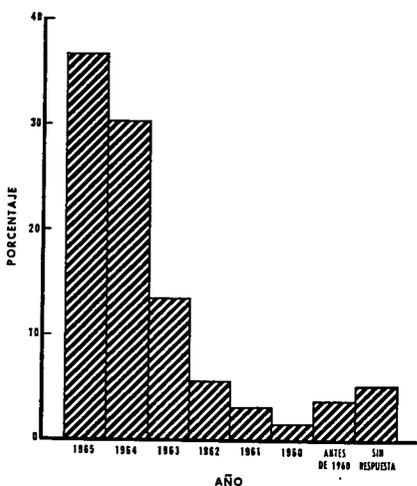
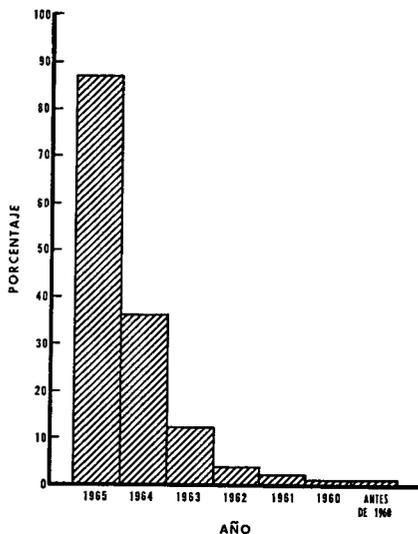


FIG. 2—Porcentaje de estudiantes según los años en que habían presentado exámenes de admisión con anterioridad.



2. Exámenes de admisión previos

Los intervalos que se acaban de indicar no fueron voluntarios. Por el contrario, casi la mitad de los aspirantes de 1966 (44,8%) había presentado ya examen de admisión a las escuelas médicas, sin haber logrado el ingreso.

El número de exámenes realizados, por año, puede ser de difícil comparación por haberse establecido en 1965 el concurso unificado en São Paulo, lo que distorsiona en cierta medida los datos puramente numéricos; sin embargo, se obtiene información importante al analizar los años en que fueron realizadas estas tentativas. Así, se observa que casi seis mil (5.823) informantes ya se habían presentado al examen de admisión: 87,1% se habían presentado en 1965, y un 1,6% desde antes

de 1960 intentaba, sin éxito, la aprobación del concurso (Fig. 2).

Estos resultados evidencian la dificultad de la matrícula al primer año médico, hecho ya sobradamente conocido y demostrado por los altos índices de reprobación en los exámenes de admisión; señalan también, que hay una postergación del comienzo de la carrera médica. Todo esto trae como consecuencia que a los 4 ó 6 años de escuela primaria y a los 7 de secundaria se agregan, como cosa corriente, uno o dos años de preparativos y de tentativas de acceso a la universidad.

La presentación a exámenes de admisión a otras carreras puede significar una desviación de los intereses de los aspirantes. En la encuesta de la ABEM sólo 4,2% de los candidatos se hallaban en estas condiciones. Es difícil la interpretación de este resultado, pues no se dispone de información sobre aspirantes a otras carreras, particularmente en odontología y farmacia.

3. *Edad de los estudiantes*

Confirman los datos consignados la edad cronológica de los estudiantes: la edad modal es de 20 años (18,1% de los candidatos), seguida de cerca por 16,8% de los aspirantes con 21 años, 14,4% con 19 y 13,6% con 22. Como puede verse en la Figura 3, 1,6% de los aspirantes habían nacido antes de 1931 (35 años de edad y más, si se toma como referencia el año del examen, 1966).

La importancia de estos resultados se apreciará mejor cuando se conozca la situación económica del estudiante y de su familia.

4. *Migración estudiantil*

La distribución geográfica de las diversas facultades de medicina permite formular la siguiente pregunta: ¿En qué medida atienden las escuelas las poblaciones locales, y qué tanto están atrayendo a los candidatos de las localidades próximas o de las distantes?

Algunas facultades como las de Marañón, Sergipe, la Universidad Federal de Minas Gerais y las escuelas de Pelotas y de Santa María están admitiendo principalmente a los naturales de sus Estados. No sucede lo mismo con la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Espírito Santo (candidatos nacidos en Minas Gerais y en el Estado de Río), en las escuelas de Curitiba (aspirantes naturales de São Paulo), Florianópolis (candidatos nacidos en São Paulo y Paraná), Río de Janeiro y Guanabara (candidatos de São Paulo y Minas Gerais).

En estos últimos casos no se trata simplemente de que haya habido migración de la familia y el candidato busque la escuela de la ciudad de

FIG. 3—Porcentaje de estudiantes según su edad.

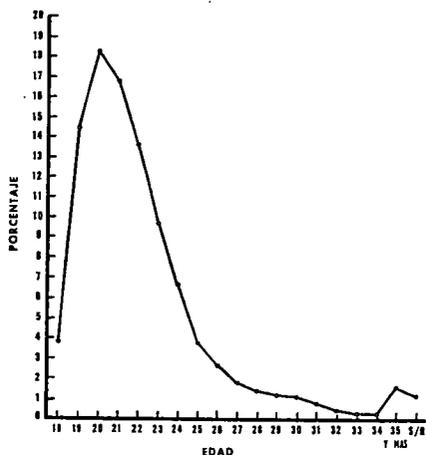
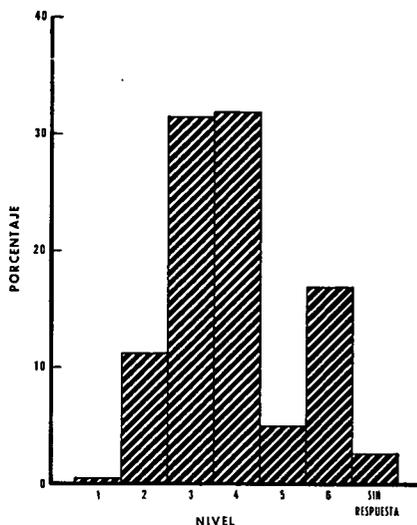


FIG. 4—Porcentaje de nivel ocupacional de los padres de los estudiantes, de acuerdo con la escala de Hutchinson.



su residencia. Si es así, el dato sobre nacimiento dejaría de ser significativo. Cuando se preguntó el lugar de la residencia permanente, en varias facultades se comprobó que más de la cuarta parte de los candidatos inscritos residían en unidades federales diferentes de donde estaba situada la escuela médica. Tal fue el caso de las escuelas de Vitoria (28,2%), Juiz de Fora (30,9%), Uberaba (40,2%), Río de Janeiro y Niteroi (38,4%), Curitiba (43,7% y 30,8%) y Florianópolis (46%). Esta información fue confirmada con otra: en estas facultades el número de estudiantes que había terminado su educación secundaria en otro Estado pasaba del 25%.

Es interesante observar que con esta migración estudiantil interestatal tiene lugar también un movimiento dentro del mismo Estado. Por ejemplo, más del 60% de los aspirantes a las dos escuelas de Pelotas residían y habían terminado su educación secundaria en otros sitios de Rio Grande do Sul; lo mismo sucedió en Santa María, aunque en menor proporción (cerca del 40%).

La escasez de información al respecto impide hacer consideraciones adicionales. Sin embargo, la importancia de este hecho es evidente, especialmente si se tiene en cuenta la fijación del domicilio del estudiante cuando termine su carrera médica. Muchas facultades han sido

establecidas en el interior del país, buscando formar personal que atienda a las necesidades de la población local. Si en los centros más poblados, por ejemplo São Paulo, el número pequeño de plazas disponibles para un número siempre creciente de aspirantes lleva a éstos a presentar examen de ingreso en escuelas localizadas en otros centros urbanos—en especial en los del interior—¿qué sucederá al terminar el último año? Que el estudiante, ya formado, volverá a su ciudad de origen a mejorar la asistencia médica de su comunidad a costa de la región que le dio su enseñanza.

5. Situación económica del estudiante y su familia

De los 12.990 estudiantes investigados en 1966, sólo un 29,1% estudiaba (preparación del examen de admisión) y trabajaba; casi el 80% de las madres no trabajaban y, como se ve en la Figura 4, sólo un 11,6% de los padres tenían una ocupación clasificada en la categoría de las "habilidades manuales" (niveles 1 y 2).

Así aparece en forma clara la selección económica, lo que sería de esperar si se tiene en cuenta toda la estructura del sistema educacional brasileño: escuela primaria que no atiende a toda la población, escuela secundaria predominantemente pagada, deficiente sistema de ayuda al estudiante que la necesita, etc. La misma existencia del concurso de admisión en su actual condición, que lleva al alumno a adquirir una preparación específica (en cursos preparatorios particulares) y la realización de exámenes sucesivos, pueden contribuir a la selección económica del candidato, es decir, al reclutamiento del futuro médico dentro de una determinada clase social.

Como fuere, hay un elemento altamente positivo que se destaca cuando se examina la situación familiar del aspirante a los cursos médicos: la modificación del nivel de instrucción de una generación a la otra. Solamente el 17,7% de los padres y el 3,8% de las madres tienen diplomas universitarios, y el mayor número (38,1% de los padres y 45,4% de las madres) sólo ha tenido educación primaria. Se ve, en esta forma, que hay un claro ascenso social de los candidatos, en términos de instrucción, cuando se les compara con los padres.

COMENTARIOS FINALES

Rosinski (11), Fredericks (12) y Woods (13), en trabajos recientes, han tratado de determinar algunas características socio-económicas de los estudiantes de medicina y su relación con el aprovechamiento del

alumno en la carrera médica. La experiencia es escasa, pues son pocas las investigaciones realizadas en este campo.

El problema podría ser planteado, en sus líneas generales, en la forma siguiente: a) Determinar las características educacionales, sociales y económicas de los aspirantes a ingresar a la universidad; b) Comparar, bajo este punto de vista, el grupo total de aspirantes con el grupo, siempre menor, de candidatos aceptados; c) Determinar la relación existente entre estas características y el rendimiento del estudiante en la facultad. Los estudios de este tipo se deben realizar en función de cada modalidad de la enseñanza universitaria, ya que las condiciones de ingreso a las diversas carreras son diferentes, y que los procesos de enseñanza y aprendizaje en cada facultad tienen sus propias características. Desgraciadamente, no ha sido ésta la línea de trabajo adoptada hasta ahora en el Brasil.

Los trabajos existentes han enfocado las condiciones socio-económicas de los universitarios (14-17) o las de los aspirantes a los diversos exámenes de admisión (18), siempre considerados en conjunto, sin tener en cuenta el ramo de la enseñanza correspondiente. Por otra parte, se han hecho estudios para determinar las características socio-económicas del estudiante de medicina, sin relacionar estos aspectos con su rendimiento en el curso de los estudios (19). De las diversas modalidades de la educación superior, solamente las carreras de derecho y de ingeniería (20, 21) cuentan con investigaciones en las cuales se ha procurado relacionar las características de los aspirantes con las de los candidatos aceptados.

Por estas razones, la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas, en colaboración con el Ministerio de Educación y Cultura y con el imprescindible apoyo de las facultades de medicina, inició una serie de investigaciones que obedecen a la orientación arriba descrita. El presente trabajo ha tratado de exponer algunas características de los individuos inscritos a los exámenes de admisión. Otros trabajos que están ya en su etapa final, analizan las semejanzas y las diferencias entre los estudiantes de medicina y los estudiantes universitarios en general, y entre los aspirantes a ingreso y los estudiantes del primer año. En un futuro se deberá analizar las relaciones que puedan existir entre el rendimiento escolar y las condiciones socio-económicas del alumno y de su familia.

RESUMEN

Se presentan los resultados de una encuesta realizada entre 12.990 estudiantes que, en el año de 1966, se presentaron a examen de admisión

a 23 escuelas médicas del Brasil. En ella se investigaron algunas características personales, familiares, escolares, sociales y económicas de los aspirantes.

Se halló que siete de cada diez aspirantes, además de sus estudios secundarios, se habían preparado para el examen de admisión con cursos especiales. Más de 2.000 estudiantes habían seguido estos cursos por más de un año, y más de 600 por más de dos. Este es el resultado del carácter altamente competitivo de los exámenes de admisión, de manera que la mayor parte de los estudiantes demora uno o dos años su ingreso a la facultad de medicina después de haber terminado su educación secundaria. En efecto, sólo un 36,4% de los aspirantes estudiados había terminado su educación secundaria en el año anterior.

La demora estriba, sobre todo, en que muchos de estos estudiantes han fracasado en exámenes de admisión anteriores. Casi la mitad del grupo estudiado había fracasado en uno o más. Esto lo confirma en forma indirecta la edad relativamente alta de los aspirantes, que tiene un modo de 20 años.

El origen y el lugar de nacimiento de los aspirantes varía en gran medida, según la escuela estudiada. A algunas ingresan de preferencia los estudiantes naturales del Estado y a otras, los provenientes de otros Estados. En todo caso, es evidente que muchas escuelas del interior del país, creadas para atender los problemas de salud de sus propias regiones, reciben principalmente estudiantes que vienen de grandes ciudades y que no han sido aceptados en las escuelas de sus lugares de origen o residencia.

En cuanto a la situación económica de los estudiantes y de sus familias, son pocos los que provienen de los niveles económicos más bajos. Esto parece demostrar que todas las dificultades, costos y demoras llevan a una selección de tipo económico que favorece a las clases de más altos niveles. Por otra parte, al estudiar los niveles educativos de los aspirantes y de sus padres, se encuentra que el mayor número de los aspirantes proviene de hogares en donde los padres sólo recibieron una educación primaria, lo que muestra la existencia de un claro ascenso social, con base en la educación.

A la luz de los datos obtenidos, se analiza la conveniencia de estudiar las características socio-económicas de los aspirantes, en conjunto, con las de los estudiantes admitidos al primer año y, posteriormente, determinar si las características tienen alguna relación con el rendimiento académico en el curso de los estudios. Dadas las diferencias de las distintas carreras, en cuanto a sus requisitos de admisión, métodos docentes

y contenido de los estudios, esta clase de investigación debe hacerse separadamente para cada una de las facultades y no, en conjunto, para toda la universidad.

REFERENCIAS

- (1) CAPES: Informe 1965. CAPES, Río de Janeiro, 1965.
- (2) Cunha, N. F., y Abreu, J.: Aspectos da expansão quantitativa do ensino no Brasil. *Bol. Inf. Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais* (Río de Janeiro), 104: 29-40 (mar.) 1966.
- (3) Chagas, V.: Admissão à universidade: Análise de um projeto. *Rev. Bras. Est. Pedag.* (Río de Janeiro), 40 (92): 46-51 (oct.-dic.) 1963.
- (4) Lesser, W.: Preparo e seleção de candidatos. En: *Anais da III Reunião, Associação, Brasileira de Escolas Médicas*, Río de Janeiro, 1965, págs. 171-233.
- (5) Pessoa, S. B.: Problemas nos exames de seleção para as facultades de medicina. *Rev. Clin. São Paulo*, 27 (3 ó 4):29-38 (mar.-ab.) 1951.
- (6) Chagas Filho, C.: Metodologia do ensino médico. *Rev. Bras. Est. Pedag.* (Río de Janeiro), 43(97):25-36, enero-mar.) 1965.
- (7) Versiani Caldeira, O., et al: Formação pré-médica. En: *Novos rumos para o ensino médico no Brasil*, Associação Brasileira de Escolas Médicas, Belo Horizonte, 1964, págs. 64-75.
- (8) Job, J. M., et al: Preparo e seleção de alunos. En: *Anais da II Reunião, Associação Brasileira de Escolas Médicas*, Río de Janeiro, 1965, págs. 145-170.
- (9) Hutchinson, B.: *Mobilidade e trabalho*; um estudo na cidade de São Paulo. *Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais*, Río de Janeiro, 1960, 451 págs.
- (10) Ensino médico no Brasil. (Parte II—Características sócio-econômicas dos candidatos aos cursos de medicina.) Trabalho elaborado mediante convênio entre a Diretoria do Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura e a Associação Brasileira de Escolas Médicas, Río de Janeiro, 1967.
- (11) Rosinsky, E. F.: Social class of medical students. *J. Amer. Med. Assoc.*, 193 (2): 95-8 (jul. 12) 1965.
- (12) Fredericks, M. A., y Mundy, P.: The relationship between social class, average grade in college, medical college admission test scores and academic achievement of students in a medical school. *J. Med. Educ.*, 42(2):126-33 (feb.) 1967.
- (13) Woods, B. T., et al.: Social class and academic performance by medical students. *J. Med. Educ.*, 42(3):255-30 (mar.) 1967.
- (14) Hutchinson, B.: Origem sócio-econômica dos estudantes universitários de São Paulo. *Educ. e Cien. Soc.* (Río de Janeiro), 1(3):91-107 (dic.) 1956.
- (15) Hutchinson, B.: Aspectos da educação universitária e status social em São Paulo. *Educ. e Cien. Soc.* (Río de Janeiro), 2(4):39-76 (mar.) 1957.
- (16) Foracchi, M. M.: O estudante universitário: Resultados iniciais de uma investigação sociológica. *Anhembi* (São Paulo), 45(135):422-45 (feb.) 1962.
- (17) Espinheira, R.: *Acesso das diversas classes sociais aos cursos de nível superior em Salvador no ano de 1965*. Centro Regional de Pesquisas Educacionais da Bahia, Salvador, 1966, 40 págs.

- (18) Cunha, N. F.: *Preparação de candidatos ao vestibular de 1964 na Guanabara*. Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, INEP, MEC, Rio de Janeiro, 1965.
- (19) Goés, P., y Castro, C.L.M.: Social characteristics of medical students and their appraisal of medical education. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(2):131-140 (ab.) 1966.
- (20) Almeida Junior, A.: O concurso vestibular de 1954. *Rev. Bras. Est. Pedag.* (Rio de Janeiro), 22(56):3-26, (oct.-dic.) 1954.
- (21) Concurso de habilitação à matrícula na escola de engenharia—1961. *Rev. Univ. Minas Gerais* (Belo Horizonte), (12):297-307 (enero) 1962.
-

CHARACTERISTICS OF STUDENTS APPLYING FOR ADMISSION TO MEDICAL SCHOOLS IN BRAZIL

(Summary)

This article contains the results of a survey of 12,990 students who in 1966 sat for the entrance examinations to 23 medical schools in Brazil. It covered the personal, family, educational, social and financial characteristics of the applicants.

The findings showed that after completion of their secondary school studies seven out of ten candidates had taken special short courses to prepare themselves for the entrance examination. More than 2,000 students had taken these courses for more than a year and more than 600 for more than two years. This reflects the highly competitive nature of the entrance examination and indicates that for most of the students there is a delay of two or more years after completing secondary school studies before entering medical school. In fact, only 36.4 per cent of the candidates covered by the survey had completed their secondary education in the previous year.

The delay is due in large measure to the fact that many of the students had failed earlier entrance examinations. Almost half the group surveyed had failed one or more times, which indirectly explains the relatively high age of the candidates, the modal being 20 years.

The origin and place of birth of the candidates varied appreciably according to the school studied. Some students prefer to seek admission to schools in their own state while others showed a preference for out-of-state schools. In any event the survey clearly showed that many of the schools in the interior of the country, which were established to meet the health problems of their own areas, primarily received students from large towns who had

not been accepted by schools located in their place of origin or place of residence.

As to the financial situation of the students and their families the survey showed that very few came from poor families. Thus the difficulties, costs, and delays appear to result in a financially based selection which favors the privileged classes. Furthermore, data on the educational level of the candidates and their parents showed that the parents of most of the candidates had only received a primary school education, which clearly points to social mobility based on education.

In the light of the information obtained it seemed advisable to compare the socio-economic characteristics of the candidates and those of first-year students to determine which characteristics, if any, were related to the academic success. In view of the different admission requirements, teaching methods, and course contents of the schools this type of investigation should be made separately for each department and not for the university as a whole.

CARACTERÍSTICAS DOS CANDIDATOS À CARREIRA DE MEDICINA NO BRASIL

(Resumo)

A autora apresenta os resultados de um inquérito efetuado entre 12.990 estudantes que em 1966 fizeram o exame vestibular de medicina distribuídos em 23 escolas do Brasil. O levantamento versou sôbre características pessoais, familiares, escolares, sociais e econômicas dos candidatos.

Verificou-se que sete de cada dez candidatos, além de curso secundário, tinham feito o curso vestibular—mais de 2.000 durante mais de um ano e mais de 600 durante mais de dois anos. Ficou assim positivado que o caráter altamente competitivo de exame de admissão força a maioria dos estudantes a adquirir preparo complementar após a conclusão do curso secundário. Com efeito, apenas 36,4 por cento dos candidatos entrevistados tinham terminado sua educação secundária no ano anterior.

Quase 50 por cento dos estudantes incluídos no inquérito tinham sido reprovados uma ou mais vêzes no exame vestibular, o que encontra confirmação indireta na idade relativamente alta dos candidatos, com uma idade modal de 20 anos.

A origem e o lugar de nascimento dos candidatos variaram consideravelmente, segundo a escola estudada. Em algumas escolas matriculam-se de

preferência estudantes naturais do Estado. Em todo caso, é evidente que muitas escolas do interior do país, criadas para atender os problemas de saúde de suas próprias regiões, recebem principalmente estudantes que vêm de grande cidades e que não foram aceitos nas escolas de seus lugares de origem ou residência.

Quanto à situação econômica dos estudantes e de suas famílias, poucos são os que provêm de níveis econômicos mais baixos. Isto parece demonstrar que tôdas as dificuldades, custos e demoras levam a uma seleção de tipo econômico que favorece às classes de níveis mais altos. Por outra parte, estudando-se os níveis educacionais dos candidatos e de seus pais, verifica-se que o maior número dos candidatos provêm de lares onde os pais só receberam educação primária, o que revela claro ascenso social baseado na educação.

À luz dos dados obtidos, analisa a autora a conveniência de estudar as características sócio-econômicas dos candidatos, em conjunto com as dos estudantes admitidos no primeiro ano e, posteriormente, determinar se as características têm alguma relação com o rendimento acadêmico no decurso dos estudos.

Dadas as diferenças das distintas carreiras, quanto a seus requisitos de admissão, método de ensino e programa de estudos, êste tipo de investigação deve ser feito separadamente para cada uma das faculdades e não em conjunto, para tôda a universidade.

CARACTERISTIQUES DES JEUNES GENS QUI SE DESTINENT A LA CARRIERE MEDICALE AU BRESIL

(Résumé)

L'auteur donne les résultats d'une enquête menée parmi 12.990 étudiants qui, en 1966, se sont présentés à l'examen d'admission à 23 écoles de médecine au Brésil. L'enquête a porté sur certaines caractéristiques personnelles, familiaires, scolaires, sociales et économiques des candidats.

Il a été constaté que sept candidats sur dix, outre leurs études secondaires, s'étaient préparés pour l'examen d'admission en suivant des cours spéciaux. Plus de 2.000 étudiants avaient suivi ces cours pendant plus d'un an et plus de 600 pendant plus de deux mois. C'est le résultat du caractère hautement compétitif des examens d'admission, de sorte que la majeure partie des étudiants remet d'un ou deux ans son entrée à la faculté de médecine après

l'achèvement de leurs études secondaires. En effet, 36,4% seulement de ces étudiants avaient fini leurs études secondaires pendant l'année antérieure.

Le délai s'explique surtout par le fait qu'un grand nombre de ces étudiants ont échoué aux examens d'admission antérieurs. Près de la moitié du groupe étudié avaient échoué une fois ou plus. Ceci est confirmé indirectement par l'âge relativement élevé des candidats avec un mode de 20 ans.

L'origine et le lieu de naissance des candidats variait dans une grande mesure selon l'école ayant fait l'objet de l'enquête. Certaines étudiants donnent la préférence aux écoles de l'Etat dont ils sont originaires et d'autres à ceux d'autres Etats. De toute façon, il est évident que de nombreuses écoles de l'intérieur du pays, créées pour résoudre les problèmes de santé de leurs propres régions, accueillent surtout des étudiants qui viennent des grandes villes et qui n'ont point été acceptés par les écoles de leur lieu d'origine ou de résidence.

En ce qui concerne la situation économique des étudiants et de leurs familles, il y en a peu qui proviennent des niveaux économiques les plus bas. Ceci semble indiquer que toutes les difficultés, les frais et les délais aboutissent à une sélection de nature économique qui favorise les classes des niveaux les plus élevés. D'autre part, lorsqu'on examine les niveaux d'instruction des candidats et de leurs parents, on constate que la majeure partie des candidats viennent de foyers où les parents n'ont reçu qu'une éducation primaire, montrant ainsi l'existence d'une ascension sociale très nette basée sur l'éducation.

A la lumière des données recueillies, l'auteur examine l'intérêt que présenterait l'étude des caractéristiques sociales et économiques des candidats parallèlement à celles des étudiants admis la première année et de déterminer ultérieurement si les caractéristiques ont un rapport quelconque avec les résultats scolaires. Etant donné les différences qui existent dans les diverses carrières en ce qui concerne les conditions d'admission, les méthodes pédagogiques et le contenu des études, ce genre d'enquête doit être effectuée séparément pour chacune des facultés et non concurremment pour l'ensemble de l'université.

Función docente del consultorio externo

El consultorio externo, al cumplir con sus funciones docentes, integra las acciones preventivas, curativas y de fomento de la salud, haciendo hincapié en amplios aspectos y proyectando sus actividades al núcleo familiar y a la comunidad en general.

DESDE 1947, la Cátedra de Parasitología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile ha venido desarrollando actividades docentes destinadas, en lo fundamental, a que el alumno observe y deduzca por sí mismo las interrelaciones de agente, huésped y ambiente en las parasitosis.* De esta manera, ha tratado de llevar a la práctica los conceptos teóricos sobre el proceso del aprendizaje y sobre la influencia del ambiente en la salud y en sus alteraciones. Parece estar suficientemente probado que la intervención activa del educando en su aprendizaje condiciona su eficacia y su rendimiento. La fórmula de "aprender haciendo" tiene plena vigencia; día a día, nuevas experiencias la confirman, sobre todo cuando la motivación llega a constituir un estímulo suficiente para promover esa participación. Frecuentemente los contactos entre el estudiante de medicina, el paciente y su familia, constituyen suficiente motivación para despertar el interés de los alumnos en el planeamiento, la realización y la evaluación de proyectos conjuntos de trabajo. A ese principio, la Cátedra ha contri-

• El Dr. Saúl Pasmanik es Médico Ayudante de la Cátedra de Parasitología, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; y el Sr. René Sotomayor es Profesor Auxiliar de Parasitología y Subdirector de esa Facultad.

• Manuscrito recibido en marzo de 1967.

• Neghme R., Amador: Metodología de la educación médica. Doce años de experiencia en la enseñanza de la parasitología, *Rev. Serv. Nac. Salud* (Chile), 3:331-453, 1958; La enseñanza de la parasitología, *Educación Médica y Salud*, 1 (4): 255-267, 1967.

buido en su campo de acción docente con el concepto, claro en las parasitosis, de que la salud depende de una adaptación satisfactoria al ambiente humano físico, cultural y social.

Así, la enseñanza tradicional en el aula, en la que el alumno desempeña un papel de receptor pasivo de conocimientos, y el estudio práctico en el laboratorio, desvinculado de toda vivencia ecológica, han sido complementados con programas docentes activos en el consultorio externo, en la sala del hospital, en los hogares, escuelas, centros de manejo y expendio de alimentos y en el seno de la comunidad. El método de enseñanza, basado casi exclusivamente en la conferencia o en la clase magistral, se ha diversificado en una variedad de métodos: grupos de discusión, clases foro, entrevista individual e intervención en investigaciones de campo y programas de desarrollo de las comunidades.

En esta forma, la Cátedra de Parasitología sobrepasó los límites de su capacidad hasta convertirse en una asignatura de introducción a la epidemiología y a la medicina preventiva y social. Esta actuación prevaleció y contribuyó a la extensión de actividades similares a otras cátedras y a la integración de la medicina preventiva a la clínica. Favoreció, así mismo, la formulación de conceptos y la formación de personal para la proyección extramural de la enseñanza universitaria, como un todo, con la estructuración del Departamento de Acción Social de la Universidad de Chile en 1965.

En síntesis, la tarea esencial de la Cátedra fue buscar oportunidades docentes en el sustrato ecológico del huésped y del agente. Además, procuró realizar experiencias y crear situaciones de aprendizaje destinadas a dar a conocer la realidad ambiental y a demostrar y practicar métodos para orientar los procesos de adaptación del hombre, a fin de evitar la transmisión de las parasitosis.

En este trabajo se presenta parte de esas experiencias en el Consultorio Externo de Enfermedades Parasitarias, por donde pasan anualmente unos 60 de los 180 alumnos del curso de parasitología. No se incluyen otros programas que, con metodología similar, se han realizado en otros consultorios externos y entre pacientes hospitalizados.

El Consultorio Externo depende del hospital y proporciona servicios de diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y educación para la salud dentro del área de su jurisdicción. Es el medio indispensable para justificar la necesidad de la hospitalización dentro de un sistema racional y económico, y para prestar atención ambulatoria y domiciliaria a los egresados del hospital y a los pacientes que no requieren hospitalización. Constituye, con su amplio asentamiento comunitario,

un centro de salud pública, de coordinación entre la medicina preventiva y la curativa en el seno de los hogares y de proyección social de las acciones médicas. En líneas generales, el Consultorio Externo de Enfermedades Parasitarias mantiene esa organización con la orientación impuesta por su carácter especializado, por la preeminencia de su orientación docente y por la extensión de su área de acción.

OBJETIVOS DOCENTES

1. Introducción al conocimiento de la medicina institucional y a la integración de las acciones médicas.
2. Introducción al conocimiento de la semiología y clínica parasitológicas.
3. Estímulo a la formación de conceptos sobre el papel que desempeña el comportamiento personal y social en las parasitosis.
4. Estímulo a la deducción de conceptos sobre las características del grupo familiar como unidad epidemiológica y social, y de su influencia en su condición de grupo sociológico primario, en el comportamiento de sus integrantes y en sus respuestas frente al ambiente.
5. Formación de conceptos y actitudes sobre la interrelación de las parasitosis con el ambiente físico, cultural, económico y social.
6. Aplicación de conceptos y métodos elementales de educación para la salud de individuos y de grupos.
7. Fortalecimiento de actitudes de respeto y consideración a la personalidad del paciente y de su familia.
8. Desarrollo de habilidades y el uso organizado de técnicas de investigación epidemiológica y aplicación del método científico en el planeamiento, preparación y presentación de los proyectos de trabajo.
9. Conocimiento y práctica de las modalidades del trabajo en equipo, tanto en los programas de salud como en las relaciones humanas satisfactorias del grupo profesional.

MATERIAL Y METODO

Los proyectos de trabajo se llevaron a cabo con alumnos del tercer año de medicina de la Universidad de Chile, con pacientes y miembros del grupo familiar de los enfermos que acuden al Consultorio Externo de Enfermedades Parasitarias, y en los hogares de dichos pacientes.

En la realización de cada uno de los proyectos se sigue el siguiente esquema general de organización:

1. Inscripción: Los alumnos eligen el tipo de trabajo que desean hacer. En el Consultorio Externo la cuota fijada anualmente es de unos 60 estudiantes.

2. Etapa de preparación: Se forman grupos de 12 a 15 alumnos, quienes reciben preparación preliminar a la realización de sus trabajos, mediante la técnica de discusión general. Los asuntos tratados son:

- a) Educación sanitaria en general.
- b) Definición de los objetivos del trabajo.
- c) El Consultorio Externo; sus características, su ubicación dentro de los programas de integración de las acciones médicas, las oportunidades que presenta para realizar educación sanitaria individual y de grupo, la proyección de su labor a los hogares y al medio.
- d) Investigación epidemiológica. Encuestas.
- e) El grupo familiar.
- f) Técnicas de investigación epidemiológica, de educación para la salud y de promoción de la continuidad del tratamiento y de las medidas de saneamiento y prevención en el seno de los hogares.
- g) Técnica de la entrevista.
- h) Planeamiento del trabajo y métodos de presentación.

En general, cada grupo realiza cuatro reuniones de análisis de estos temas, en los cuales un profesor actúa como moderador.

3. Observación de la planta física del Consultorio Externo de Parasitología. Se inicia el trabajo con una visita al edificio con el objeto de conocer su organización técnico-administrativa y analizar las oportunidades educativas que ofrece la sala de espera, especialmente acondicionada con este fin.

4. Participación del alumno en la atención médica y educativa del paciente que se le ha asignado. Esta fase del trabajo se desarrolla bajo la supervisión de los médicos tratantes, que a la vez son miembros de la Cátedra. Cada médico tiene a su cargo dos alumnos y con ellos examina al paciente desde el punto de vista clínico. Hecho el diagnóstico, los alumnos aplican técnicas de educación sanitaria individual bajo la supervisión del profesor. Los contenidos educativos básicos, adaptados al nivel cultural de cada enfermo, siguen el siguiente esquema:

- a) Interrogatorio del paciente sobre sus ideas en cuanto a etiología, tratamiento y prevención de la enfermedad que padece.
- b) Información sobre el diagnóstico.
- c) Información sobre el tratamiento prescrito por el médico.

d) Información epidemiológica, basada en el ciclo evolutivo de la parasitosis.

e) Información sobre profilaxis, con demostraciones prácticas de algunos hábitos higiénicos.

5. Acción educativa a la salida del paciente de la consulta médica. Los alumnos se reúnen de nuevo con el paciente, bajo la supervisión de una enfermera sanitaria, con el objeto de consolidar la acción educativa impartida. En esta ocasión se concerta una visita al grupo familiar del enfermo.

6. Proyección de la labor del Consultorio Externo al grupo familiar. Los alumnos, guiados por una enfermera sanitaria, efectúan un mínimo de dos visitas a los hogares de los pacientes. La primera visita está destinada a efectuar una investigación epidemiológica, socio-económica, de escolaridad y de hábitos higiénicos del grupo familiar. Este es sólo un método de demostración docente y no tiene la finalidad de modificar las condiciones ambientales o el comportamiento sanitario del grupo. La segunda visita tiene por objeto reforzar la acción educativa realizada en el Consultorio y los conceptos educativos relacionados con la corrección de hábitos indeseables y con la modificación de los factores que en el hogar o en la comunidad pueden favorecer la transmisión de las parasitosis.

7. Evaluación de la acción educativa. Los alumnos realizan una tercera visita al hogar para informarse sobre los resultados de su labor, expresados en términos de cambio de hábitos, evidente a la simple observación, de corrección de condiciones ambientales y de asistencia regular a los controles médicos.

8. Redacción y presentación del trabajo. Al término de su labor los alumnos presentan sus experiencias redactadas de acuerdo con las normas generales de presentación de trabajos científicos.

9. Análisis de los trabajos en reuniones de grupo. Los estudiantes se reúnen en grupos pequeños con su instructor para discutir las experiencias del trabajo. El profesor corrige previamente los trabajos y prepara un cuestionario sobre el cual gira la discusión.

10. Clases foro. Se seleccionan los trabajos que han de ser presentados por sus autores. Los alumnos relatan sus experiencias ante los profesores y el resto de sus compañeros. Al término de la exposición tiene lugar un período de preguntas y respuestas que siempre da lugar a un activo intercambio de ideas y experiencias entre los estudiantes, las que son al final resumidas y comentadas por el instructor. Con frecuencia el profesor de la Cátedra interviene al final de esta sesión

para puntualizar el alcance del trabajo y recalcar sobre sus conclusiones.

El esquema precedente se ha desarrollado mediante la utilización de diversos métodos para la enseñanza de la parasitología propiamente dicha, tales como la aplicación por los alumnos de métodos simples de investigación, la exploración epidemiológica y la educación para la salud.

Los métodos docentes puestos en práctica son: el diálogo entre profesor y alumno; la enseñanza tutelar guiada indirectamente por el instructor; las deliberaciones en grupos pequeños; la participación activa del alumno en la planeación, desarrollo, evaluación, redacción y presentación de proyectos de trabajo; el análisis individual o en grupo de exámenes de laboratorio y de encuestas epidemiológicas en correlación con la enseñanza académica y la práctica en el laboratorio y en el consultorio; la investigación bibliográfica, y la aplicación de normas de análisis estadístico y de presentación gráfica de datos. En forma deliberada, se ha procurado también incluir la observación y la imitación de las actitudes de los profesores en su relación con los enfermos.

En lo que se refiere a los métodos específicos aplicados por los alumnos a sus proyectos de trabajo, pueden mencionarse la planeación y realización de encuestas epidemiológicas, la técnica de la entrevista y las técnicas de educación sanitaria individual y de grupo.

EVALUACION

La evaluación la realiza el profesorado, mediante el análisis continuo de la participación de los estudiantes en cada una de las etapas del proyecto de trabajo, a saber:

1) Seminarios de preparación del tema y de elaboración del programa; 2) su realización en el consultorio externo y en los grupos familiares; 3) redacción y presentación de los protocolos; 4) discusión crítica, en grupos de profesores y alumnos, de las experiencias adquiridas y de las conclusiones y recomendaciones consignadas en los protocolos respectivos. Por su carácter selectivo, apenas se menciona otra oportunidad de evaluación cual es la presentación en clase de los mejores trabajos, seguida de un foro con intervención activa de los demás alumnos del curso.

En la primera etapa se trata de medir la capacidad del alumno para aplicar los conocimientos adquiridos en parasitología, bacteriología, epidemiología, educación sanitaria, técnica de la entrevista y elementos

de sociología familiar. Especial interés se le da a la planeación de un proyecto determinado, con definición de propósitos, objetivos, materiales y métodos, conclusiones, recomendaciones y análisis crítico. Se destina un capítulo especial de estos seminarios a establecer las relaciones entre el método científico y las normas generales de planeación. En la segunda fase del proyecto, los médicos y la enfermera del Consultorio califican las relaciones del alumno con el paciente; el ejercicio de la técnica de la entrevista individual y de grupo; la calidad de los medios y métodos de educación sanitaria personal y familiar que se imparten, incluso las demostraciones prácticas de hábitos higiénicos y el empleo de motivaciones adecuadas para inducir al paciente y a su familia a colaborar en el tratamiento y a mejorar las condiciones ambientales que la investigación epidemiológica ha determinado. La tercera etapa consiste en la revisión de los protocolos, con anotación de imprecisiones, errores de interpretación epidemiológica, omisiones, etc, que constituyen el fundamento del cuestionario que utilizará el profesor para la cuarta etapa, o sea la de discusión crítica de la experiencia realizada.

El conjunto de las calificaciones parciales se traduce en una nota final que pretende representar, con objetividad, la calidad y magnitud de la labor efectuada. El valor de esta nota ha fluctuado entre un 20 y un 50% dentro del promedio general para la presentación a examen del alumno a la asignatura de parasitología.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Señalaremos algunos hechos que suelen obstaculizar el desarrollo normal de esta actividad docente:

- a) Incoordinación eventual entre el tipo de parasitosis que debe atender el alumno en el Consultorio Externo y el de aprendizaje en la enseñanza académica.
- b) Falta de comodidades en la planta física del Consultorio Externo, en especial su estrechez.
- c) No existen en la práctica sistemas para evaluar la persistencia del conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y hábitos adquiridos por el alumno durante su paso por el Consultorio. Creemos que esta omisión puede ser superada mediante la coordinación con los programas de integración de la medicina preventiva a las clínicas, y durante el período de internado que incluye práctica en los consultorios externos.
- d) Como estas actividades constituyen primordialmente medios para

la demostración docente, no cumplen ampliamente con el objetivo de obtener cambios de conducta del grupo familiar, del ambiente o del nivel general de vida. De ahí que exista discordancia entre las exigencias de organización de estos programas docentes y el deseo de los alumnos de observar resultados tangibles de su labor. Es evidente que dos o tres contactos educativos no bastan para modificar creencias tradicionales o crear nuevos hábitos higiénicos.

RESULTADOS

En los archivos de la Cátedra de Parasitología se hallan centenares de trabajos de este tipo realizados por sus alumnos. En todos ellos se observa la expresión de conceptos acordes con los objetivos docentes de introducción al conocimiento de la medicina institucional e integrada, de la correlación de la clínica con la epidemiología y los hallazgos de laboratorio, y de la interdependencia de la salud con factores ambientales y de conducta personal.

Otro tanto cabe decir con respecto a las habilidades adquiridas por el alumno para el estudio y planeación de trabajos experimentales y el manejo de técnicas de investigación epidemiológica y de educación sanitaria.

Otro resultado que conviene comentar es el que resulta de observar el hogar como unidad epidemiológica, cultural y social, particularmente objetivo en las parasitosis, por el carácter familiar que éstas tienen y por su interrelación con determinadas condiciones ambientales, socio-económicas y culturales.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se analiza y resume la función docente del Consultorio Externo de Parasitología de acuerdo con la experiencia adquirida en él durante más de diez años de enseñanza en la Cátedra de Parasitología de la Universidad de Chile.

Los métodos docentes han sido de carácter esencialmente activo, basados en la participación del alumno en todo el proceso de aprendizaje y en sus experiencias personales y directas con situaciones objetivas y reales.

La organización del Consultorio Externo de Enfermedades Parasitarias está orientada a la prestación de atención médica integrada de acuerdo con las características de las parasitosis y con la relación diná-

mica entre parásito, huésped y ambiente. Su función docente expresa esa filosofía y organización y, en consecuencia, la atención médica que presta procura integrar las acciones curativas, preventivas y de fomento de la salud, haciendo hincapié en amplios aspectos y proyectando sus actividades hacia el núcleo familiar y el medio.

No obstante algunas limitaciones, la experiencia ofrece resultados muy positivos en lo que se refiere a la adquisición de conceptos sobre el carácter social e integrado de la práctica médica, de habilidades y destrezas en el manejo de técnicas elementales de investigación epidemiológica y de educación sanitaria, de actitudes de comprensión humana en las relaciones con el paciente, y de aplicación de los conocimientos a situaciones objetivas y concretas.

THE OUTPATIENT DEPARTMENT AS A TEACHING INSTRUMENT

(Summary and Conclusions)

In this article the authors discuss the educational role of the Parasitology Outpatient Department in the light of the experience gained in the past ten years in teaching students in the department of parasitology of the University of Chile.

The teaching methods used were essentially active and were based on the participation of the student in the learning process and in his personal and direct experience in objective and actual situations.

In view of the nature of parasitic diseases and the dynamic relationship between the parasite, the host and the environment, the Parasitology Outpatient Department is organized to provide integrated medical care i.e., which strives to integrate curative, preventive and health promotion activities with the accent on education and family and environmental health. This approach is reflected in its educational role.

Despite certain limitations the experience has been a very positive one, since it has enabled students to acquire a social and integrated approach to medical practice as well as skills in handling the basic techniques of epidemiological research and health education, an understanding of human relations in handling patients, and the application of knowledge of objective and specific situations.

FUNÇÃO DOCENTE DO CONSULTÓRIO EXTERNO

(Resumo)

Os autores analisam e resumem a função docente do Consultório Externo de Parasitologia, de acôrdo com a experiência adquirida nessa unidade durante mais de dez anos de magistério na Cátedra de Parasitologia da Universidade do Chile.

Os métodos docentes têm sido de caráter essencialmente ativo, baseados na participação do aluno em todo o processo de aprendizagem e em suas experiências pessoais e diretas com situações objetivas e reais.

A organização do Consultório Externo de Doenças Parasitárias está orientada para a prestação de assistência médica integrada, de acôrdo com as características das parasitoses e com a relação dinâmica entre parasito, hospedeiro e ambiente. Sua função docente expressa essa filosofia e organização e, em consequência, a assistência médica que presta procura integrar as ações curativas, preventivas e de fomento da saúde, ressaltando amplos aspectos educacionais e projetando suas atividades até o núcleo familiar e o meio.

Malgrado algumas limitações, a experiência proporciona resultados muito positivos no que se refere à aquisição de conceitos sôbre o caráter social e integrado da prática médica, de capacidade e experiência no manejo de técnicas elementares de investigação epidemiológica e de educação sanitária, de atitudes de compreensão humana nas relações com o paciente e de aplicação dos conhecimentos a situações objetivas e concretas.

ROLE PEDAGOGIQUE DU SERVICE DE CONSULTATIONS EXTERNES

(Résumé et conclusions)

Les auteurs examinent et définissent brièvement le rôle pédagogique du service de consultations externes de parasitologie en se basant sur l'expérience acquise pendant plus de dix ans d'enseignement dispensé aux étudiants de la section de parasitologie de l'Université du Chili.

Les méthodes d'enseignement ont revêtu un caractère essentiellement actif et procédaient du principe de la participation de l'étudiant à l'ensemble du processus d'apprentissage et de ses expériences personnelles et directes dans des situations objectives et réelles.

L'organisation du service de consultations externes de maladies parasitaires est orientée vers la prestation de soins médicaux et tient compte des caractéristiques des parasitoses et de la relation dynamique entre le parasite, l'hôte et le milieu. Son rôle pédagogique exprime cette philosophie et cette organisation et, en conséquence, les soins médicaux qu'elle fournit cherchent à intégrer les actions curatives, préventives et de développement de la santé, en mettant largement l'accent sur l'aspect éducatif et la projection de son activité au noyau familial et au milieu.

Malgré certaines limitations, l'expérience offre des résultats positifs dans la mesure où il s'agit de l'acquisition de concepts sur le caractère social et intégré de la pratique médicale, de compétence et d'adresse dans le maniement des techniques élémentaires d'enquête épidémiologique et d'éducation sanitaire, d'attitudes de compréhension humaine dans les rapports avec le malade et d'application des connaissances à des situations objectives et concrètes.

E. H. BACK

Educación pediátrica continuada en las Indias Occidentales

Los programas de educación pediátrica a la comunidad ayudan en forma significativa a solucionar los problemas relacionados con la salud del niño, aun en aquellos lugares donde no existe la pediatría como especialidad.

EL NÚMERO de habitantes en Jamaica, Trinidad y Barbados justifica el ejercicio de la pediatría como especialidad, y el número de médicos, la organización en estos países de programas docentes de carácter continuo para ellos. Por ejemplo, en Jamaica, la Universidad ofrece a los médicos, reuniones clínicas y conferencias clínico-patológicas, actividades éstas que más adelante se extenderán a Trinidad y Barbados. En cambio, en los demás territorios de las Indias Occidentales el número de médicos es tan reducido que, fuera de los cirujanos, todos se dedican a la medicina general.

Para mejorar los niveles de atención infantil y de prevención y tratamiento de las enfermedades, se hace necesario que los programas de educación pediátrica continuada estén dirigidos no sólo a los médicos, sino también a las enfermeras, tanto de hospitales como de salud pública, a los inspectores de salud y a todos los individuos interesados de la comunidad.

En 1959 se llevó a cabo en Honduras Británica el primero de estos programas, desarrollado por el Departamento de Pediatría bajo los auspicios de la Oficina Colonial. En su elaboración se consideró la gastroenteritis como el principal problema pediátrico del país, ya que el estado de nutrición infantil es, en general, mejor allí que en las Islas

• El Dr. E. H. Back es Profesor de Pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales, Mona, Kingston, Jamaica.

• Presentado en la reunión del Grupo Asesor en Educación Pediátrica, de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 6 a 8 de junio de 1966.

del Caribe. Entre las actividades llevadas a cabo dentro del programa están las siguientes: Un pediatra trabajó un mes en el hospital principal de Belice y visitó los demás hospitales del país y algunas estaciones distritales de enfermería en poblaciones apartadas; entrevistó a todos los médicos y enfermeras del país y organizó un curso de salud para maestros y personal de salud. En muchos centros se comentaron los problemas de la gastroenteritis, tanto en sus aspectos preventivos como curativos. En reuniones públicas, se recalcó la importancia de la gastroenteritis infantil, como causa evitable de muerte. Con el objeto de mejorar la atención de enfermería a los niños hospitalizados, se envió a Jamaica una enfermera para que recibiera adiestramiento adicional en pediatría, por espacio de seis meses.

En 1963 la Universidad de las Indias Occidentales y la Organización Panamericana de la Salud organizaron una serie de reuniones de personal en las Islas de Barlovento y Sotavento. El grupo visitante estuvo constituido por un miembro de cada uno de los Departamentos de Pediatría y de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales, por la Enfermera Jefe de Pediatría del Hospital Universitario, por el Asesor Regional en Salud Pública y la Asesora Regional en Enfermería, de la Organización Panamericana de la Salud, y por un educador sanitario de la AID. Los temas de discusión fueron la desnutrición y la gastroenteritis, por ser éstas las principales causas de mortalidad infantil en el área. En cada una de las Islas se organizó un programa de dos días, que se repitió con el objeto de que todas las personas interesadas pudieran asistir, ya que algunas de ellas no pudieron hacerlo en la primera ocasión por estar ocupadas en sus funciones. A estas reuniones asistieron médicos oficiales y privados, enfermeras hospitalarias y de salud pública e inspectores sanitarios. Se estimuló la participación activa del personal local y se hicieron sugerencias para mejorar las condiciones existentes. En todas las Islas se realizaron reuniones públicas, en las cuales se subrayó la importancia de salvar la vida de los niños. El saber que de cada dos defunciones una era un niño menor de dos años, fue motivo de asombro para muchos ciudadanos distinguidos y estimuló a los políticos a asignar algo más de sus escasos presupuestos a programas de protección infantil. En todas las Islas el programa fue el siguiente:

- 1) *El problema de la gastroenteritis*
 - a) Historia natural de la gastroenteritis
 - b) Etiología
 - c) Aspectos de educación para la salud (Prevención)

- 2) *Tratamiento de la gastroenteritis*
 - a) Atención del niño en el hogar y en la comunidad
 - b) Aspectos clínicos y tratamiento
- 3) *Desnutrición*
 - a) Causas de la desnutrición. Defectos de la alimentación
 - b) Aspectos clínicos y tratamiento
 - c) Aspectos prácticos de la alimentación y uso de alimentos locales baratos.
- 4) *Resumen:* Esquema de un enfoque conjunto para resolver los problemas de la gastroenteritis y de la desnutrición, con base en la comunidad.

El grupo visitó todos los hospitales de las Islas y discutió con médicos y enfermeras los problemas peculiares de la atención al niño enfermo. Como resultado directo de estas reuniones, bajo los auspicios de la OMS, se realizó en el Hospital Universitario de Jamaica un curso de seis meses (de septiembre de 1964 a marzo de 1965), para adiestramiento de post-grado de las enfermeras encargadas de los servicios pediátricos. Entre octubre de 1965 y abril de 1966 se efectuó otro curso, al que asistió una enfermera de cada Isla. Al finalizar el primer curso, el Director y la Enfermera Jefe del Servicio de Pediatría visitaron a las participantes en sus respectivos territorios.

Seis meses después de la primera serie de conferencias, las Islas fueron nuevamente visitadas por el Jefe del Departamento de Pediatría, el Decano de la Facultad de Medicina, el Asesor en Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud y dos ingenieros sanitarios, también de esa Organización. En cada una de las Islas se efectuó una reunión con el mayor número posible de las personas que habían asistido a las reuniones anteriores, y se discutió con ellas el desarrollo del programa y los problemas encontrados. En cada territorio, el Primer Ministro y el Ministro encargado de la salud dieron la bienvenida al grupo y discutieron con ellos la importancia de la salud infantil en las Islas. También hubo la oportunidad de conversar privadamente con los médicos. En 1966, un médico del Hospital de Niños de Toronto, visitó los hospitales de las islas de Santa Lucía, San Vicente, Antigua y Montserrat, con cuyos médicos tuvo la oportunidad de discutir los temas de gastroenteritis y desnutrición y los problemas del recién nacido y de la fiebre reumática.

Como resultado de estas actividades ha habido un descenso impresionante de la mortalidad infantil en toda el área. Simultáneamente, otras organizaciones interesadas en los mismos problemas estuvieron

trabajando en ella. Algunas de las Islas pusieron en operación algunos esquemas de nutrición aplicada, lo que despertó gran interés entre los médicos y otros trabajadores en el campo de la salud. Lo significativo de estos programas radica en la importancia que le dan a los servicios adecuados a los niños. Sin embargo, falta mucho todavía por hacer. Es imperativo que se les dé a los médicos la oportunidad de una mayor experiencia y adiestramiento en pediatría. Desgraciadamente, la escasez de médicos en el área y el exceso de trabajo hacen casi imposible reemplazarlos en su ausencia. Como no es posible separar el aspecto preventivo del curativo en la atención del niño, se ha pensado organizar programas de adiestramiento para los médicos que ejercen en los pequeños territorios y que tienen a su cargo ambas funciones. Además, se espera poder organizar en la Universidad de las Indias Occidentales, programas de educación de post-grado en pediatría que eviten la necesidad de buscarla en el exterior.

RESUMEN

Se describe un programa de educación pediátrica continuada que se llevó a cabo en aquellos territorios de las Indias Occidentales en donde, por tener una población médica reducida, no existe la pediatría como especialidad.

Los principales problemas pediátricos de las islas de Barlovento y Sotavento son la desnutrición y la gastroenteritis. Por cooperación entre la Universidad de las Indias Occidentales y la Organización Panamericana de la Salud, estas islas fueron visitadas por equipos constituidos por un profesor de cada uno de los Departamentos de Pediatría y de Medicina Preventiva y Social de la Universidad, por dos enfermeras, de pediatría la una y de salud pública la otra, por un asesor en salud pública y por un educador sanitario. En cada una de las Islas se organizó un programa de dos días al cual asistieron médicos oficiales y privados, enfermeras hospitalarias y de salud pública e inspectores sanitarios. El programa consistió en presentaciones y discusiones con los asistentes sobre los problemas de gastroenteritis y de desnutrición en los niños, y terminó con la elaboración de un esquema para atacar conjuntamente ambos problemas, con base en la comunidad. Además de estas visitas se proporcionó adiestramiento en pediatría a enfermeras de las Islas, en el Hospital Universitario de Jamaica.

Seis meses más tarde, las Islas fueron visitadas nuevamente por un grupo constituido por especialistas en pediatría, en salud pública y en ingeniería sanitaria; se reunieron con las personas que habían asistido

a los programas anteriores, discutieron los progresos logrados y formularon planes de actividad futura.

Este programa permitió hacer conocer a la comunidad, al personal de salud y a los funcionarios de los gobiernos la realidad de los problemas pediátricos en las Islas. Como resultado de las actividades emprendidas desde entonces, se obtuvo un manifiesto descenso de la mortalidad infantil, y se logró una mayor participación de la comunidad, incluyendo la asignación de mayores recursos presupuestarios para atender la salud de los niños.

CONTINUED PEDIATRIC EDUCATION IN THE WEST INDIES (*Summary*)

This article describes a program of continued pediatric education carried out in certain territories in the West Indies where, because of the small size of the population, doctors do not specialize in pediatrics.

The main pediatric problems in the Windward and Leeward Islands are malnutrition and gastroenteritis. Through the cooperation of the University of the West Indies and the Pan American Health Organization the islands were visited by teams composed of one member each from the Pediatric and from the Social and Preventive Medicine Departments of the University of the West Indies, two nurses, one a pediatric nurse and the other a public health nurse, a public health adviser, and a health educator. In every island a two-day program was arranged and the staff meetings were attended by government and private doctors, hospital nurses, public health nurses and public health inspectors. In every island the program consisted of discussions on the problem of gastroenteritis, the treatment of gastroenteritis, malnutrition (in which local members were encouraged to take part) and finally of an outline of a combined approach to meeting the two problems on a community basis. As a result of the meetings a course of six months postgraduate training for nurses to be in charge of children's wards in the islands was held in the University College Hospital in Jamaica.

Six months after the initial series of conferences a further visit was paid to the islands by specialists in pediatrics, in public health, and in sanitary engineering; they met with as many people as possible who had attended the previous staff meetings, and the progress made and problems encountered were discussed.

This program helped make the community, health workers, and govern-

ment officials aware of pediatric problems in the islands. Throughout the area there has been a dramatic fall in the infant mortality during the period covered by these activities and greater community participation.

EDUCAÇÃO PEDIÁTRICA CONTINUADA NAS ÍNDIAS OCIDENTAIS (*Resumo*)

Descreve-se um programa de educação pediátrica continuada efetuado nos territórios das Índias Ocidentais onde, por escassez de médicos, não há especialistas em pediatria.

Os principais problemas pediátricos das ilhas de Barlovento e Sotavento são a desnutrição e a gastroenterite. Mediante cooperação entre a Universidade das Índias Ocidentais e a Organização Pan-Americana da Saúde, referidas ilhas foram visitadas por equipes constituídas de um professor de cada um dos Departamentos de Pediatria e de Medicina Preventiva e Social da Universidade, por duas enfermeiras, sendo uma de pediatria e outra de saúde pública, por um assessor de saúde pública e por um educador sanitário. Em cada uma das ilhas, foi organizado um programa de dois dias, do qual participaram médicos oficiais e privados, enfermeiras de hospital e de saúde pública e inspetores sanitários. O programa consistiu em preleções e discussões com os participantes sobre os problemas de gastroenterite e de desnutrição nas crianças e terminou com a formulação de um esquema para atacar conjuntamente ambos os problemas, com base na comunidade. Além dessas visitas, foi proporcionado treinamento em pediatria a enfermeiras das ilhas, no Hospital Universitário de Jamaica.

Seis meses mais tarde, as ilhas foram visitadas novamente por um grupo constituído de especialistas em pediatria, em saúde pública e em engenharia sanitária, os quais se reuniram com as pessoas que tinham participado dos programas anteriores, para discutir os progressos logrados e formular planos de atividade futura.

O programa serviu para dar a conhecer à comunidade, ao pessoal de saúde e aos funcionários do Governo a situação real dos problemas pediátricos nas ilhas. Graças às atividades empreendidas desde então, verificou-se manifesta diminuição da mortalidade infantil e maior participação da comunidade, inclusive a apropriação de mais recursos orçamentários para atender à saúde das crianças.

EDUCATION PEDIATRIQUE CONTINUE AUX
INDES OCCIDENTALES

(Résumé)

L'auteur décrit un programme d'éducation pédiatrique continue qui est réalisé les territoires des Indes Occidentales où, en raison du nombre limité de médecins, il n'existe pas de pédiatrie en tant que spécialité.

Les principaux problèmes pédiatriques des îles du Vent et des îles Sous-le-Vent sont la malnutrition et la gastro-entérite. Avec la coopération de l'Université des Indes Occidentales et l'Organisation panaméricaine de la santé, ces îles ont été visitées par des équipes composées d'un professeur de chacun des départements de pédiatrie et de médecine préventive et sociale de l'Université, de deux infirmières, l'une de pédiatrie et l'autre de santé publique, d'un conseiller en santé publique et d'un éducateur sanitaire. Un programme de deux jours a été organisé dans chacune des îles auquel ont pris part des médecins des services de santé et des médecins privés, des infirmières hospitalières et de santé publique, ainsi que des inspecteurs sanitaires. Le programme consistait en présentations et discussions avec les assistants sur les problèmes posés par la gastro-entérite et la malnutrition chez les enfants, et s'est terminé par l'élaboration d'un système permettant de s'attaquer conjointement aux deux problèmes en prenant la communauté comme base. En plus de ces visites, une formation en pédiatrie a été donnée aux infirmières des îles à l'hôpital universitaire de la Jamaïque.

Six mois plus tard, les îles ont été visitées à nouveau par un groupe composé de spécialistes de pédiatrie, de santé publique et de technique sanitaire; ils se sont réunis avec les personnes qui avaient participé aux programmes antérieurs, ils ont examiné les progrès réalisés et ont formulé des plans d'action future.

Ce programme a permis de faire connaître à la communauté, au personnel sanitaire et aux fonctionnaires des gouvernements l'aspect véritable des problèmes pédiatriques qui se posent dans les îles.

Les activités entreprises depuis lors ont eu pour résultat une diminution manifeste de la mortalité infantile et une plus grande participation de la communauté, y compris l'affectation de crédits budgétaires plus importants à la santé des enfants.

MELIDA ARTEAGA DE ANDINO

La organización de una biblioteca médica

La biblioteca es un laboratorio de información, indispensable para la realización de todo programa docente y de investigación, y refleja el interés científico de la Facultad.

EL PROGRESO logrado por la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, no es un hecho aislado. Por el contrario, es el resultado de la reforma total que ha tenido la Facultad de Medicina en los últimos diez años. Su organización empezó en 1956 cuando se hicieron las primeras suscripciones a revistas científicas, se empezó a catalogar y clasificar la colección, se le asignó un presupuesto y se mejoraron las condiciones físicas, de personal y el horario de servicio.

POLITICA DE SELECCION Y ADQUISICION DE MATERIAL BIBLIOGRAFICO

La Biblioteca ha tenido desde el comienzo de su organización una Comisión de Biblioteca, constituida por cuatro miembros del personal docente y por el bibliotecario, quien desempeña las funciones de secretario. La Comisión es nombrada por el Decano de la Facultad por un período indefinido; celebra reuniones mensuales y cuando, a solicitud del bibliotecario, se considere necesario. Tiene como función principal determinar, conjuntamente con el bibliotecario, la política general de la Biblioteca, asesorar al bibliotecario en la selección de material bibliográfico, y gestionar donativos y otras formas de ayuda para la Biblioteca, con personas e instituciones nacionales y extranjeras.

• La Sra. Mélida Arteaga de Andino es Bibliotecaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, San Salvador, América Central.

• Manuscrito recibido en octubre de 1967.

Es muy oportuno mencionar que las comisiones de biblioteca sólo son efectivas cuando, lejos de limitar la labor técnica y administrativa del bibliotecario, le ayudan a mejorar el ejercicio de sus funciones.

La política de selección y adquisición de material bibliográfico, establecida por la Comisión de Biblioteca, ha estado siempre orientada a formar específicamente una colección de materias médicas y afines, de educación médica y de humanidades en medicina. Se ha seleccionado material bibliográfico que responda a las necesidades de los estudiantes y profesores, de acuerdo con los planes y programas de estudio. Por ser una biblioteca científica se ha dado preferencia a la formación de una colección constituida en un 75% por revistas y en un 25% por libros, folletos y otro material. Las revistas de ciencias básicas, en su mayoría, han sido adquiridas desde el comienzo de su publicación; cuando esto no ha sido posible, se ha obtenido por lo menos las de los últimos veinticinco años. Algunas se duplican parcialmente aprovechando el canje y las donaciones de revistas. Las revistas de ciencias clínicas, salvo pocas excepciones, se tratan de tener desde 1940 y se duplican parcialmente algunas de gran demanda, como el *Journal of the American Medical Association*, el *Lancet*, el *Medical Clinics of North America*, y otras.

Sistemáticamente se han ido formando las colecciones completas de los índices, bibliografías, extractos y anuarios médicos más importantes, tales como el *Index Medicus*, *Biological Abstracts*, *Chemical Abstracts*, *Quarterly Cumulative Index Medicus*, etc. Se trata de completar todas las publicaciones médicas locales y regionales. A fin de obtener información de la América Latina sobre determinada materia, se mantienen suscripciones a otras publicaciones de tipo regional, como el *Acta Physiologica Latinoamericana* y los *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*.

En cuanto a libros, se ha formado una colección de las últimas ediciones y retrospectivamente hasta 1940. En los casos de monografías clásicas y libros que describen ciertos temas por primera vez, se han adquirido ediciones más antiguas. Se ha formado una colección de los libros de texto más representativos teniendo como base las recomendaciones de los profesores. Se adquieren en proporción de un ejemplar por cada diez estudiantes. A nuestro juicio es mejor que una biblioteca tenga diez libros de texto diferentes sobre una determinada materia, que diez ejemplares del mismo libro; así el estudiante dispone de diez fuentes de consulta diferentes para el desarrollo de un tema.

Las restricciones en la compra de libros de texto se han hecho to-

mando en consideración muchas razones, entre ellas, y quizás la principal, es que la función de una biblioteca médica no debe circunscribirse a proporcionar libros de texto. Si bien es cierto que el problema de la adquisición de libros de texto por los estudiantes de escasos recursos debe ser motivo de preocupación de la escuela de medicina, esto no debe resolverse con el establecimiento de una biblioteca, sino más bien ser motivo de otro programa. Por ejemplo, en El Salvador, la Escuela ayuda a la solución de este problema mediante una "Librería y almacén de implementos médicos", que vende libros a los estudiantes a precios de costo y les da crédito hasta por un año.

INTRODUCCION AL USO DE LA BIBLIOTECA Y BIBLIOGRAFIA MEDICA

Desde hace diez años la Biblioteca tiene a su cargo el cursillo de "Introducción al uso de la biblioteca y bibliografía médica", que se imparte a los alumnos de primer curso, en el primer semestre de su ingreso a la Facultad. Los objetivos específicos son: orientar a los estudiantes en el uso racional de la biblioteca; ayudarlos a conocer y manejar las fuentes de información y los principales instrumentos de control bibliográfico; fomentar en ellos la lectura con el fin de extender la información y ampliar los temas tratados en clase por el profesor, e iniciarlos en la técnica de la investigación bibliográfica y elaboración de citas bibliográficas. Después de este curso es satisfactorio ver cómo los estudiantes saben buscar sus propias bibliografías y encontrar lo que necesitan. Esta experiencia invita a sugerir, no sólo que este curso se mantenga para los estudiantes recién ingresados, sino que también en los últimos años de estudio se introduzca cierta instrucción para ampliar el tema y ayudar a los estudiantes a escribir sus tesis doctorales y otros trabajos científicos, ya que es entonces cuando comprenden mejor el valor de este curso.

INTEGRACION DE LOS RECURSOS BIBLIOGRAFICOS

Una de las actividades que más han contribuido a formar la colección que hoy se tiene, ha sido la integración de los recursos bibliográficos existentes en el área local. Desde 1964, por acuerdo del Colegio Médico de El Salvador y de la Facultad, la biblioteca del Colegio Médico fue donada a la Facultad; se estableció, además, una excelente y bien orientada política bibliotecaria uniendo esfuerzos, a fin de

aprovechar al máximo y en mejor forma todos los recursos bibliográficos locales.

El Colegio Médico y algunas asociaciones afines están suscritos a varias revistas. El Colegio Médico, además, envía a la Biblioteca 56 revistas producto del canje con su revista *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*. Estos programas en países pequeños y de recursos limitados son muy beneficiosos. La Biblioteca de la Facultad, por su parte, ofrece sus servicios a toda la profesión médica del país. Además de la integración física de estas dos bibliotecas, se ha unificado la política de adquisición con el resto de las bibliotecas universitarias, a fin de no duplicar el material bibliográfico.

Otro medio para la integración de los recursos bibliográficos es la ayuda de médicos que donan sus propias revistas o que pagan suscripciones. Este tipo de ayuda, aunque beneficiosa, puede presentar ciertos inconvenientes porque algunas de estas revistas son duplicados de poca consulta y crean problemas de espacio y, además, cuando los profesores dejan de pagar las suscripciones, la biblioteca tiene que absorber con su presupuesto una inversión imprevista o discontinuar la suscripción, con los consiguientes problemas que ello trae.

PROGRAMA DE CANJE

Un programa muy valioso y altamente recomendable para toda biblioteca médica pequeña, especialmente en formación, es el programa de canje de duplicados de revistas con las bibliotecas miembros de la Asociación de Bibliotecas Médicas.* La Biblioteca de esta Facultad es miembro de ella desde 1960 y desde esa fecha hasta diciembre de 1966 ha recibido 1.268 volúmenes, estimados nominalmente en unos \$12.680,00, pero cuyo valor de uso es incalculable.

PLANES FUTUROS

Existe un plan de desarrollo de la Facultad de Medicina en el cual, además de considerar la provisión de espacio físico adecuado y la ampliación de la capacidad docente, se ha tomado muy en cuenta el incre-

* La "Medical Library Association" es una asociación internacional cuya secretaría ejecutiva está en 919 North Michigan Ave., Chicago, Ill. 60611. Los requisitos para ser miembro de esta asociación son: recibir regularmente un mínimo de 25 revistas, pagar \$50,00 anuales como derechos de miembros y pagar el franqueo postal por las publicaciones periódicas que se reciben.

mento y mejoramiento de los servicios de biblioteca, por ser ésta un centro a donde converge toda la actividad académica de la Facultad. Este planeamiento ha sido realizado en estrecha relación con la organización del sistema bibliotecario general de la Universidad. El Consejo Superior Universitario, después de estudiar el informe de una comisión formada por los bibliotecarios asesorados por un experto de la UNESCO, acordó organizar la Biblioteca Universitaria bajo un sistema descentralizado físicamente, pero centralizado en sus sistemas técnicos y administrativos. Además, se redujo el número de bibliotecas, formando unidades que toman en cuenta la afinidad de estudios en las diferentes Facultades y su localización en la Ciudad Universitaria. Una de ellas es la Unidad Bibliotecaria de Ciencias Médicas, destinada a prestar servicios a las Facultades de Medicina y Odontología y a las carreras auxiliares de las profesiones en el campo de la salud.

Esta biblioteca estará ubicada en el nuevo edificio de la Facultad de Medicina, ahora en construcción, muy próxima a la Facultad de Odontología y al Hospital Universitario, actualmente en proyecto. Los planes de la biblioteca han sido elaborados por el Departamento de Planificación de la Universidad, con la asesoría de los bibliotecarios y de un experto de UNESCO. La biblioteca tendrá un área total de 1.281 m² y prestará servicio a más de 1.000 usuarios regulares. Las áreas de lectura están previstas para albergar cómodamente a 200 lectores previendo aproximadamente 2,80 m² por lector. El aprovechamiento del espacio físico, realizado de acuerdo con los conceptos modernos de planificación de bibliotecas, puede resumirse en la siguiente forma:

1. *Planta principal.* Esta planta tendrá una sola puerta de entrada y salida, cerca del área de circulación para controlar a los lectores, ya que éstos tendrán libre acceso a los estantes. En ella se dispondrán las siguientes áreas o servicios:

a) Área de trabajo de personal (oficina, departamento de adquisición y selección, catalogación y clasificación, etc.)

b) Área de circulación, control de préstamos, catálogos; proyectada con suficiente espacio para permitir el tránsito de gran número de lectores.

c) Sección de referencia y bibliografía, con cupo para 32 lectores y espacio para 2.000 volúmenes de obras de referencia.

d) Sección de revistas con capacidad para 34 lectores y 5.000 volúmenes de revistas de los últimos cinco años.

e) Sala principal de lectura con capacidad para 44 lectores y 8.200

volúmenes de piezas bibliográficas; en esta sala habrá 24 mesas individuales.

f) Proyecto de expansión futura construyendo un entrepiso.

2. *Planta inferior.* Esta planta albergará lo siguiente:

a) Depósito general de libros y revistas con capacidad para más de 50.000 volúmenes, comunicado directamente con el área de circulación en la planta principal, por medio de un montacargas.

b) Espacio para utilería, reparación de libros, recepción de paquetes, comunicado con la puerta de servicio y sin acceso a los lectores.

c) Area para almacenar equipo y materiales como fotocopias, diapositivas, micropelículas, discos, etc.

d) Cubículos individuales para profesores, investigadores, etc., equipados con escritorio, estante, pizarrón, etc.

e) Cubículos para audición y para lectura de materiales especiales como micropelículas microtarjetas, etc.

f) Sala de lectura con capacidad para 66 lectores y 4.000 volúmenes (futura expansión).

g) Espacio para sección de libros de historia de la medicina y museo.

h) Pequeña sala con capacidad para diez personas, equipada para proyecciones, preparación de seminarios, etc.

Las bibliotecas que forman la Unidad Bibliotecaria de Ciencias Médicas no están todavía físicamente juntas, pero ya se han coordinado los planes de adquisición y selección, catalogación y clasificación, etc., con el fin de facilitar posteriormente su integración física.

El financiamiento de esta nueva biblioteca estará a cargo de las dos facultades beneficiadas, pero los servicios se extenderán a toda la comunidad universitaria y a las profesiones médica y odontológica.

La integración de estas dos bibliotecas resolverá una serie de problemas generalmente comunes a muchas bibliotecas latinoamericanas; uno de ellos, y quizá el más importante, es el problema de personal capacitado en bibliotecología. Se facilitará, además, el entrenamiento de nuevo personal dentro del servicio, debido al estímulo de grupo por la influencia de los más capacitados. Permitirá unificar los procesos técnicos y administrativos y se aprovecharán de mejor forma los recursos bibliográficos.

Aunque los logros obtenidos son satisfactorios, para responder plenamente a las crecientes necesidades educativas de la Facultad es necesario hacer una constante evaluación y trazar nuevas metas acordes con el desarrollo de la educación médica en el país.

RESUMEN

El desarrollo de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador es parte de la reforma total que ha tenido dicha Facultad en los últimos diez años.

Existe una Comisión de Biblioteca cuyas funciones principales son establecer la política general de la Biblioteca y asesorar al bibliotecario en la selección de material bibliográfico.

La Biblioteca ha formulado una política de selección y adquisición de material bibliográfico, considerando la integración de los recursos bibliográficos locales y nacionales. Un 75% de la colección está formada por publicaciones periódicas y un 25% por libros y otros materiales. Se ha tratado de completar las colecciones de revistas de ciencias básicas, y desde 1940 se vienen manteniendo al día las de ciencias clínicas. Se adquiere un libro de texto por cada diez estudiantes y se ha dado primordial importancia a la formación de las colecciones completas de obras de referencia.

Un programa muy valioso y recomendado para bibliotecas pequeñas, especialmente las que se hallan en proceso de formación, es el programa de canje de duplicados de revistas con las bibliotecas miembros de la Asociación de Bibliotecas Médicas (Medical Library Association).

La Biblioteca ha impartido a los estudiantes un cursillo de "Introducción al uso de la biblioteca y bibliografía médica", con el objeto de enseñarles a utilizar debidamente los recursos bibliográficos.

En el nuevo edificio de la Facultad de Medicina, ahora en construcción, se ha tomado muy en cuenta el incremento y mejora de los servicios de biblioteca, por constituir ésta el centro hacia donde converge toda la actividad académica de la Facultad. El planeamiento de estos servicios ha sido realizado conjuntamente con la reorganización del sistema bibliotecario de la Universidad, con la asesoría de la UNESCO. Así se ha formado la Unidad Bibliotecaria de Ciencias Médicas, integrada por las bibliotecas de las Facultades de Medicina y de Odontología. Esta integración resolverá una serie de problemas generalmente comunes a muchas bibliotecas latinoamericanas, entre ellos la escasez de personal y el mejor aprovechamiento de los recursos bibliográficos.

ORGANIZATION OF A MEDICAL LIBRARY

(Summary)

The organization of the library of the Medical School of the University of El Salvador is part of the total reorganization of that school which has taken place in the past ten years.

A Library Committee has been established with the prime function of determining the general policy of the library and advising the Librarian on the selection of bibliographical material.

The library has formulated a policy with regard to the selection of and the purchase of bibliographical material, involving the integration of local and national bibliographical resources. About three quarters of the collection consists of periodical literature and the other quarter of books and other material. Efforts have been made to complete the collections of periodicals dealing with the basic sciences; complete sets of periodicals dealing with clinical sciences are available from 1940. One textbook is purchased for each ten students, and the highest priority is given to the collection of complete sets of reference works.

A very valuable program, which is recommended for small libraries especially those in the process of organization, is that for the exchange of duplicates of periodical journals with member libraries of the Medical Library Association.

The library has organized a short course entitled "Introduction to the use of the library and medical bibliography" so as to enable students to make proper use of the bibliographical resources. In the new building of the Medical School, which is now under construction, provision has been made for an increase and improvement in the library services so as to become the center on which all the activities of the medical school will converge. These services have been planned jointly with the reorganization of the University library system, for which purpose advisory services were received from UNESCO. A Medical Sciences Library Unit has been established, composed of the libraries of the medical schools and the dental schools; this merger will help solve a series of problems common to many Latin American libraries, such as shortage of personnel, and will lead to better use of the bibliographical resources.

O DESENVOLVIMENTO DE UMA BIBLIOTECA MÉDICA

(Resumo)

O desenvolvimento da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de El Salvador faz parte da reforma total que se vem realizando na Faculdade nos últimos dez anos.

Existe uma Comissão de Biblioteca cujas funções principais são determinar a política geral da Biblioteca e assessorar o bibliotecário na seleção de material bibliográfico.

A Biblioteca formulou uma política de seleção e aquisição de material bibliográfico baseada na integração dos recursos bibliográficos locais e nacionais. Setenta e cinco por cento da coleção está constituída por publicações periódicas e vinte e cinco por cento por livros e outros materiais. A Biblioteca tem procurado completar as coleções de revistas de ciências básicas e desde 1940 vem mantendo em dia as de ciências clínicas. Adquire um livro de estudo para cada dez estudantes e tem dado primordial importância à formação das coleções completas de obras de referência.

Programa muito útil e recomendado para bibliotecas pequenas, especialmente as que se acham em processo de formação, é o de intercâmbio de revistas em duplicata com as bibliotecas filiadas à Associação de Bibliotecas Médicas (Medical Library Association).

A Biblioteca ofereceu aos estudantes um curso rápido de "Introdução ao uso da biblioteca e da bibliografia médica", a fim de ensinar-lhes a empregar corretamente os recursos bibliográficos.

No nôvo edifício da Faculdade de Medicina, ora em construção, foi tomado muito em conta o incremento e a melhoria dos serviços de biblioteca, por constituir essa unidade o centro para onde converge tôda a atividade acadêmica da Faculdade. O planejamento desses serviços foi feito em conjunção do sistema bibliotecário da Universidade, que contou nesse particular com a assessoria da UNESCO. Constituiu-se assim a Unidade Bibliotecária de Ciências Médicas, integrada pelas bibliotecas das Faculdades de Medicina e de Odontologia. Essa integração resolverá uma série de problemas geralmente comuns a muitas bibliotecas latino-americanas, entre os quais o da escassez de pessoal, e permitirá o melhor aproveitamento dos recursos bibliográficos.

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

(Résumé)

Le développement de la bibliothèque de la faculté de médecine de l'Université de Salvador fait partie de la réforme totale à laquelle a procédé la faculté de médecine au cours des dix dernières années.

Il existe une Commission de la bibliothèque qui a pour principale tâche de formuler la politique générale de la bibliothèque et de conseiller le bibliothécaire concernant le choix du matériel bibliographique.

La bibliothèque a suivi une politique de sélection et d'acquisition de matériel bibliographique en tenant compte de l'intégration des ressources bibliographiques locales et nationales. Environ 75% de la collection est constituée par des publications périodiques et 25% par des livres et autres textes. On a cherché à compléter les collections de revues de sciences fondamentales ainsi que celles de sciences cliniques qui sont main tenues depuis 1940. La bibliothèque dispose d'un livre de texte pour chaque dizaine d'étudiants et on a accordé une importance primordiale à la constitution de collections complètes d'ouvrages de référence.

Un programme très utile et recommandé pour les petites bibliothèques, notamment celles qui sont en cours d'organisation, est le programme d'échanges de duplicata de revues avec les bibliothèques membres de l'Association des bibliothèques médicales (Medical Library Association).

La bibliothèque a organisé un petit cours intitulé "L'introduction à l'utilisation de la bibliothèque et de la bibliographie médicale" afin de permettre aux étudiants l'emploi rationnel des ressources bibliographiques.

Dans le nouveau bâtiment de la faculté de médecine, qui est en cours de construction, il a été tenu particulièrement compte de l'agrandissement et de l'amélioration des services de bibliothèque afin d'en faire un centre vers lequel converge toute l'activité intellectuelle de la faculté. La planification de ces services a été réalisée conjointement avec la réorganisation du système de bibliothèque de l'Université, avec les avis consultatifs de l'Unesco. On a ainsi créé la Section bibliographique des sciences médicales, intégrant les bibliothèques des facultés de médecine et d'ontologie; cette intégration résoudra une série de problèmes qui sont en général communs à un grand nombre de bibliothèques latino-américaines, tels que la pénurie de personnel, et permettra de mieux utiliser les ressources bibliographiques.

Reseñas

Libros

The Empty Fortress, Infantile Autism and the Birth of Self. Por *Bruno Bettelheim*. The Free Press, New York, 1967. 484 págs. Precio US\$10.00.

Extrañará que un libro que trata de un raro trastorno mental de los niños pequeños —el autismo— pueda tener interés o aportar utilidad alguna a los profesores de medicina. Sin embargo, al estudiar el proceso de deshumanización que sufren estos niños, el autor ha podido comprender mejor el proceso normal de humanización y su relación con el aprendizaje a todo nivel, incluso con el de las escuelas médicas. Para algunos profesores, como los de obstetricia y de pediatría, resultarán interesantes las nuevas ideas sobre el aprendizaje del recién nacido y del lactante; a los demás profesores de medicina, les interesarán las aplicaciones que estos conceptos tienen en el “aprendizaje activo” que ellos tratan de estimular en sus estudiantes. Los estudios detallados sobre el autismo, propiamente dicho, sirven para informar a los especialistas en psicología médica y en psiquiatría. El presente informe trata solamente sobre los dos primeros capítulos de la obra (“En la región de las sombras” y “Donde el yo comienza”), que cubren los conceptos básicos y las conclusiones generales del estudio.

Como el recién nacido no puede valerse por sí mismo, existe la creencia de que no es capaz de hacer nada. Estudios recientes han demostrado que este concepto está muy lejos de la realidad. Desde el momento en que el niño nace, percibe el ambiente que lo rodea y pronto sus movimientos tienen un propósito determinado; en pocas semanas empieza a distinguir formas geométricas y a desarrollar cierta coordinación muscular. En lo externo, la crianza y el desarrollo físico dominan el cuadro, pero su evolución interna es igualmente dinámica. El niño, impotente y a merced del mundo que lo rodea, comienza inmediatamente a luchar por satisfacer sus necesidades. Realiza claros esfuerzos por modificar su ambiente a fin de lograr comodidad, seguridad y todo lo que su crecimiento requiere. La respuesta a sus demandas y los sentimientos que acompañen a esta respuesta definirán el equilibrio entre la satisfacción y la frustración en su vida cotidiana. La atención excesiva a todas sus necesidades, sin que se le exija participación ni lucha, tiende a mantenerlo en un estado de aceptación pasiva de todo lo que le sucede; por el contrario, el cuidado insuficiente lo

desalienta, desilusiona e irrita. En ambos casos le parecerá que sus esfuerzos son inútiles, y si predomina una de estas dos situaciones, el niño poco a poco adoptará una actitud pasiva que posiblemente lo llevará a desarrollar toda una serie de rasgos de la personalidad y de distorsiones mentales.

El autor cree que a medida que el niño, dentro de los justos límites de su capacidad física, adquiere el incentivo de llegar a ser "dueño de su propio destino", va formando patrones que en los años subsiguientes regirán el desarrollo de su personalidad. Si logra sobreponerse a ciertas frustraciones y dificultades, la satisfacción inherente irá dando forma a su futuro con fuerza cada vez mayor. Si, por el contrario, sus esfuerzos son vanos, el círculo vicioso que se forme será de carácter negativo. Este es evidentemente un proceso de acción recíproca entre el niño, los que lo rodean y las realidades de su mundo. Esta situación contiene los mismos elementos que todas las relaciones entre los seres humanos.

Tanto el niño como el estudiante de medicina parecen aprender mejor cuando están en una "situación de vigilancia serena", libres del trastorno y del apremio ocasionados por el hambre, por la incomodidad o por emociones perturbadoras. Por lo tanto, el aprendizaje y el desarrollo dependerán del tiempo que se viva en un estado de "vigilancia serena", y de las oportunidades de aprendizaje debidamente estimulado. El niño no podrá desarrollar la coordinación necesaria para alcanzar y sostener el biberón mientras tenga hambre o esté mojado o irritado, de la misma manera que el estudiante de medicina no podrá concentrarse en sus estudios mientras tenga que resolver problemas financieros, de adaptación al medio o de índole sexual. Hay buenas razones para pensar que se puede estimular el aprendizaje en unos y en otros si se ajustan las situaciones a estos principios sencillos.

En el proceso de socialización y humanización de los infantes parece haber, por lo menos, dos períodos críticos. Son éstos, períodos de sensibilidad especial durante los cuales ciertos influjos relativamente pequeños llegan a producir efectos considerables. Uno de ellos — "la ansiedad del octavo mes" — corresponde a las experiencias resultantes de aceptar el ambiente familiar y de confiar en él, en contraste con la aprensión experimentada ante extraños y ante nuevas situaciones. Constituye la comprensión inicial de la polaridad que existe entre lo bueno y lo malo, lo amistoso y lo hostil, la seguridad y el peligro, etc. Se comienzan a palpar las realidades del mundo, y con ellas aparecen ciertos temores y necesidades. El segundo período crítico comienza alrededor de los dieciocho meses de edad, cuando el niño ha aprendido a moverse con más libertad, lo que le permite cada vez más independencia. En esta fase el niño necesita mayor vigilancia y control y, a veces, hasta desaprobación y aún castigo tanto por parte de los padres como por las realidades de la naturaleza. La intensidad de las fuerzas que se le opongan en su ambiente y la forma como éstas actúen, determinarán la mayor o menor facilidad con que el niño se adapte a las necesidades

sociales y la intensidad de sus reacciones de resentimiento, agresión o rechazo. Bajo una presión prolongada y excesiva, los patrones negativos pueden llegar a adquirir una proporción patológica.

El autor señala que ninguna influencia, por sí sola, llega a producir una situación irreversible, ya que la vida es tan variada que huelgan las oportunidades de corregir los errores. Además, el infante tiene una gran capacidad de adaptación. Sin embargo, cree que la primera condición para lograr un aprendizaje y un desarrollo óptimos es la de que el niño llegue a la convicción de que el mundo es bueno y que puede ser modificado por los esfuerzos del individuo, especialmente si cuenta con la cooperación de los demás. Una vez que el niño ha llegado a esta etapa, parece ser capaz de manejar la realidad, su propia inmadurez y aun sus fracasos momentáneos con éxito notable y, en el curso de este proceso, de aprender con rapidez. Lo que conduce al rechazo, a la sumisión y a la tragedia ocasional del autismo es, principalmente, la falta de actuación por temor de no recibir una respuesta favorable.

En cuanto a los estudiantes de medicina y a su formación profesional, el libro trae varias ideas, si bien ninguna de ellas completamente nueva:

- 1) El aprendizaje, para que llegue a constituir un hábito satisfactorio y progresivo, debe ser un ejercicio gratificante y no una disciplina tenaz.
- 2) La participación activa del estudiante, en cooperación con un maestro amable y comprensivo, logra un aprendizaje efectivo, y constituye el fundamento de la reciprocidad y de las buenas relaciones humanas.
- 3) Los factores de humanización y deshumanización en la primera infancia y en la educación formal tienen una influencia potencial de gran significación para la personalidad y para el éxito del estudiante, aun en su vida universitaria.
- 4) La consideración de estos factores, tanto en la formación de los estudiantes de medicina como en las recomendaciones que los obstetras y los pediatras den a las madres, puede ayudar a prevenir las desviaciones psicológicas y las dificultades del aprendizaje.
- 5) Los mismos principios que se aplican al escolar y al estudiante universitario, son aplicables a las fases poco comprendidas de la primera infancia y del desarrollo preverbal.

Los capítulos restantes agregan un cúmulo de información valiosa y profunda a la tesis central, pero tienen más interés para el especialista que para el médico general o para el maestro. Sus títulos son: Extraños en la vida, Una nota sobre la indiferencia apasionada, Tres historias clínicas (de autismo), Persistencia del mito, Etiología y tratamiento (del autismo), Sobre la naturaleza del autismo, Bibliografía e índice. (Dr. Edward M. Bridge.)

Chemistry, an Investigative Approach. Por *F. A. Cotton y L. D. Lynch*. Houghton Mifflin Co., Boston, Mass. (E.U.A.). Profusamente ilustrado. 1968. 660 págs.

Esta obra es una revisión autorizada de un texto destacado—*Chemistry, an Experimental Science*—publicado originalmente en 1959 por el “Chemical Education Material Study” con el apoyo de la “National Science Foundation”. Las ediciones anteriores fueron utilizadas por más de 700,000 estudiantes de enseñanza secundaria en los Estados Unidos, y la experiencia adquirida ha llevado a efectuar ciertas modificaciones en la revisión. Este libro fue diseñado para estudiantes de 16 a 18 años, como introducción a la química. En tal carácter, tiene utilidad dentro de los estudios que preparan a la actividad universitaria en los campos de la ciencia y de la medicina.

El libro llama la atención por varias razones. En primer lugar, su contenido está al día y tiene un autorizado respaldo. El grupo inicialmente responsable del proyecto estuvo formado por distinguidos químicos y educadores, uno de ellos, el Profesor Glen T. Seaborg, laureado con el premio Nobel. La presente revisión combina la experiencia de un maestro de una destacada escuela secundaria con la de un profesor de una institución científica superior. En segundo lugar, el libro ha sido escrito y ordenado teniendo en cuenta, en todo momento, a los jóvenes estudiantes, sus intereses, sus problemas de vocabulario y sus hábitos de aprendizaje. Es un libro para el estudiante y no un tratado erudito de la torre de marfil de la ciencia. Más notable aún es la excelencia de los principios pedagógicos que sigue, la selección y el orden de los temas tratados, y el uso que hace del trabajo experimental en el laboratorio. A diferencia de los textos científicos tradicionales, éste insiste primero en la exploración de problemas y luego en la observación directa y en la experimentación de ciertos fenómenos químicos seleccionados. Esto, a su vez, va seguido de un análisis y estudio de los resultados, y sólo al final llega la oportunidad de profundizar en los aspectos teóricos generales de la experiencia. Los educadores denominan esta técnica “de solución de problemas” o “de aprendizaje por proyectos”, y sigue un estrecho paralelismo con el uso del método científico y la realización de un diagnóstico clínico en la medicina. Finalmente, los autores han separado con éxito los principios de la química, los hechos fundamentales y las técnicas esenciales, de la masa de información detallada que a menudo agobia y confunde en los textos corrientes. El conjunto ha sido elaborado hasta llegar a una experiencia educativa que ha de elevar el nivel de preparación para el estudio profesional en la universidad.

El término “investigative approach” en el título del libro no implica que se haga particular hincapié en la investigación. Se refiere, más bien, al método de observación, experimento, análisis de los resultados, deducción y conclusiones de carácter general; busca comprender las reacciones químicas

observadas, en lugar de la secuencia tradicional de lecciones teóricas seguidas por demostraciones de laboratorio.

El libro está dividido en los siguientes capítulos: 1) Del problema al conocimiento, 2) Átomos y moléculas: bloques fundamentales de materia, 3) La dinámica de la química, 4) Familias de elementos, 5) Elementos vecinos, y 6) El universo de la química. Cada uno de ellos contiene varios experimentos que se pueden realizar con material relativamente sencillo, material de lectura de tipo teórico, resumen del capítulo y una lista de preguntas y problemas. Al final hay una guía de laboratorio y una lista de términos.

El libro trae un sinnúmero de ilustraciones bien seleccionadas que, además de agregar interés al tema, promueven y facilitan el aprendizaje. (*Dr. Edward M. Bridge.*)

Associação Brasileira de Escolas Médicas. Anais da IV Reunião. Salvador, Bahía (Brasil), 2 a 6 de agosto de 1966. 220 págs.

Este volumen reúne los trabajos de la IV Reunión de la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas, que tuvo lugar en Salvador, Bahía, del 2 al 6 de agosto de 1966.

Participó en esta reunión más de un centenar de delegados, representantes de todas las escuelas médicas del Brasil, así como de otros organismos interesados en el campo de la educación médica.

Además de los discursos pronunciados en las sesiones de inauguración y de clausura, este volumen transcribe las ponencias presentadas sobre los dos temas oficiales del seminario —“Enseñanza de la psicología en el plan de estudios médicos,” y “Actividades extra-curriculares de los estudiantes de medicina”— así como las conclusiones a que llegaron los participantes después de la discusión de cada uno de ellos. También publica las ponencias y las conclusiones de un seminario sobre planeamiento de escuelas médicas, que tuvo lugar como parte de la reunión, en el que se consideraron los aspectos de planeamiento administrativo, financiero y didáctico de las escuelas de medicina. Finalmente, trae un acta de una discusión de “panel” sobre ampliación de la red médico-educacional en el Brasil, presidida por el Sr. Ministro de Educación de dicho país, y el informe de la dirección ejecutiva de la Asociación para el año de 1966.

El material citado es de gran valor científico y muestra claramente el elevado interés y la competencia de los educadores médicos brasileños, autores de los trabajos y ponencias allí publicados y gestores de las recomendaciones aprobadas por la reunión. Muy pocos son los puntos allí tratados que sólo tienen interés específico y exclusivo para el Brasil; en general, los temas abordados tratan problemas universales en el campo de la educación médica y podrán ser de positiva utilidad para los educadores médicos que los deseen consultar.

Revistas

Nuevo boletín de educación médica internacional

DIME Catalogue. Division of International Medical Education. Association of American Medical Colleges (AAMC). November, 1967.

La División de Educación Médica Internacional (DIME) de la Asociación Americana de Escuelas Médicas publicó, en noviembre de 1967, un número preliminar de un boletín que comienza a aparecer en forma regular y con carácter mensual, a partir de enero de 1968.

De este número se transcriben los siguientes párrafos, que señalan los objetivos y el contenido de la revista:

"*DIME Dialogue* ha sido preparado por el personal de la División de Educación Médica Internacional de la AAMC, con la participación activa de los funcionarios de enlace para actividades internacionales de las escuelas médicas de los Estados Unidos y servirá como vehículo para la presentación y el intercambio de información sobre educación médica internacional. Si bien está orientado primordialmente a los educadores médicos, su alcance y contenido serán amplios con la esperanza de que también resulte interesante para otras personas. *DIME Dialogue* contendrá en forma regular: programas internacionales de las escuelas de medicina y de salud pública, programas de educación médica del gobierno o relacionados con el gobierno, becas y programas de intercambio en medicina y salud, posiciones disponibles en el exterior para profesores de escuelas médicas de los Estados Unidos, conferencias sobre educación médica de carácter internacional, regional y nacional; nombramientos y cambios de personal; actividades del Congreso relacionadas con la educación médica internacional; datos sobre migración de médicos a los Estados Unidos, y publicaciones de interés especial. También aparecerán artículos especiales sobre ciertos temas de educación médica que tienen particular interés e importancia.

La edición preliminar de este boletín tiene seis páginas y contiene numerosas noticias sobre los temas que se acaban de mencionar. Además, trae una lista de las personas encargadas de actividades internacionales en cada una de las escuelas médicas de los Estados Unidos.

DIME Dialogue aparecerá mensualmente durante el año académico y su distribución es gratuita. Las personas interesadas pueden solicitarlo a: Association of American Medical Colleges, Division of International Medical Education (DIME), 1346 Connecticut Avenue, N.W., Washington, D.C. 20036.

Revista de estudiantes de medicina y de internos

CAMSI Journal ACEMI. The Official Journal of the Canadian Association of Medical Students and Interns. Le Journal Officiel de l'Association Canadienne des Etudiantes en Médecine et des Internes.

La Asociación Canadiense de Estudiantes de Medicina y de Internos comenzó a publicar esta revista, como su órgano oficial, en septiembre de 1967. Los nombres de la revista corresponden a la sigla de la asociación en inglés y francés, respectivamente. Aparecerá mensualmente, entre los meses de septiembre y de mayo.

La Asociación Canadiense de Estudiantes de Medicina y de Internos fue creada en 1938 y desde entonces ha desarrollado múltiples actividades en el cumplimiento de sus objetivos, que son la promoción de la educación médica y de la medicina, el bienestar de los estudiantes y de los internos, la preparación de sus miembros para las responsabilidades sociales y morales de la profesión médica y la difusión de los objetivos y principios de la medicina organizada. Ha organizado reuniones anuales, auspiciado investigaciones sobre temas de educación médica y problemas estudiantiles, ha promovido actividades artísticas, programas de bienestar estudiantil, intercambio de estudiantes y muchas otras actividades de índole similar.

Con esta revista, en realidad, se reanuda una publicación iniciada en 1945. Tiene una elegante presentación editorial y diversas secciones que reflejan tanto los propósitos de la asociación, como los intereses e inquietudes de los actuales estudiantes de medicina del Canadá.

Habitualmente la revista comprenderá una sección editorial, cartas al editor, artículos sobre temas sujetos a discusión pública, trabajos de investigación elaborados por estudiantes, comentarios sobre las perspectivas de las profesiones de la salud y artículos sobre la historia de la medicina en el Canadá.

La revista es bilingüe y la mayor parte de los artículos aparecen tanto en inglés como en francés. El valor de la suscripción anual en el Canadá es de \$2,00 para estudiantes de medicina, internos y residentes, y de \$4,00 para otras personas. La dirección es: 151 Slater Street, Ottawa 4, Canadá.

Noticias

PROGRAMA DE TEXTOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

1. *El Problema*

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

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

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

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

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

La comprobación de todos estos problemas y el vivo interés expresado por decanos, profesores y estudiantes por solucionarlos, llevaron a la OPS a formular, en enero de 1966, un programa para la "Provisión de textos y de material de enseñanza a las escuelas médicas de América Latina".

2. *Objetivos del Programa*

El primer objetivo del programa es proveer libros de texto a bajo costo en unas 22 asignaturas de la docencia de pre-grado, a aproximadamente 85.000 estudiantes de las 130 facultades de medicina de la América Latina, a razón de cinco asignaturas por año. El programa se financiará mediante un fondo rotatorio que se renovará continuamente con el producto de la venta y alquiler de los libros, y se administrará en tal forma que al cabo de cinco años se podrá contar con un capital permanente con el cual, sin necesidad de aportes adicionales, se podrá sostener indefinidamente.

Más tarde, el programa podrá proveer otro material de enseñanza, a medida que las ciencias de la educación así lo requieran. Otro objetivo de gran importancia y fundamentalmente integrado con los anteriores, es la reorientación general de los programas de enseñanza hacia la formación de un médico más de acuerdo con la situación social, económica y de salud de los países latinoamericanos.

3. *Organización General*

Como fase preliminar del programa la OPS ha venido celebrando convenios con los Gobiernos, las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina y las Universidades, con miras a que la ejecución del programa tenga el debido apoyo de los organismos nacionales interesados.

Para el cumplimiento de los objetivos, la OPS promueve la formación de comités de expertos en cada una de las asignaturas de la carrera médica mediante encuestas entre los profesores de todas las escuelas de la América Latina. En esas encuestas se solicita de los profesores la nominación de candidatos para integrar los comités y también su opinión sobre los textos de enseñanza más recomendables. Los comités de expertos lo forman cinco de los profesores mejor recomendados por la encuesta, asesores especiales, un representante de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, y el personal del Departamento de Educación Médica de la OPS.

Cada comité revisa los objetivos generales de la educación médica en la América Latina y los específicos de su asignatura. Además, recomienda el contenido que debe tener un programa de enseñanza para estudiantes de medicina, e indica los métodos e instrumentos necesarios para llevarlo a cabo; analiza la finalidad y las características científicas y pedagógicas que debe tener un libro de texto y, por último, revisa el material obtenido en la encuesta llevada a cabo entre los profesores de las escuelas médicas latinoamericanas.

Basándose en los principios previamente definidos y en la información obtenida, el comité formula y elabora las recomendaciones del caso, incluso aquellas que se deben seguir en la ejecución del programa de textos de la OPS en la asignatura respectiva.

La OPS estudia estas recomendaciones y de acuerdo con ellas y con los demás elementos de juicio que logre reunir, hace la selección definitiva de los textos y tramita las negociaciones editoriales del caso. Las ediciones se contratan previendo una utilización de tres años y, aproximadamente, un libro por cada estudiante y considerando el uso de textos tanto en español como en portugués.

Las ediciones se limitan a tres años pues esa periodicidad permite poner los textos al día, ampliarlos o reemplazarlos por otros si las recomendaciones de los comités de expertos así lo determinan, de acuerdo con la permanente

evaluación que se va a cumplir con el profesorado de las escuelas de medicina.

Los textos seleccionados serán enviados a las escuelas de medicina participantes en el programa, en donde los estudiantes podrán comprarlos o alquilarlos. En este último caso, mediante el pago de pequeñas mensualidades que permitan amortizar el costo del libro en el curso de tres años.

Los precios de venta para estudiantes variarán de acuerdo con la asignatura, pero siempre estarán muy por debajo de los precios comerciales; el alquiler mensual se calcula entre la veintava y treintava parte del precio de venta en las escuelas.

Para la ejecución del programa a nivel local, se han suscrito acuerdos con las universidades, que prevén la organización de una administración sencilla y eficiente en cada una de las escuelas, con base en una reglamentación que facilite el acceso estudiantil a los libros de texto y que permita una operación con controles eficientes en el manejo de los textos y de los ingresos que de ellos se deriven.

Estos datos serán reunidos en un folleto por la Organización Panamericana de la Salud. Su utilización se considera fundamental para el éxito de los fondos rotatorios locales.

Para Jamaica y Haití se está organizando el programa con algunas diferencias por sus especiales condiciones de idioma.

4. *Recomendaciones sobre Programas de Enseñanza*

Otra función, ya mencionada, de los comités, es el análisis de los programas de estudio en relación con los objetivos de la educación médica y con las necesidades de los países en materia de salud.

Las recomendaciones sobre características y contenido de los programas de enseñanza en cada materia de los estudios de pre-grado, así como todo lo referente a metodología, instrumentos de la docencia y su evaluación, serán motivo de una amplia difusión en las escuelas de medicina.

Un juicioso análisis de estas revisiones periódicas de los comités por las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina y por cada escuela en particular, contribuirá a elevar los niveles de la educación médica, ajustando las recomendaciones propuestas a los patrones culturales de cada país.

La provisión de libros de texto es apenas el primer paso de un gran esfuerzo dirigido al mejoramiento de la educación médica y de las demás profesiones de la salud en la América Latina. Cumplido con éxito el propósito inicial de abastecer de textos a los estudiantes de medicina, este programa podrá extenderse a otras profesiones y a otros elementos necesarios para el aprendizaje.

Sin embargo, tal vez el mejor valor de este programa sea haber establecido un sistema eficiente para obtener permanentemente la opinión del profesorado de los países, ejecutar los programas de acuerdo con sus recomen-

daciones y con los problemas por ellos expresados, y con su ayuda tener una continua evaluación con miras al cumplimiento, cada vez más fiel, de los fines buscados.

5. *Estado Actual del Programa*

El programa se inició con las reuniones, en septiembre y noviembre de 1967, de los Comités de Patología y Bioquímica, respectivamente. Ya se han adelantado las negociaciones para la adquisición y distribución de textos en estas dos asignaturas y se han elaborado los informes dirigidos a la implementación de las recomendaciones sobre programas de enseñanza.

Hasta este momento se han organizado las siguientes reuniones de Comités:

- 1) Farmacología, del 25 al 29 de marzo de 1968, en Washington, D. C.;
- 2) Fisiología, del 8 al 13 de abril de 1968, en Washington, D. C.;
- 3) Pediatría, del 13 al 17 de mayo de 1968, en Washington, D. C.

En los meses subsiguientes de 1968 se reunirán los grupos de Anatomía, Microbiología, Parasitología, Medicina Preventiva y Ciencias Sociales y Medicina Interna, cuya etapa preparatoria está concluida.

Paralelamente, se han adelantado las labores de organización administrativa general y local. Se espera que al iniciarse las actividades del segundo semestre de 1968 las escuelas médicas hayan recibido los primeros libros de texto.

Además de los convenios generales con todos los países latinoamericanos, salvo tres, y con todas sus universidades, la OPS también ha firmado convenios específicos con algunas asociaciones de facultades. (*Dr. Rafael de Zubiría.*)

QUINTA REUNION ANUAL DE LA ASOCIACION BRASILEÑA DE ESCUELAS MEDICAS

La Asociación Brasileña de Escuelas Médicas (ABEM) realizó su quinta reunión anual en la ciudad de Campos de Jordão, Estado de São Paulo, entre el 25 y el 29 de agosto de 1967.

Asistieron 150 participantes entre los cuales, además de los delegados de las Facultades de Medicina y de diversos organismos interesados en la enseñanza médica, estuvieron presente distinguidas personalidades de renombre internacional, como los Dres. Ernani Braga, Director de Educación Médica de la Organización Mundial de la Salud; Paul Milliez de la Facultad de Medicina de la Universidad de París; José Félix Patiño, Director Ejecutivo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina; Raúl Paredes, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; Ramón Villarreal, Jefe del Departamento de Educación Médica de la Organización Panamericana de la Salud; Carlos Luis González, Direc-

tor Ejecutivo de la Federación Venezolana de Facultades de Medicina; Walter Leser, Secretario de Salud del Estado de São Paulo; Mario Chaves, de la Escuela Nacional de Salud Pública; Luis Ernesto Giraldo y Luis Corachi, de la Organización Panamericana de la Salud, Zona V, y Epílogo de Camos, Director de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y Cultura.

Dos fueron los temas de las presentaciones y discusiones: "El hospital de enseñanza" y "Preparación pedagógica del personal docente". Se escogió el primero por la conveniencia de discutir los conceptos en que se fundamenta el hospital de enseñanza, su importancia en la educación médica y los tipos de actividad que, dentro de un orden prioritario, debe cumplir. El segundo, para aclarar ciertos aspectos discutibles relacionados con la preparación del personal docente y con las técnicas para lograrlo.

El primer tema fue presentado por los profesores Aloysio Salles da Fonseca y Walter de Moura Cantidio, y el segundo por los profesores J. G. Albernaz y Rubens Rodrigues. Después de su presentación en sesión plenaria, los temas oficiales fueron discutidos en grupos de trabajo, lo cual dio una gran objetividad a las conclusiones y sugerencias propuestas. Hubo otros temas, presentados también en sesiones plenarias, que despertaron vivo interés entre la numerosa concurrencia.

Las conclusiones allegadas en el primer tema, "El hospital de enseñanza", estuvieron relacionadas, entre otros aspectos, con los requisitos mínimos indispensables del hospital de enseñanza, así como con su carácter de unidad integrada de salud que participa en la atención médica a la comunidad y al mismo tiempo sirve a los propósitos de enseñanza y como objeto de investigación. En lo tocante a la promoción de la salud, el hospital debe trabajar integrado a los ambientes físico, socio-económico y cultural de la comunidad. Se recalcó la importancia que el hospital tiene en la formación del médico general, ligado a las realidades del ambiente en donde vive y trabaja.

Se discutió con mucho interés el problema de la capacidad docente en los hospitales universitarios, basada en la relación entre el número de camas y el de alumnos. Se recomendó, por una parte, la adopción de convenios para la utilización de los hospitales de las redes asistenciales del Gobierno y de las instituciones autónomas y, por otro lado, una mayor utilización de las consultas externas en la enseñanza. También se recomendó ampliar y mejorar las actividades con la comunidad, para proporcionar al estudiante un mayor contacto con la realidad.

El segundo tema, "Preparación pedagógica del personal docente", fue discutido con gran interés, y se recomendó que las facultades organizaran comisiones y subcomisiones de enseñanza. Estos grupos tendrían como finalidad la promoción y el análisis crítico del plan de estudios, de las técnicas de enseñanza, de la evaluación del aprendizaje y la preparación del personal docente. Se sugirió, también, el establecimiento de cursos de pedagogía, seminarios y discusiones informales que permitan, sobre todo al

personal más joven, estudiar los problemas de la didáctica y de la pedagogía médica, con particular orientación hacia las relaciones humanas.

En sesiones plenarias tuvieron lugar, también, las siguientes presentaciones: La reforma de la enseñanza médica en Francia, por el profesor Paul Milliez, quien informó sobre los problemas actuales, ligados fundamentalmente a las formas anacrónicas de la enseñanza; Estudios socio-económicos de los aspirantes a medicina en el Brasil, por la Dra. Celia Lucia M. de Castro, que demostró el proceso de selección económica a que están sometidos los aspirantes a las facultades de medicina, lo cual determina que la admisión favorezca principalmente a los candidatos de las clases económicas superiores; El estudio colombiano sobre recursos humanos para la salud y la educación médica, por el Dr. Raúl Paredes; La Organización Panamericana de la Salud y la Educación Médica, por el Dr. Ramón Villarreal; y una presentación de grupo: El equipo de salud y la realidad latinoamericana, con la participación de los Dres. Mario Chaves, Walter Leser, Raúl Paredes, Carlos Luis González, José Félix Patiño y Ernani Braga. En esta discusión se trató el tema de la preparación del personal auxiliar para los equipos de salud y la importancia de la planificación de salud para el éxito de los programas de salud pública.

La próxima reunión anual de la Asociación tendrá lugar en la ciudad de Fortaleza, Estado de Ceará, en agosto de 1968. Los temas aprobados para esta reunión son: "La integración de la enseñanza de las ciencias de la salud", y "La enseñanza de las ciencias básicas en las escuelas de medicina y su integración en la formación profesional". El primero de estos temas fue propuesto por la secretaría ejecutiva de ABEM con miras a la preparación de la segunda conferencia Panamericana de Educación Médica, que tendrá lugar en México en noviembre de 1968.

En esta forma, la Quinta Reunión Anual de la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas marcó un paso más en su política de renovación de la enseñanza médica. Los primeros resultados ya se hacen sentir en el elevado número de facultades que están revisando sus planes de estudio y sus métodos de enseñanza, y reformulando sus objetivos para lograr la integración del médico a los problemas de su propio país. (*Dr. Aloysio Amâncio.*)

PRIMER SEMINARIO NACIONAL DE EDUCACION MEDICA DEL ECUADOR

El Primer Seminario de Educación Médica del Ecuador, auspiciado por la Asociación de Facultades de Medicina de dicho país y organizado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tuvo lugar en la ciudad sede de dicha universidad entre el 12 y el 16 de septiembre de 1967. El Seminario fue presidido por el Dr. Carlos Zunino Guzmán, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil y Presidente de

la Asociación de Facultades de Medicina; y fueron vicepresidentes los Dres. Timoleón Carrera, Leonardo Cornejo y Félix Chang; los dos primeros, Decanos de las Escuelas de Medicina de Cuenca y Quito, respectivamente, y el último, Subdecano de la Escuela de Medicina de Guayaquil. Fue secretario general, el Dr. Ildefonso Matamoros y relator general, el Dr. Carlos Palau J., Jefe del Departamento de Ciencias Fisiológicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil. Participaron en el Seminario profesores y estudiantes de las tres facultades de medicina del Ecuador y delegados extranjeros, entre ellos el Dr. José Félix Patiño, Director Ejecutivo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina; el Dr. Luis Delfín Ponce, Presidente de la Subcomisión de Medicina de la Universidad de Oriente de Venezuela; el Dr. Bernardo Moreno Mejía, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, y el Dr. Abel Dueñas, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia; los tres últimos, en calidad de consultores designados por la Organización Panamericana de la Salud.

La labor del Seminario se desarrolló en sesiones plenarios durante las cuales se presentaron relatos y conferencias sobre cada uno de los cuatro temas previstos, las cuales fueron seguidas de discusión en grupo por los participantes. Hubo, también, tres presentaciones de tipo "panel".

El primer tema fue "Unificación de planes de estudio". Los participantes recomendaron, por unanimidad, unificar los planes de estudio de las tres facultades de medicina del Ecuador con base en cuatro ciclos (ciencias básicas generales, ciencias básicas médicas, ciencias clínicas e internado rotatorio) y una duración de siete años. También recomendaron la organización departamental de las facultades y aprobaron una nomenclatura de las asignaturas de estudios, así como normas generales sobre la enseñanza en los diversos ciclos.

Como segundo tema, el Seminario trató las "Condiciones y cupos de ingreso". Los participantes recomendaron que las facultades de medicina mantuvieran los exámenes de admisión dentro de cupos determinados por su capacidad docente, la cual será estudiada por la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador. El Seminario ratificó lo recomendado por seminarios internacionales de educación médica y fijó normas sobre las diversas pruebas a que deben ser sometidos los candidatos a ingreso, y sobre el valor respectivo de cada una de ellas.

El tercer tema tratado fue el de "Internado, residencia y cursos de postgrado". El Seminario aprobó el establecimiento de un plan nacional de internado, con programas de un año de duración y rotación por cada una de las principales clínicas. Recomendó los programas de residencias universitarias como el mejor medio para la formación de especialistas, y dio normas generales para su organización, desarrollo y evaluación. Igualmente, aprobó recomendaciones para el establecimiento de cursos de postgrado.

El último tema tratado fue "La enseñanza de la medicina preventiva". Se fijaron los objetivos de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas médicas y se determinaron como campos de docencia para el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, la medicina preventiva, la medicina social y la administración en salud. Asimismo, se aprobaron recomendaciones generales sobre la organización del Departamento, sobre la implementación de la enseñanza y su coordinación intra y extra-mural.

Hubo tres presentaciones de "panel": una sobre asociaciones de facultades de medicina, a cargo de los Dres. José Félix Patiño, Bernardo Moreno, Leoncio Cordero y Luis Delfín Ponce; otra sobre el plan de estudio de las facultades de medicina, con participación de los Dres. Patiño, Zunino, y Dueñas, y la última sobre educación de graduados, con la participación de los Dres. Dueñas, Patiño, y Ponce.

El interés y la activa participación de los asistentes, así como la alta calidad de las presentaciones y discusiones y la solidez de las recomendaciones aprobadas, permiten señalar que este Primer Seminario de Educación Médica del Ecuador ha sido un suceso de la mayor importancia y constituye el cumplimiento de una etapa fundamental para el futuro desarrollo de la educación médica en ese país.

QUINTA CONFERENCIA DE FACULTADES DE MEDICINA DE AMERICA LATINA

Convocada por la Unión de Universidades de América Latina y organizada bajo los auspicios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú, tuvo lugar la Quinta Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina, del 18 al 22 de octubre de 1967.

Participaron 81 delegados que representaron 24 universidades y organismos especialmente invitados. La Conferencia se desarrolló con sesiones plenarias y grupos de discusión, en donde los participantes analizaron con detalle los temas presentados en sesión plenaria. Fueron éstos: "Modalidad de la formación del médico latinoamericano, como promotor del desarrollo económico y social de su país", presentado por el Dr. Sergio Novello, del Instituto Mexicano del Seguro Social, y por el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, representante de la Universidad de Veracruz, y "La producción y distribución de médicos en la América Latina en relación con las demandas demográficas y los programas de salud", presentado por los Dres. Hernán Romero, de Chile, Luis A. León, del Ecuador, y Carlos Quiroz, del Perú.

Además de estos dos temas hubo dos discusiones de mesa redonda. La primera sobre "El problema de la emigración de médicos de la América Latina al extranjero", presentado por el Dr. Ramón Villarreal, de la Organización Panamericana de la Salud, y por el Dr. Washington Buño, de la Universidad de la República del Uruguay; la segunda, "La enseñanza de la

psicología y de la sociología en la formación del médico", presentado por los Dres. Hernán San Martín, de Chile, Alfonso Millán, de México, y Humberto Rotondo, del Perú.

II CONFERENCIA GENERAL DE LA FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA Y II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACION MEDICA

Esta Conferencia será organizada por la Asociación Mexicana de Facultades de Medicina y tendrá lugar en la Ciudad de México, del 25 al 28 de noviembre de 1968, en la Unidad de Congresos Médicos del Centro Médico Nacional del Seguro Social de esa ciudad.

El tema central de la Conferencia será la "Integración de la educación en las ciencias de la salud. Su trascendencia social y económica", y estará dividido en los siguientes subtemas:

Subtema I. Conceptos y objetivos de las ciencias de la salud. Sus relaciones con la educación. a) Los centros médicos universitarios. Integración con los servicios de salud. b) Educación continuada para graduados.

Subtema II. Necesidad de integración de la educación en las ciencias de la salud. a) Mecanismos de integración. b) Docencia médica e investigación científica.

Subtema III. Repercusiones sociales, culturales y económicas de la integración. Planificación de las universidades y de las facultades de medicina. Estructura y organización. Integración con las disciplinas afines.

La comisión organizadora está presidida por el Dr. Carlos Campillo Sáinz, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, y es secretario general el Dr. Miguel Barrios, Secretario Ejecutivo de la Asociación Mexicana de Facultades de Medicina. El secretario ejecutivo de la comisión organizadora es el Dr. Raymundo Collada, cuya dirección es: Ciudad Universitaria, Facultad de Medicina, Oficina del Director, México, D.F., México.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

No.		Precio en US\$
364	(1967) Principios aplicables a la investigación experimental de la acción teratogena de los medicamentos Informe de un Grupo Científico de la OMS (20 páginas).....	0,60
362	(1967) Necesidades de vitamina A, tiamina, riboflavina y niacina Informe de un Grupo Mixto FAO/OMS de Expertos (95 páginas)	1,00
360	(1967) Biología de la regulación de la natalidad por la continencia periódica Informe de un Grupo Científico de la OMS (22 páginas).....	0,60
358	(1967) La enseñanza de la inmunología en las escuelas de medicina Informe de un Comité de Expertos de la OMS (48 páginas)...	1,00
357	(1967) Comité de Expertos de la OMS en Paludismo 13° informe (61 páginas)	1,00
356	(1967) Empleo inocuo de los plaguicidas en salud pública 16° informe del Comité de Expertos de la OMS en Insecticidas (72 páginas)	1,25
355	(1967) Utilización de los servicios sanitarios en la enseñanza de la medicina 16° informe del Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (37 páginas)	1,00
354	(1967) Comité Mixto OIT/OMS de Higiene del Trabajo Quinto informe (20 páginas)	0,60
353	(1967) Evaluación de la salubridad de la vivienda y del medio urbano Informe de un Comité de Expertos de la OMS (56 páginas)...	1,00
352	(1967) Comité de Expertos de la OMS en Cólera Segundo informe (32 páginas)	0,60
351	(1967) Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública Informe de una Conferencia Interregional de la OMS (27 páginas)	0,60
350	(1967) La planificación sanitaria nacional de los países en desarrollo Informe de un Comité de Expertos de la OMS (44 páginas)...	1,00
348	(1967) Investigación de los aditivos alimentarios y de los contaminantes de los alimentos Informe de un Grupo Científico de la OMS (28 páginas).....	0,60

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

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

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

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

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

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

